



Rapport du Vérificateur général du Québec
à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016

Vérification de l'optimisation des ressources
Printemps 2015

CHAPITRE

5

Groupes de médecine de famille et cliniques-réseau

Services de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Régie de l'assurance maladie du Québec
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Centre de santé et de services sociaux Drummond
Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Faits saillants

Objectifs des travaux

Au 31 mars 2014, le Québec comptait 258 groupes de médecine de famille (GMF) et 51 cliniques-réseau. Les dépenses liées à ceux-ci et financées par l'État ont totalisé plus de 107 millions de dollars en 2013-2014. Notre vérification avait les objectifs suivants :

- S'assurer que la gouvernance et la gestion des ressources allouées aux GMF et aux cliniques-réseau effectuées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les agences et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) vérifiés permettent une répartition équitable et efficiente des ressources, selon des paramètres clairs, et tiennent compte des besoins de la population.
- Évaluer dans quelle mesure le ministère, les agences et les CSSS vérifiés exercent le suivi des orientations et le contrôle du respect des ententes signées avec les GMF et les cliniques-réseau afin de s'assurer de l'atteinte des résultats et de l'utilisation économique et efficiente des ressources.

Le rapport entier est disponible au www.vgq.qc.ca.

Résultats de la vérification

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de la vérification concernant les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseau.

Le mécanisme d'orientation privilégié pour obtenir un médecin de famille, soit les guichets d'accès, n'est ni transparent ni équitable. Certains patients, pour qui la prise en charge devrait se faire à l'intérieur de six mois, peuvent attendre pendant des années avant que cela se fasse. Mis à part les services des cliniques-réseau, les personnes en attente n'ont que l'urgence comme lieu de soins.

Les exigences ministérielles liées au soutien financier que les agences vérifiées versent aux GMF ont peu favorisé la prise en charge additionnelle de patients par les médecins, particulièrement de patients plus vulnérables. Le nombre moyen de patients inscrits auprès d'un médecin pratiquant dans un GMF a augmenté de seulement 5,9% au cours des 5 dernières années; il est passé de 821 à 869 patients.

Le MSSS n'exige pas des GMF une étendue des services modulée en fonction du volume et du type de patients inscrits. Il n'a pas non plus fixé d'exigences à l'égard de l'intensité et de l'accessibilité des services dans les GMF. En termes d'accessibilité, pour 180 GMF (70,6%), un maximum de 80% des visites des patients a eu lieu dans la clinique où leur médecin de famille pratique.

Les agences attribuent un soutien financier aux GMF en s'appuyant essentiellement sur la volonté des médecins de pratiquer dans ce modèle d'organisation. D'une part, elles ne considèrent pas le secteur géographique et, d'autre part, les besoins de la population ainsi que la proximité des services de première ligne sont peu pris en compte.

Les agences et les CSSS vérifiés n'encadrent ni ne suivent suffisamment les activités réalisées par le personnel clinique des GMF qu'ils rémunèrent. L'utilisation des compétences du personnel clinique pourrait être optimisée.

Le ministère n'a pas établi de balises quant aux résultats à obtenir et ne s'assure pas que l'utilisation des sommes consacrées à l'informatisation des GMF est efficace.

Le MSSS et les agences vérifiées continuent généralement à financer les GMF même si ceux-ci ne respectent pas les exigences établies, dont le nombre de patients inscrits et les heures d'ouverture. Cela occasionne une iniquité quant à la répartition des ressources entre les GMF.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux, de trois agences de la santé et des services sociaux et de trois centres de santé et de services sociaux. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

Les entités vérifiées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires des entités vérifiées.

Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Recommandations au ministère et aux agences vérifiées

- 1** Revoir les mécanismes concernant l'orientation des clientèles orphelines, notamment celles inscrites dans les guichets d'accès, afin de s'assurer que l'accès à un médecin de famille est équitable pour les patients.
- 2** Mesurer et publier les résultats obtenus concernant l'accès à un médecin de famille, dont ceux en lien avec les guichets d'accès.
- 3** Revoir les modalités de soutien financier des groupes de médecine de famille afin d'inciter ceux-ci à prendre en charge davantage de patients, particulièrement les plus vulnérables.
- 4** Moduler l'offre de services exigée des groupes de médecine de famille en fonction du volume et du type de patients inscrits et spécifier le niveau d'accessibilité aux services dans les ententes avec ces groupes.
- 6** Assurer un meilleur arrimage du soutien financier aux groupes de médecine de famille et des besoins de la population et voir à ce que la répartition des effectifs médicaux favorise l'équilibre entre les cliniques médicales et les établissements.
- 7** Réviser le processus d'accréditation et de renouvellement des groupes de médecine de famille en clarifiant dans les ententes les rôles du ministère, des agences et des établissements, et en documentant ce processus.
- 8** Spécifier dans les ententes avec les groupes de médecine de famille les résultats attendus en matière d'informatisation des cliniques, notamment le degré d'utilisation des outils informatiques financés.
- 9** Mettre en place des mécanismes de suivi pour assurer le respect des ententes et adopter des mesures correctrices afin de répartir équitablement le soutien financier entre les groupes de médecine de famille.
- 10** Instaurer un cadre de gestion pour s'assurer d'une utilisation optimale des ressources et évaluer de manière périodique l'atteinte des résultats attendus par rapport au financement accordé aux groupes de médecine de famille et aux cliniques-réseau.

Recommandation aux agences et aux établissements vérifiés

- 11** Revoir et clarifier dans les ententes les rôles attendus de chaque type de professionnels qui sont financés et mettre en place des contrôles afin de s'assurer que les compétences du personnel clinique sont utilisées de manière optimale dans les groupes de médecine de famille.

Recommandation aux établissements vérifiés

- 5** Améliorer la transparence du processus d'accès à un médecin de famille et la qualité de l'information fournie aux patients orphelins.
-

Table des matières

1 Mise en contexte	6
2 Résultats de la vérification	13
2.1 Accès à un médecin de famille	13
Inscription auprès d'un médecin de famille	
Services rendus	
Recommandations	
2.2 Encadrement des ressources allouées	22
Répartition des ressources	
Processus d'accréditation et de renouvellement	
Services du personnel clinique	
Informatisation	
Suivi des résultats des deux modèles d'organisation	
Recommandations	
Commentaires des entités vérifiées	37
Annexes et sigles	41

La structure du réseau de la santé et des services sociaux qui est présentée dans ce rapport était celle en place avant le 1^{er} avril 2015.

Équipe

Carole Bédard
Directrice de vérification
Nadia Croteau
Laurence Harvey
Rachel Mathieu
Fabienne Richer
Jacques Robert
Katherine Roy

La commission Clair avait comme mandat de tenir un débat public sur les enjeux auxquels faisait face le système de santé et de services sociaux et de proposer des pistes de solution.

Les services de première ligne constituent la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux. Ils comprennent un ensemble de services qui peuvent être rendus au centre de santé et de services sociaux (CSSS), dans une clinique ou à domicile.

Des GMF peuvent être formés dans les installations d'un établissement, comme une unité de médecine familiale.

Le terme « entente » utilisé dans le rapport renvoie à la signature de la convention d'origine du GMF ou de la clinique-réseau ainsi qu'aux addendas de renouvellements signés par la suite.

1 Mise en contexte

1 Publié en 2000, le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par M. Michel **Clair**, recommande d'organiser un réseau de **services de première ligne** formé principalement de groupes de médecine de famille (GMF). Pour donner suite à cette recommandation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annonce en 2001 son intention de créer un tel modèle d'organisation des services, laquelle s'est concrétisée par la mise sur pied des premiers GMF accrédités en 2002. Dans les années suivantes, l'implantation des GMF s'effectue graduellement : des infirmières entrent en fonction et l'inscription des patients auprès des médecins de famille débute.

2 Après plus de 10 ans, le nombre de GMF, de médecins y pratiquant et de patients qui y sont inscrits continue de progresser. Ainsi, depuis 2008, le nombre de GMF s'est accru de 58,3 %, soit un total de 258 au 31 mars 2014 (le nombre visé initialement était de 300). Toujours au 31 mars 2014, 60 % des médecins de famille du Québec ayant des patients inscrits y exercent et ils ont effectué un peu plus de 8,8 millions de consultations du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, soit 59,5 % des visites dans les cliniques médicales (ces données sont basées sur la rémunération à l'acte et excluent celles portant sur les autres types de rémunération).

3 Parallèlement à la mise en place des GMF, un autre modèle d'organisation des services est élaboré dans la région montréalaise : les cliniques-réseau. Le premier cadre de référence en la matière date de 2006. Ces cliniques offrent des services à l'ensemble de la population sur un territoire donné, tant aux patients inscrits qu'aux patients qui n'ont pas de médecin de famille. Au 31 mars 2014, la province compte 51 cliniques-réseau, dont 59 % sont situées dans la région de Montréal, 16 % à Québec et 10 % en Montérégie. Notons que la plupart des cliniques-réseau (82 %) sont également des GMF.

Objectifs liés aux deux types de cliniques médicales

4 À la base, tant les GMF que les cliniques-réseau sont constitués de groupes de médecins volontaires travaillant dans les cliniques ou dans les **établissements** qui, à la suite d'une accréditation ou d'une reconnaissance et de la signature d'une **entente**, bénéficient d'un soutien financier afin d'accroître l'offre de services aux citoyens. Les objectifs liés à ces deux types de cliniques médicales sont cependant différents.

5 Les GMF visent à assurer le développement d'une relation privilégiée entre le médecin de famille et le patient par sa prise en charge globale (y compris le suivi). Le modèle s'appuie sur l'inscription des patients auprès d'un médecin et sur le principe que, si les médecins de famille sont soutenus par une équipe interdisciplinaire (infirmières, travailleurs sociaux et autres), l'intégration des services de première ligne va être meilleure.

6 Les cliniques-réseau favorisent également une plus grande accessibilité des services médicaux en offrant des **heures étendues** de consultation les soirs de semaine et les fins de semaine à tous les types de clientèles. Comme il s'agit d'initiatives locales, les objectifs liés aux cliniques-réseau peuvent varier.

7 Voici les caractéristiques des GMF et des cliniques-réseau. Les objectifs associés aux cliniques-réseau présentés sont ceux définis par les agences vérifiées.

Les heures étendues renvoient à l'accessibilité : des services sont offerts en dehors de la période habituelle d'ouverture des GMF, que ce soit en semaine ou les samedis, les dimanches et les jours fériés. Un service de garde est aussi offert pour les patients les plus vulnérables.

	Groupes de médecine de famille	Cliniques-réseau
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place d'une pratique de groupe pour les médecins ■ Introduction au travail interdisciplinaire, principalement avec les infirmières ■ Amélioration de l'accessibilité entre autres par l'offre de services de façon continue à un bassin de patients inscrits (services à des heures étendues) et par un suivi régulier de ceux-ci, particulièrement les patients vulnérables ■ Continuité des soins par l'instauration de meilleurs liens entre les cliniques médicales et le réseau de la santé et des services sociaux ■ Informatisation progressive des cliniques médicales 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordination, liaison et développement d'un réseau avec les CSSS de leur territoire ■ Accès aux services diagnostiques sur place ou à proximité (radiologie, prélèvements) ■ Accès à des installations et à du matériel spécialisé ainsi qu'à la consultation auprès de spécialistes, en collaboration avec le CSSS
Heures d'ouverture par semaine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Minimum de 68 h 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Minimum de 76 h
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accès avec et sans rendez-vous durant une période pouvant aller jusqu'à 12 h par jour du lundi au vendredi et jusqu'à 4 h par jour les samedis, les dimanches et les jours fériés ■ Garde en disponibilité tous les jours, jour et nuit, pour certaines clientèles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accès sans rendez-vous pendant 12 h par jour du lundi au vendredi et 8 h par jour les samedis, les dimanches et les jours fériés
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patients inscrits auprès d'un médecin y pratiquant 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toutes les clientèles
Soutien financier	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon le nombre pondéré de patients inscrits (annexe 2) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selon les balises régionales

En 2010-2011, le gouvernement a créé le Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux. Il y dépose entre autres les sommes recueillies au moyen de la contribution santé. Ces sommes permettent, notamment, de poursuivre le développement des services de santé et des services sociaux, d'assurer le soutien à des projets prometteurs destinés à améliorer la performance du système et de combler une partie de l'écart entre les dépenses de santé et les revenus qui servent à leur financement.

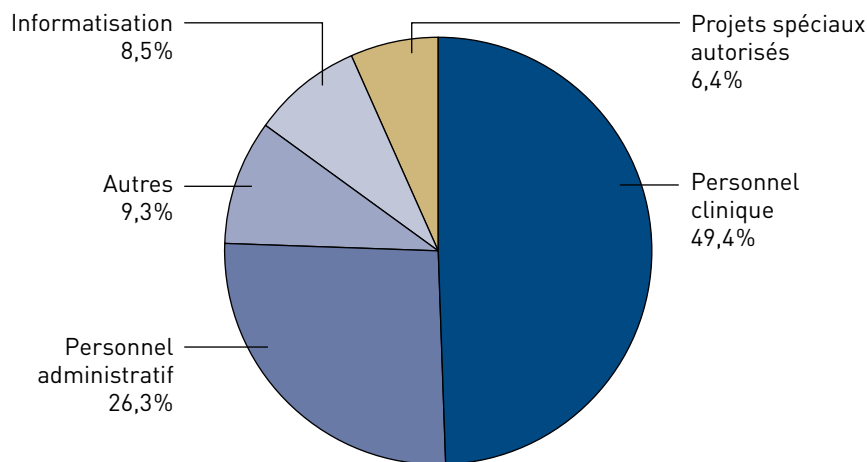
Coûts et financement

8 Le ministère apporte un soutien financier aux GMF en mettant à la disposition des agences des sommes. Ces sommes proviennent presque en totalité du **Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux**. Les agences versent une aide financière aux GMF, mais également aux CSSS pour l'embauche du personnel clinique qui sera affecté aux GMF.

9 Le soutien financier fourni pour la mise en place des GMF est alloué en deux temps. Lors de la phase préparatoire d'un projet, une somme allant jusqu'à 38 250 dollars par GMF peut être accordée. L'agence reçoit un montant pour le chargé de projet local qui assiste les GMF dans la préparation des documents nécessaires à la demande d'accréditation ; le groupe de médecins en touche aussi une partie, notamment pour la rémunération des personnes engagées dans l'élaboration du projet. Les agences se voient verser également 76 000 dollars pour l'embauche d'un chargé de projet régional qui assurera le lien entre les signataires des ententes. Une fois le GMF implanté, le soutien financier obtenu du ministère est utilisé annuellement pour les activités cliniques, dont celles du personnel infirmier, et les dépenses de fonctionnement, comme la rémunération du personnel de bureau et l'informatisation. L'annexe 2 présente le soutien financier annuel accordé aux GMF.

10 En 2013-2014, les dépenses gouvernementales pour les GMF se sont élevées à 85,6 millions de dollars et ne tiennent pas compte de la rémunération des médecins y pratiquant. La répartition régionale des dépenses gouvernementales effectuées pour le soutien financier aux GMF est de 18,1 % pour Montréal, de 14,8 % pour la Montérégie et de 11,6 % pour la Capitale-Nationale. Les données régionales sont présentées à l'annexe 3. La figure 1 montre à quoi les sommes reçues par les GMF ont servi.

Figure 1 Dépenses liées aux groupes de médecine de famille en 2013-2014



Source : MSSS.

11 Au 31 mars 2014, le solde du fonds pour les GMF était de 20 millions de dollars, en raison notamment de retards dans l'embauche du personnel clinique. Au moment de notre vérification, les surplus demeuraient disponibles pour les GMF pendant trois ans. Récemment, le MSSS a décidé de ne plus autoriser l'accumulation des sommes non dépensées et les projets financés à partir de surplus doivent être terminés le 31 mars 2016.

12 Pour les cliniques-réseau, le soutien financier offert est variable. Le ministère fournit 50 % du financement aux agences pour la rémunération du personnel clinique, et ce, jusqu'à concurrence de 150 000 dollars. Ces sommes sont soit versées par le ministère dans un fonds, soit incluses dans le budget global des agences. Ces dernières ainsi que les CSSS complètent le financement des cliniques-réseau selon les balises régionales adoptées. En 2013-2014, ces cliniques ont représenté des dépenses de 22,2 millions.

13 Pour sa part, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) verse une rémunération aux médecins pour les activités cliniques qu'ils effectuent dans les GMF et les cliniques-réseau ainsi que pour des activités médico-administratives dans les GMF. Des mesures quant à la rémunération ont été mises en place afin d'encourager la tenue d'activités cliniques dans les GMF, les cliniques-réseau ou par les médecins de famille en général. L'annexe 4 dresse la liste des principales mesures de rémunération pouvant constituer un incitatif pour des activités se déroulant notamment dans les GMF ou les cliniques-réseau.

Rôles et responsabilités

14 Nous avons réalisé nos travaux auprès du ministère, de la RAMQ et de trois agences de la santé et des services sociaux. Dans chacune des régions couvertes par ces agences, un CSSS a été également vérifié. Selon le cadre législatif en vigueur au moment de la vérification, voici leurs rôles et leurs responsabilités.

Ministre et ministère	<ul style="list-style-type: none">■ Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions, élaborer des cadres de gestion à l'égard de ces ressources et contrôler leur utilisation■ Attribuer le soutien financier aux agences pour les GMF et les cliniques-réseau selon les paramètres établis■ Approuver les cadres de référence régionaux des cliniques-réseau■ Faire part aux agences et aux établissements des orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience■ Assurer une reddition de comptes de la gestion du réseau en fonction des orientations qu'il a précisées■ Approuver les plans régionaux des effectifs médicaux
-----------------------	---

Régie
de l'assurance maladie
du Québec

- Rémunérer les médecins pour un service fourni à une personne assurée et effectuer les contrôles relatifs à cette rémunération
- Fournir au ministre de la Santé et des Services sociaux les renseignements nécessaires à des fins d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux ou à l'égard de la négociation et de l'application des ententes de rémunération
- Conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question que celui-ci lui soumet et le saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action de la part de celui-ci

Agences de la santé
et des services sociaux

- À titre de signataires des ententes de soutien financier aux GMF et aux cliniques-réseau, voir au respect des obligations et s'assurer que les responsabilités contractuelles prévues dans celles-ci sont assumées
- Veiller à la promotion, au bon déroulement des démarches d'accréditation des GMF ainsi qu'au renouvellement de ces accréditations
- Allouer le soutien financier aux GMF, aux cliniques-réseau et aux CSSS selon les paramètres établis
- Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition ainsi que le respect des ententes contractuelles signées
- Effectuer une reddition de comptes de leur gestion en fonction des cibles nationales et régionales, et selon les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus
- Évaluer, selon la périodicité que détermine le ministre, l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des patients à l'égard des services
- Élaborer un plan stratégique pluriannuel qui contient les orientations et les objectifs poursuivis concernant notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, et les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats
- Établir un département régional de médecine générale responsable notamment :
 - de définir et de proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, de faire des recommandations relatives aux médecins de famille sur les effectifs médicaux et d'assurer l'application de la décision de l'agence par rapport à ce plan et son évaluation
 - de définir et de proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux, qui doit s'inscrire à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux
 - de donner son avis sur tout projet concernant la prestation des services médicaux généraux

Centres de santé et de services sociaux	<ul style="list-style-type: none">■ À titre de signataires d'ententes avec les GMF et les cliniques-réseau, s'assurer que les obligations sont respectées et que les responsabilités contractuelles prévues dans celles-ci sont assumées■ Procéder à l'embauche du personnel clinique exerçant dans les GMF et les cliniques-réseau et voir au respect des normes professionnelles■ Déterminer les besoins sociosanitaires et les particularités de la population pour leur territoire■ Coordonner l'offre de services requise pour répondre aux besoins, les modes d'organisation ainsi que les contributions attendues des différents partenaires du réseau
---	--

15 Des GMF ainsi que des cliniques-réseau rattachés aux CSSS vérifiés ont été visités. À titre de signataires d'ententes avec les agences et les établissements, ces cliniques ont également des obligations à respecter et des responsabilités contractuelles à assumer. À cet égard, notre vérification a porté sur la gestion du soutien financier et les contrôles effectués par les entités vérifiées en lien avec ces ententes. Il est à noter qu'aucune recommandation n'est adressée aux GMF ni aux cliniques-réseau visités ; elles visent plutôt le ministère, les agences de même que les établissements chargés d'assurer la gouvernance et le suivi des activités de ces cliniques. Par ailleurs, la présente vérification a porté principalement sur les activités des exercices 2012-2013 et 2013-2014.

16 Les objectifs, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

Initiatives gouvernementales

17 Trois initiatives gouvernementales ont été entreprises durant la réalisation de nos travaux de vérification. Ces initiatives sont les suivantes :

- Adoption en février 2015 du projet de loi n° 10 qui, notamment, abolit les agences et crée des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Les responsabilités des entités vérifiées ont été modifiées au 1^{er} avril 2015. Le ministère continue d'élaborer les plans régionaux des effectifs médicaux et ceux des établissements le sont par les CISSS. Ces derniers allouent également le soutien financier aux GMF et aux cliniques-réseau.
- Dépôt en novembre 2014 du projet de loi n° 20, lequel vise à améliorer l'accès à un médecin de famille, le suivi des patients et l'utilisation des sommes consacrées aux services médicaux de première ligne par :
 - l'obligation de prendre en charge un nombre minimal de patients par médecin de famille, jumelée au respect d'un seuil du taux d'assiduité des patients, sous peine de pénalité financière ;
 - la révision de la répartition des effectifs médicaux entre l'hôpital et la clinique médicale par des ajustements aux activités médicales particulières (AMP) ainsi que la limitation du nombre d'heures travaillées dans les établissements par les médecins de famille ;

- l’abolition de primes incitatives à l’inscription de patients vulnérables et de ceux venant des guichets d’accès pour la clientèle orpheline (GACO), c’est-à-dire les personnes qui n’ont pas de médecin de famille ;
- l’obligation pour les médecins des spécialités ciblées de voir un nombre minimum de patients orientés par un médecin de famille.
- Pour parler, depuis 2013, pour l’adoption d’un cadre de gestion relatif aux GMF et aux cliniques-réseau, lequel vise l’amélioration du suivi et l’équité au regard du soutien financier pour les services offerts dans les cliniques médicales adhérant aux deux modèles d’organisation (GMF ou clinique-réseau).

18 Il est important de noter que les recommandations formulées dans ce rapport s’adressent aux instances qui étaient responsables au moment de nos travaux. Les adaptations devront être faites en fonction des nouvelles responsabilités qui découlent des modifications à la structure du réseau.

2 Résultats de la vérification

19 Le rapport est structuré en deux parties. Nous présentons d'abord celle qui touche davantage le patient, soit l'accès à un médecin de famille, de l'inscription du patient auprès d'un médecin aux services rendus en temps opportun dans un GMF ou une clinique-réseau. Par la suite, nous présentons l'analyse réalisée au sujet de l'encadrement effectué par le ministère, les agences et les établissements auprès des cliniques médicales, et ce, de la répartition des ressources au suivi des résultats obtenus. Bien que les constats soulevés visent le ministère, des agences et des établissements, une part de responsabilité revient aux médecins de famille dans les GMF et dans les cliniques-réseau, à titre de signataires des ententes, mais les activités de ceux-ci n'ont pas été prises en compte dans la présente vérification.

2.1 Accès à un médecin de famille

20 L'un des principaux enjeux en matière de services de première ligne au Québec est l'accès à un **médecin de famille**. Cet accès est influencé principalement par deux facteurs ; premièrement, l'inscription du patient auprès d'un médecin de famille ou l'accessibilité à un médecin d'une clinique-réseau ; deuxièmement, les services rendus en temps opportun. Ainsi, le patient est en mesure d'obtenir un rendez-vous avec son médecin dans un délai raisonnable ou il a la possibilité d'en rencontrer un autre de la même clinique et, idéalement, pas uniquement lors d'une consultation sans rendez-vous.

Selon la RAMQ, un médecin de famille est celui qui s'engage à prendre en charge un patient et à assurer le suivi des problèmes de santé de celui-ci. Le suivi inclut la prescription d'examen ou de médicaments et, au besoin, les demandes de consultation auprès d'un autre médecin omnipraticien ou d'un spécialiste.

Inscription auprès d'un médecin de famille

21 La littérature reconnaît que l'**inscription** d'un patient auprès d'un médecin de famille a un impact positif sur les services offerts aux patients en termes de continuité et de qualité. Au Québec, l'inscription des patients a débuté en 2002-2003, soit quand les médecins ont commencé à pratiquer dans les GMF. L'inscription a ensuite été favorisée à partir du 1^{er} janvier 2009 par l'ajout d'incitatifs financiers pour l'ensemble des médecins de famille. Au 31 mars 2014, 63,8 % de la population du Québec était inscrite auprès d'un médecin, dont 41,4 % dans un GMF.

L'inscription officialise l'existence d'une entente formelle entre un médecin et la personne qu'il traite. Le médecin s'engage alors à lui offrir les services médicaux de première ligne requis. Dans le cas des groupes de médecine de famille (GMF), cet engagement auprès du patient est aussi collectif.

Obtention d'un médecin de famille

22 Pour faciliter le jumelage entre les patients et les médecins, le ministère a formulé des directives dès 2007 pour que soit mis en place un processus d'orientation. À partir de ces directives, les guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO) sont alors implantés dans tous les CSSS du Québec. En fonction d'une grille d'évaluation clinique provinciale, on définit les priorités pour chaque demande d'inscription selon l'état de santé du patient.

23 Le mécanisme d'orientation privilégié, soit les guichets d'accès, n'est ni transparent ni équitable pour les patients. Certains d'entre eux, pour qui la prise en charge devrait se faire à l'intérieur de six mois, peuvent attendre pendant des années. Mis à part les services des cliniques-réseau, lorsqu'elles sont présentes, les CSSS vérifiés offrent peu de services préventifs à ces personnes et elles n'ont que l'urgence comme lieu de soins.

24 Lorsque les patients communiquent avec les CSSS vérifiés pour inscrire leur nom dans la liste des GACO, ils ne reçoivent aucune confirmation de leur inscription. Par la suite, aucun suivi n'est fourni aux patients qui veulent se renseigner sur leur place dans la liste.

25 De plus, les CSSS orientent principalement les patients sans médecin de famille vers les GACO, ce qui laisse penser qu'il s'agit du seul moyen pour en obtenir un. Or, les médecins de famille peuvent choisir leurs futurs patients autrement ; ce peut être notamment des patients rencontrés dans les cliniques sans rendez-vous ou des patients dont le nom figure sur la liste d'attente de la clinique. De fait, la proportion de médecins dans les GMF qui prennent en charge des personnes en attente à ces guichets varie de 4,3 à 75,4 % d'un CSSS vérifié à l'autre (tableau 1).

Tableau 1 Prise en charge des patients en attente au 31 mars 2014

	Médecins actifs dans les groupes de médecine de famille ¹		
	Médecin participant au GACO	Total	%
CSSS de Gatineau	77	107	72,0
CSSS Drummond	46	61	75,4
CSSS Jeanne-Mance	6	141	4,3

1. Les médecins actifs sont ceux qui avaient des patients inscrits dans les GMF du CSSS au 31 mars 2014.
Sources : RAMQ et CSSS vérifiés.

26 En outre, les médecins de famille d'un même territoire peuvent définir des critères relativement aux nouveaux patients qu'ils souhaitent prendre à partir de la liste du GACO. Ces critères sont variables d'un CSSS à l'autre, comme on peut le voir à la page suivante.

<p>CSSS de Gatineau</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âge¹ ■ Patient de la même famille qu'une personne déjà suivie ■ Type de vulnérabilité selon la codification de la RAMQ (santé mentale, diabète, etc.)
<p>CSSS Drummond</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Au moins 24 patients lourds la première année, 16 la deuxième année et 8 par année pour les nouveaux médecins qui font de la prise en charge ■ Patient vulnérable consulté à l'urgence ■ Patient de la même famille qu'une personne déjà suivie
<p>CSSS Jeanne-Mance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niveau de priorité assigné aux patients selon la grille du GACO ■ Type de vulnérabilité selon la codification de la RAMQ (santé mentale, diabète, etc.)

1. Le choix d'un médecin peut se porter sur un groupe d'âge en particulier (par exemple, de 0 à 5 ans).

27 Selon la loi, les médecins sont des travailleurs autonomes. Ceux pratiquant dans les GMF ne sont pas obligés de prendre des patients en provenance des GACO, qu'ils soient **vulnérables** ou pas, puisque les ententes signées avec les GMF n'incluent pas d'obligation en la matière. Pourtant, il pourrait s'agir d'une condition pour l'attribution du soutien financier.

28 Des **mesures** pouvant constituer un incitatif ont été mises en place ; l'une d'entre elles prévoit le versement d'un montant forfaitaire variant de 83 à 100 dollars si le médecin prend en charge un patient non vulnérable inscrit sur la liste du GACO ou de 174 à 250 dollars si ce patient est considéré comme vulnérable. Nous avons relevé une bonne pratique : afin d'éviter que les patients d'un médecin qui part à la retraite soient réinscrits sur la liste du GACO, un des GMF visités a établi une règle interne pour que les médecins de la clinique reprennent en charge les patients d'un médecin qui part à la retraite ou qui est en congé prolongé.

29 Toutefois, cette mesure a entraîné une pratique que le ministère et la FMOQ ont interdite en 2013. Des médecins faisaient de l'« autoréférence » aux listes des GACO : le médecin envoyait un patient au guichet d'accès pour qu'il s'y inscrive et, ensuite, il le sélectionnait afin de bénéficier de la prime incitative. Depuis cette interdiction, le nombre de patients pris en charge à partir des listes des GACO a diminué de 50 %. Le tableau 2 présente, pour la province, le nombre des personnes qui sont inscrites au GACO de leur CSSS ainsi que le délai moyen d'attente.

Selon la grille du ministère, les patients sont classés ainsi :

- P1 : Personne ayant besoin d'une prise en charge médicale immédiate (moins de 30 jours) ;
- P2 : Personne ayant besoin d'une prise en charge à court terme (de 30 jours à 3 mois) ;
- P3 : Personne ayant besoin d'une prise en charge à moyen terme (de 3 à 6 mois) ;
- P4 : Personne ayant besoin d'une prise en charge non urgente (de 6 mois à 1 an) ;
- P5 : Toutes les autres clientèles.

Les patients vulnérables sont des personnes qui ont, d'après le médecin de famille, un ou plusieurs problèmes de santé (diabète, santé mentale, etc.) ou qui répondent au critère d'âge (70 ans et plus), selon l'entente de rémunération particulière signée entre le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Les ententes de rémunération particulières signées entre le ministère et la FMOQ contiennent plusieurs mesures pouvant constituer un incitatif dont peuvent se prévaloir les médecins travaillant dans les GMF ou dans les cliniques-réseau (voir annexe 4).

Tableau 2 Personnes inscrites dans les guichets d'accès au 31 mars 2014

Niveau de priorité	Nombre de personnes en attente	Délai moyen d'attente	Variation du délai moyen d'attente par CSSS
P1 à P3	57 497 (21,9%)	1 an et 1 mois	De 17 jours à 3 ans et 10 mois
P4 et P5	193 175 (73,5%)	1 an et 3 mois	De 35 jours à 3 ans et 9 mois
Patients non priorisés ¹	12 126 (4,6%)	160 jours	De 0 à 2 ans et 8 mois
Total	262 798	1 an et 3 mois	De 17 jours à 3 ans et 10 mois²

1. Il s'agit de l'attente avant que l'état de santé de la personne soit évalué et qu'un niveau de priorité lui soit attribué.

2. Cette variation ne comprend pas le délai d'attente lié à l'attribution d'un niveau de priorité.

Source : MSSS.

À titre d'exemple, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun a mis en place une bonne pratique. Il offre un bilan de santé préventif fait par une infirmière clinicienne, qui se veut une solution de remplacement à l'examen médical périodique. Les personnes visées sont asymptomatiques et sans problèmes de santé récurrents. L'examen inclut la mise à jour de la vaccination et le dépistage de facteurs de risque et de maladies (excès de poids, diabète, etc.), ainsi que de certains cancers.

Dans un rapport déposé en septembre 2014, le commissaire à la santé et au bien-être souligne que 60% des personnes se présentant à l'urgence pourraient majoritairement être traitées ailleurs.

30 À part une orientation portant sur l'établissement d'un bilan des habitudes de vie au CSSS Jeanne-Mance, les CSSS vérifiés n'ont pas mis en place de **services préventifs** pour s'assurer que l'état des patients en attente demeure stable. Dans les régions sans clinique-réseau, comme l'Outaouais, les personnes sans médecin de famille n'ont généralement pas d'autre choix que celui de se rendre à l'**urgence** en cas de besoin ou d'aller consulter en Ontario.

31 L'efficacité du processus d'orientation est notamment tributaire de la qualité de l'information de gestion disponible sur celui-ci. Or, les données provenant des GACO ne sont pas fiables :

- Les CSSS ne peuvent pas faire de mises à jour systématiques des listes d'attente des GACO. Lorsqu'ils en font une, elle doit se faire au cas par cas, ce qui représente un travail important étant donné le volume en cause. À titre d'exemple, la liste du GACO du CSSS de Gatineau comportait 22 837 noms de patients au 31 mars 2014. De plus, même si, lors de l'inscription des patients auprès d'un médecin de famille, une validation avec les données de la RAMQ peut se faire, il n'y en a pas par la suite.
- Des patients peuvent avoir été retirés de la liste d'attente, mais n'avoient pas été pris en charge par un médecin. En effet, les médecins demandent des patients sur les listes ; les CSSS leur fournissent des noms de patients et les retirent des listes d'attente sans recevoir de confirmation que les médecins ont bien inscrit les patients qui leur ont été envoyés. En outre, ils n'ont pas plus de confirmation de la part de la RAMQ. Pour pallier ce problème, au CSSS de Gatineau, l'infirmière téléphone à chaque patient qui a été dirigé vers un médecin pour qu'il rappelle le GACO si aucun médecin ne le contacte dans les 90 jours. Pour sa part, le CSSS Drummond transmet au patient une lettre l'avisant qu'il a été recommandé à un médecin. Le CSSS Jeanne-Mance, lui, retire le nom du patient de la liste dès qu'il est dirigé vers un médecin. Or, les médecins peuvent demander une liste de patients et n'en inscrire qu'une partie. Ainsi, des patients non pris en charge peuvent penser qu'ils sont inscrits sur la liste d'attente, alors qu'ils n'y sont plus.

Prise en charge des patients

32 Financés en fonction du nombre d'inscriptions, les GMF ont été implantés afin d'améliorer l'accessibilité aux services des médecins de famille et permettent notamment au patient d'avoir un médecin de famille et de le conserver. D'ailleurs, l'inscription auprès d'une équipe de professionnels offrant des soins a montré de multiples avantages, telles la création d'une relation de confiance entre l'équipe traitante et la personne, une plus ample connaissance des besoins des groupes vulnérables en termes de soins et de services, une meilleure continuité des services et une utilisation efficiente des services de santé.

33 Les exigences ministérielles liées au soutien financier que les agences vérifiées versent aux GMF ont peu favorisé la prise en charge additionnelle de patients par les médecins, particulièrement de patients plus vulnérables.

34 Le nombre moyen de patients inscrits auprès d'un médecin pratiquant dans un GMF a augmenté de seulement 5,9% au cours des 5 dernières années ; il est passé de 821 à 869 patients. Toutefois, le nombre de médecins y travaillant a augmenté de 41,5%. Qui plus est, la création des GMF a fait en sorte qu'il y a une restriction de l'accès aux services de la clinique pour les personnes non inscrites, services qui leur étaient accessibles auparavant. En effet, les ententes signées précisent généralement que les GMF offrent des services aux patients qui y sont inscrits. Dans 5 des GMF visités pour lesquels l'information était disponible, aucun n'accepte les patients non inscrits. Selon l'agence de l'Outaouais, cette restriction vise cependant à offrir un accès en temps opportun à ceux qui sont inscrits.

35 En devenant un GMF, une clinique obtient un soutien financier basé sur le nombre de patients inscrits ; elle ne s'engage pas à augmenter son nombre de patients et elle conserve, exception faite du nombre d'heures d'ouverture, la même latitude qu'une clinique médicale ne recevant aucun soutien financier. Généralement, la seule exigence imposée en termes de prise en charge est celle-ci : le GMF doit avoir inscrit le nombre de patients pour lequel il a reçu un soutien financier (annexe 2). Étant donné que l'on tient compte du nombre de patients dont les médecins s'occupent déjà et du nombre de visites passées, cela ne constitue pas nécessairement un moyen pour augmenter la prise en charge.

36 Les ententes que nous avons analysées ne comportent pas d'exigences sur la proportion de patients vulnérables à suivre et sur le pourcentage d'augmentation attendu du nombre de patients inscrits dans la clinique pendant la durée de l'entente. En 2013-2014, la proportion de nouveaux patients inscrits dans les GMF et dans les cliniques médicales est semblable (9,6 et 9,3%), y compris ceux considérés comme vulnérables (33,6% dans les GMF et 34,5% dans les cliniques médicales). Au 31 mars 2014, la proportion de patients vulnérables suivis dans les GMF était de 40,2% (1 362 930 sur 3 390 149 patients), alors qu'elle était de 45,4% (842 929 sur 1 857 508 patients) dans les cliniques médicales non GMF. Dans les CSSS vérifiés, seulement 1 des 20 ententes analysées incite à une réelle augmentation de la prise en charge, et ce, peu importe le type de patients (tableau 3).

Tableau 3 Cibles liées au nombre d'inscriptions figurant dans les ententes

	Cible supérieure au soutien financier	Cible équivalente au soutien financier ¹	Aucune cible
CSSS de Gatineau	1	1	5
CSSS Drummond	–	3	2
CSSS Jeanne-Mance	–	4	2
Total²	1	8¹	9

1. Tous les GMF ont effectué au moins trois renouvellements de leur entente.

2. Deux ententes n'ont pas été prises en compte puisque les GMF n'ont pas encore procédé au renouvellement.

Sources : Agences vérifiées.

37 Comme prévu dans les ententes avec les GMF, le soutien financier est proportionnel au nombre de patients inscrits auprès des médecins de famille du GMF. Si la cible fixée est supérieure au nombre de patients inscrits (et, conséquemment, au financement accordé), cela constitue un incitatif pour prendre en charge plus de patients. C'est le cas pour un seul GMF : la cible inscrite dans l'entente est de 12 000 patients inscrits, alors qu'il a réellement 7 866 patients inscrits et qu'il reçoit un soutien financier pour ce nombre. Pour 8 autres GMF, la cible correspond au nombre réel de patients inscrits (donc au soutien financier versé) et, pour 9 GMF, rien n'est indiqué à cet égard.

Services rendus

Afin d'améliorer l'offre de services sur son territoire, le CSSS Drummond a mis en place un réseau d'accessibilité qui nécessite l'appui des urgentologues de son hôpital, en plus de celui des médecins des GMF. Lorsqu'ils ne travaillent pas à l'urgence, les urgentologues offrent des consultations sans rendez-vous, notamment aux patients orphelins, ainsi qu'un suivi afin de terminer la période de traitement. En 2013-2014, ils ont effectué près de 9 000 consultations.

38 Selon les directives du ministère, l'**offre de services** d'un GMF doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Un minimum de 68 heures d'ouverture par semaine, soit jusqu'à 12 heures par jour en semaine et 4 heures par jour les fins de semaine et les jours fériés (avec ou sans entente de service) ;
- Des rencontres avec et sans rendez-vous et à domicile ;
- Une réponse adaptée aux besoins des patients inscrits, de jour et de nuit.

39 Pour l'offre de services des cliniques-réseau, une seule modalité est obligatoire, soit celle d'offrir 76 heures de services par semaine sans rendez-vous sur un seul emplacement, dont 8 heures par jour les samedis, les dimanches et les jours fériés.

40 Les exigences ministérielles concernant l'étendue des services sont les mêmes pour tous les GMF ; elles ne sont pas modulées en fonction du volume ni du type de patients inscrits. Aucune exigence liée à l'intensité ou à l'accessibilité des services n'a été fixée aux GMF.

41 Les paramètres du soutien financier précisent l'étendue de services seulement en termes de plage horaire, laquelle est la même, peu importe le nombre de personnes inscrites. De même, quant au nombre de patients pour lequel le GMF est financé, une seule pondération est prévue : elle concerne les accouchements et les visites à domicile effectués. Or, le fait de suivre des personnes vulnérables représente une charge de travail différente de celle consistant à traiter des patients non vulnérables. Le ministère n'effectue pas ce type de pondération lors de la détermination du soutien financier.

42 Les exigences ministérielles permettent aux GMF de conclure des ententes de service entre eux ou avec des établissements du réseau (y compris les services d'urgence) pour déléguer une partie des heures d'ouverture financées. Cette façon de faire entraîne une diminution globale des heures de services dans les GMF, alors que le soutien financier est versé en totalité.

43 Dans 2 des 3 CSSS vérifiés (les CSSS Drummond et Jeanne-Mance), la diminution annuelle est de 4 732 heures, ce qui représente une somme versée en trop de près de 418 700 dollars. Au 31 mars 2014, selon les données du ministère, 100 GMF (soit 39 %) n'offraient pas eux-mêmes la totalité des heures d'ouverture convenues. Notons que, dans le **plan d'action** transitoire, le ministère a interdit les ententes de service pour les GMF qui ont plus de 19 000 patients inscrits.

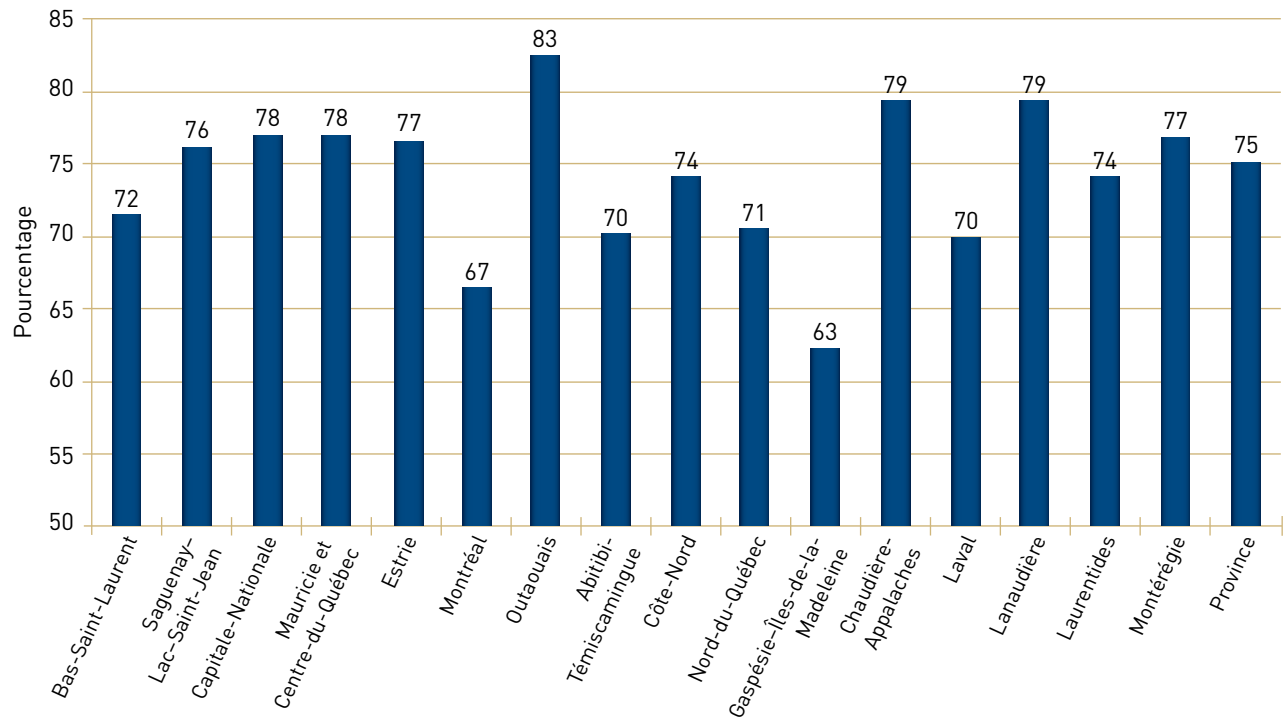
44 Les exigences ministérielles ne précisent pas la performance attendue en termes de volume de services à offrir, que ce soit par plage horaire, par jour, par semaine ou par année, et de nombre de visites. De plus, le ministère ou les agences n'imposent pas de niveau d'accessibilité aux services dans les GMF. Le fait d'être inscrit dans un GMF ne signifie pas que le patient est en mesure de voir son médecin (ou un autre de la même clinique) lorsqu'il en a besoin. Un moyen d'évaluer ce niveau est le **taux d'assiduité** des patients au GMF dans lequel ils sont inscrits. Le ministère utilise ce taux à l'interne et il travaille actuellement à son amélioration afin de l'implanter à titre d'indicateur de l'accessibilité aux services des médecins pour les patients.

45 Ce taux est disponible pour 255 GMF et il varie de 34,7 à 93,5 % d'un GMF à l'autre dans la province. Ainsi, au 30 octobre 2014, pour 180 GMF (70,6 %), un maximum de 80 % des visites des patients a eu lieu dans la clinique où leur médecin de famille pratique. Le projet de loi n° 20 cible un taux d'assiduité de 80 % par médecin. La figure 2 présente le taux d'assiduité par région.

En mars 2013, le ministère a mis en œuvre un plan d'action en attendant d'adopter un nouveau cadre de gestion. Ce plan précise les exigences ministérielles par rapport au renouvellement des accréditations des GMF : ces exigences concernent le respect de la cible relative à l'inscription de la clientèle, celui de l'offre de services des GMF et les retards associés aux renouvellements.

Selon la définition actuelle du ministère, le taux d'assiduité est le nombre de visites médicales que font des patients inscrits à leur GMF, qui est mis en relation avec toutes les visites médicales faites par ces mêmes patients dans tout lieu de pratique de première ligne (GMF, urgence, autre clinique médicale, etc.) pendant une année, à l'exception des visites prioritaires à l'urgence de la région. Le ministère travaille actuellement à perfectionner cet indicateur.

Figure 2 Taux d'assiduité des patients dans les groupes de médecine de famille au 30 octobre 2014



Source : MSSS.

46 Le taux d'assiduité des patients au GMF constitue un bon indicateur de la disponibilité et de l'accessibilité des médecins. Cependant, la méthode actuelle de calcul de ce taux est associée à des lacunes, dont en voici certaines.

- La lourdeur associée aux personnes vulnérables et la fréquence de leurs besoins ne sont pas considérées. Ces dernières utilisent davantage l'urgence, ce qui peut avoir un impact sur le taux d'assiduité des patients inscrits dans les GMF.
- On calcule le taux d'assiduité en utilisant comme dénominateur le nombre total de consultations qu'a eues un patient durant une année. Or, le ministère n'est pas en mesure d'associer les consultations non urgentes d'un patient à l'urgence avec celles qu'il a eues avec son médecin de famille ou dans son GMF. Pour pallier cette lacune, le ministère établit une moyenne régionale des consultations non urgentes qu'il y a eu à l'urgence et en tient compte dans le nombre total des consultations des patients. Ainsi, des consultations non urgentes ayant eu lieu à l'urgence peuvent être attribuées à des médecins ou à des cliniques médicales, alors que leurs patients n'y ont jamais consulté.
- Les consultations à l'extérieur du Québec ne sont pas prises en compte ; par conséquent, le taux d'assiduité dans les régions limitrophes comme l'Outaouais pourrait être faussé.

- Pour les GMF dans les établissements, le taux d'assiduité risque de ne pas correspondre à la réalité, car le ministère fait une extrapolation à partir du nombre de consultations. En effet, seules les données sur les consultations effectuées auprès des patients vulnérables sont disponibles dans les établissements. De plus, l'extrapolation faite par le ministère rend difficile la comparaison du taux d'assiduité aux GMF dans les établissements et de celui aux GMF en dehors des établissements, les méthodes de calcul étant différentes.

47 Il est à noter qu'au moment de la vérification, le ministère considérait qu'il ne pouvait pas transmettre les données sur le taux d'assiduité aux agences à cause de contraintes légales. Ainsi, les agences ne disposent pas de l'information nécessaire pour réaliser un suivi et prendre les mesures qui s'imposent en fonction de leurs caractéristiques régionales.

48 Pour améliorer leur disponibilité, les médecins peuvent mettre sur pied l'« accès adapté », c'est-à-dire un mode de gestion qui a pour objet d'offrir une consultation au moment où les patients en ont besoin, idéalement le jour même. Ce mode de gestion permet de réduire les temps d'attente, d'obtenir un rendez-vous rapidement et de réduire les absences aux rendez-vous fixés. Les médecins peuvent d'ailleurs, depuis 2011, recevoir une compensation financière s'ils suivent une formation de six heures sur le sujet. Celle-ci est de 570,72 dollars depuis le 1^{er} juin 2013. Dans les cinq GMF visités pour lesquels l'information était disponible, les médecins l'ont adopté dans une proportion variant de 8 à 100 %.

L'accès adapté est une façon proactive de gérer les rendez-vous, qui consiste à laisser un nombre variable de plages horaires disponibles pour les patients ayant des besoins urgents ou ponctuels.

49 Par ailleurs, lorsque les cliniques médicales sont à la fois GMF et clinique-réseau (42 cliniques au Québec), il y a un risque de chevauchement dans les services qui doivent être rendus, ce qui diminue l'intensité des services offerts. Au lieu de fournir les services compris dans chacune des ententes de façon cumulative, les cliniques fusionnent parfois ces plages, ce qui fait en sorte de réduire l'accès aux plages sans rendez-vous pour les patients non inscrits et accueillis normalement dans la clinique-réseau.

50 À partir des données de facturation de la RAMQ en 2013-2014, nous avons établi que, dans les 42 GMF qui sont aussi cliniques-réseau (excluant la clinique-réseau du CSSS Drummond), il arrive fréquemment qu'un seul médecin, plutôt que deux, soit présent pour offrir des services sans rendez-vous. Le nombre de médecins effectuant des consultations sans rendez-vous est un indice de l'intensité des services offerts. Ainsi, du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, voici le portrait du nombre de cliniques, à la fois GMF et clinique-réseau, et de jours quant à l'offre de consultations sans rendez-vous :

- Dans 6 cliniques, il n'y a jamais eu 2 médecins par jour.
- Dans les 36 autres cliniques, il y a 133 jours en moyenne par année au cours desquels 2 médecins ont offert ce type de consultations.
- Il y a une grande variation quant à la présence de 2 médecins dans ces 36 cliniques : une clinique a eu 7 jours de présence de 2 médecins et une autre, 363 jours.

51 Pour améliorer cette situation, depuis le 1^{er} avril 2015, de nouveaux critères de financement pour les cliniques-réseau sont appliqués : d'abord, un nombre annuel minimal de 20 000 visites devra être effectué dans le cadre de l'offre de services de la clinique-réseau. Puis, un maximum de 20 % de ces visites pourra être fait par des patients inscrits auprès d'un médecin de famille de la clinique-réseau ou du GMF. Les autres visites devront être réalisées par des patients inscrits auprès d'un médecin de famille en dehors du GMF ou des patients sans médecin de famille. Par ailleurs, les cliniques-réseau ayant le statut de GMF devront également s'assurer d'avoir un taux d'assiduité minimal de 80 % et le nombre d'inscriptions pour lequel le GMF est financé.

Recommandations

52 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère et aux agences vérifiées.

- 1 Revoir les mécanismes concernant l'orientation des clientèles orphelines, notamment celles inscrites dans les guichets d'accès, afin de s'assurer que l'accès à un médecin de famille est équitable pour les patients.
- 2 Mesurer et publier les résultats obtenus concernant l'accès à un médecin de famille, dont ceux en lien avec les guichets d'accès.
- 3 Revoir les modalités de soutien financier des groupes de médecine de famille afin d'inciter ceux-ci à prendre en charge davantage de patients, particulièrement les plus vulnérables.
- 4 Moduler l'offre de services exigée des groupes de médecine de famille en fonction du volume et du type de patients inscrits et spécifier le niveau d'accessibilité aux services dans les ententes avec ces groupes.

53 La recommandation suivante s'adresse aux établissements vérifiés.

- 5 Améliorer la transparence du processus d'accès à un médecin de famille et la qualité de l'information fournie aux patients orphelins.

2.2 Encadrement des ressources allouées

54 En matière d'encadrement, le ministère, les agences et les établissements ont des responsabilités quant à la répartition des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cette répartition doit se faire de manière équitable et être en lien avec les besoins de la population. Les entités ont également des responsabilités par rapport à la saine gestion des ressources financières qui leur sont accordées. Cela regroupe, dans le cas du soutien financier alloué aux GMF et aux cliniques-réseau, différents volets, dont la gestion du processus d'accréditation et de renouvellement, celle du personnel clinique financé, l'informatisation des cliniques et le suivi effectué des résultats des deux modèles d'organisation.

Répartition des ressources

55 La gestion axée sur les résultats nécessite de prendre en compte les besoins de la population dans les choix que l'on effectue. La décision de financer une clinique pour qu'elle devienne un GMF ainsi que les choix en lien avec la répartition de l'effectif médical dans les différents milieux de pratique montrent qu'il est nécessaire d'assurer un arrimage des besoins recensés.

Implantation d'un groupe de médecine de famille

56 Bien que l'allocation du soutien financier à un GMF soit établie en fonction du nombre d'inscriptions, l'élément déterminant de la création d'un GMF est la volonté des médecins d'adhérer à ce modèle d'organisation. Pour leur part, les CSSS ont la responsabilité de cibler les besoins de la population de leur territoire et de coordonner l'offre de services pour répondre à ces besoins.

57 Les agences attribuent un soutien financier aux GMF en s'appuyant essentiellement sur la volonté des médecins de pratiquer dans le cadre de ce modèle d'organisation, peu importe le secteur géographique. Les besoins de la population et la proximité des services de première ligne sont peu pris en compte.

58 Les décisions relatives à l'accréditation des cliniques ne sont pas prises dans le but d'orienter l'attribution du soutien financier vers des quartiers ou des régions qui manquent de services de proximité. Ainsi, même si la population de ces quartiers est inscrite auprès d'un médecin de famille, elle ne consulte pas nécessairement celui-ci près du lieu de résidence. Un sondage mené par une importante maison de sondage pour le ministère en 2012 démontre que 80 % de la population préfère que son médecin de famille pratique près du lieu de résidence. Aucune analyse structurée sur les quartiers qui manquent de services de proximité n'a été réalisée par les agences ou les établissements vérifiés. De plus, la cible ministérielle quant au nombre de GMF à implanter date de 2002, alors que la population a augmenté de 10,5 %. Pour leur part, les cibles régionales sont basées sur le nombre de cliniques médicales existantes et non sur l'évaluation des besoins de la population d'une région ou d'un secteur. Pourtant, les CSSS disposent de données populationnelles pertinentes et possèdent une connaissance des besoins des patients sur leur territoire.

59 À part les infirmières, le type de professionnels de la santé financés à partir du soutien financier et qui travaillent dans les GMF n'est pas déterminé en fonction des besoins de la population. Ces professionnels sont payés à même le fonds pour les GMF (à condition que le ministère, sur la recommandation des agences vérifiées, ait autorisé ces dépenses) ou au moyen des sommes supplémentaires allouées à certains GMF. Ces 63 GMF (sur 258, soit 24 %) ont atteint deux cibles : le nombre de patients inscrits pour lesquels ils reçoivent des sommes et le nombre d'heures d'ouverture prévues dans les ententes. Ces GMF ont pu demander aux CSSS d'embaucher pour eux, à partir du soutien financier reçu, d'autres types de professionnels, tels que des nutritionnistes et des psychologues. Les équipes médicales des GMF ont effectué certains

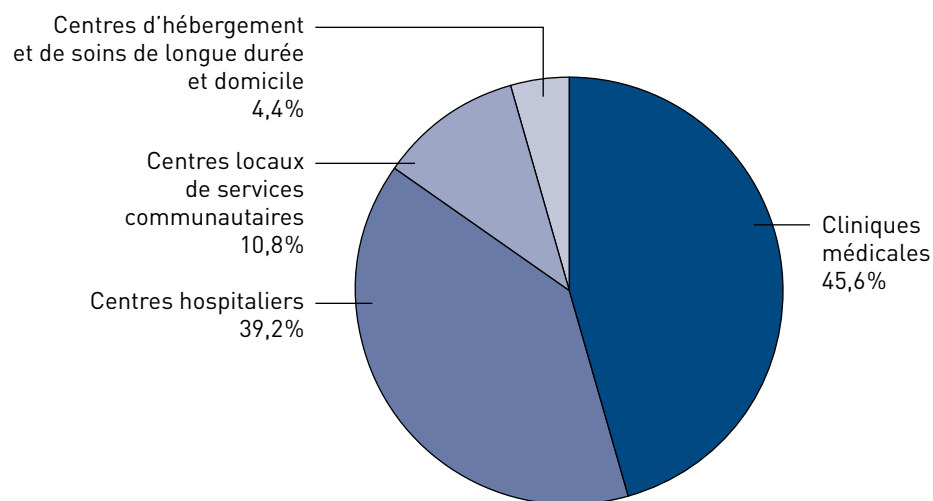
choix, mais elles ont peu consulté les CSSS. Qui plus est, ces ressources supplémentaires leur ont été affectées parce que les GMF en question respectaient leurs ententes, ce qui devrait être normal et généralisé.

Répartition des médecins de famille

60 Deux mécanismes ont été mis en place par le ministère afin de répartir les médecins de famille dans la province. D'une part, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) établissent une limite quant au nombre de médecins de famille que chaque région du Québec peut avoir. Ces cibles sont révisées annuellement en fonction des écarts observés entre les effectifs en place et les besoins à combler.

61 D'autre part, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* oblige les médecins de famille à effectuer des activités cliniques jugées prioritaires pour la région, appelées « activités médicales particulières » (AMP), notamment les activités menées à l'urgence ou celles liées à l'hospitalisation de courte durée. La figure 3 présente la répartition des coûts liés aux services médicaux fournis par les médecins de famille selon le milieu de pratique.

Figure 3 Coûts liés aux services médicaux fournis par les médecins de famille en 2013-2014



Source : RAMQ.

62 Les mécanismes actuels que le ministère a mis en place en vue d'encadrer la répartition des effectifs médicaux n'ont pas comme objet de favoriser l'équilibre entre les cliniques médicales et les établissements.

63 Les PREM ont pour objectif de répartir ces effectifs entre les régions ; ils n'encadrent pas le volume ou le type de pratique que les médecins ont quand ils sont installés dans la région. Pourtant, la répartition précisée dans les plans régionaux est basée sur une évaluation des besoins des régions en matière de ressources médicales. Cette évaluation repose, quant à elle, sur des normes établies en fonction du type de services que les médecins de famille peuvent

offrir. Par exemple, 8 lits dans une unité de soins intensifs représentent une charge de 2912 heures par année, soit 1,54 poste équivalent temps plein (ETP). Pour la première ligne, la norme est celle-ci : un médecin à temps plein pour 1450 personnes, chiffre pondéré en fonction des caractéristiques socioéconomiques et démographiques de la population.

64 Selon les données disponibles pour 2013, 41 % des médecins de famille (pourcentage calculé en **ETP**) travaillent dans les cliniques médicales. Les restrictions sur le volume d'activité dans les établissements se rapportent plutôt aux plans d'effectifs locaux, lesquels sont approuvés par les agences. Ainsi, une région pourrait consacrer 90 % du travail de ses médecins de famille à des activités en milieu hospitalier sans être pénalisée quant aux ressources médicales qui lui seront accordées l'année suivante par l'intermédiaire des PREM. Compte tenu de l'abolition des agences, les responsabilités concernant le contrôle relatif aux plans d'effectifs des établissements seront dorénavant assumées par le ministère.

En l'absence de données sur le nombre d'heures travaillées par les médecins de famille, le ministère calcule les ETP en place à partir de la moyenne des revenus des médecins de famille de la province, en éliminant d'abord ceux dont la rémunération est inférieure à 40 % de la moyenne calculée. Cette méthode de calcul est légèrement différente de celle utilisée pour les PREM.

65 Les AMP ont été mises sur pied en 1991 afin d'éviter l'interruption de services dans les établissements. Depuis, tous les médecins de famille de moins de 20 ans de pratique doivent effectuer un certain nombre d'heures de services médicaux reconnues à titre d'AMP. Ces activités sont regroupées en six catégories, lesquelles n'ont pas été revues depuis 2005. Tant que les activités figurant dans les quatre premières catégories ne sont pas accomplies dans une région, on ne peut, sauf exception, autoriser la réalisation de celles appartenant aux catégories suivantes. Voici ces catégories :

- Urgence (catégorie 1) ;
- Hospitalisation de courte durée (catégorie 2) ;
- Services médicaux dans les centres d'hébergement, les centres de réadaptation ou à domicile (incluant la garde en disponibilité) (catégorie 3) ;
- Obstétrique (catégorie 4) ;
- Services de première ligne auprès de patients vulnérables, à domicile, dans une clinique ou dans tout centre exploité par un établissement (catégorie 5) ;
- Toute autre activité prioritaire déterminée par l'agence et approuvée par le ministre, dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier (catégorie 6).

66 Le ministère n'a pas été en mesure de retracer l'historique des justifications sous-tendant l'exigence liée aux 12 heures d'AMP par semaine pour les médecins de moins de 15 ans de pratique. Il n'est donc pas possible d'évaluer sa pertinence, mais, parmi les omnipraticiens non exemptés d'AMP du 1^{er} septembre au 30 novembre 2014, 46 % ont effectué plus de 10 % d'heures d'AMP par rapport à ce qu'ils étaient obligés de faire. De plus, outre les activités prioritaires, les médecins de famille peuvent mener d'autres activités en milieu hospitalier sur une base volontaire. Les décisions concernant le nombre d'heures d'AMP requis par région et le nombre de postes disponibles dans les établissements reviennent aux départements régionaux de médecine générale des agences.

Processus d'accréditation et de renouvellement

67 Lorsque des médecins de famille veulent obtenir du soutien financier pour se regrouper et devenir un GMF, ils doivent signifier leur intention à l'agence et proposer une offre de services. Si la proposition satisfait l'agence, le processus d'accréditation est enclenché. Les trois ententes suivantes sont nécessaires pour que le groupe obtienne le soutien requis :

- Le contrat d'association conclu entre les médecins du futur GMF, contrat qui détaille leur collaboration ;
- L'entente signée entre le futur GMF et le CSSS, laquelle prévoit notamment les règles concernant l'embauche du personnel infirmier et des autres professionnels ;
- La convention adoptée par l'agence et le futur GMF, signée par le ministre, qui précise l'offre de services du groupe ainsi que les ressources humaines et financières fournies par l'intermédiaire de l'agence.

68 Tous les trois ans, après l'évaluation des services offerts par la clinique selon les critères établis, l'agence recommande au ministre de renouveler ou non l'accréditation du GMF.

69 Pour les cliniques-réseau, la mise en place et le fonctionnement relèvent essentiellement des agences et des établissements. La durée des ententes est de deux ans dans les régions vérifiées.

70 Le ministère et les agences vérifiées n'effectuent pas une gestion administrative efficiente du soutien financier accordé aux GMF. Leurs interventions sont mal coordonnées et certaines activités ont peu de valeur ajoutée.

71 Le processus menant au versement du soutien financier aux GMF est peu documenté par le MSSS et les documents produits manquent de clarté. Le processus a été mis en place au fur et à mesure sans qu'il y ait une vision d'ensemble. Cette lacune engendre des chevauchements, une confusion dans les rôles des intervenants et la présence d'activités à faible valeur ajoutée. En voici quelques exemples :

- Le ministère évalue chaque demande, alors que les agences ont déjà le rôle de faire cette évaluation et de recommander au ministre l'attribution du soutien financier.
- Le ministère et les agences vérifient tour à tour les heures d'ouverture des GMF pour certaines demandes de renouvellement.
- Deux des agences vérifiées (Montréal et Outaouais) fournissent aux futurs GMF le document intitulé *Devenir un GMF : guide d'accompagnement* pour les informer du processus d'accréditation. Cependant, le ministère ne l'utilise plus depuis deux ans, car il le considère comme périmé.

- Le renouvellement des ententes de soutien financier avec les GMF n'est pas toujours fait en temps opportun. Des 20 GMF que comptent les CSSS vérifiés, 18 ont effectué au moins un renouvellement de leur accréditation. De ce nombre, 13 ont signé leur renouvellement après la date d'échéance (6 au CSSS Jeanne-Mance et 5 au CSSS de Gatineau), dont 8 après plus de 3 mois de retard. Pour 2 de ces GMF, le retard est assez important pour que le dernier renouvellement couvre 2 périodes distinctes de 3 ans.

Services du personnel clinique

72 Le soutien financier versé par le ministère est utilisé par les agences pour payer le personnel clinique des GMF, généralement des infirmières. Ce personnel doit être embauché par le CSSS afin de favoriser les liens avec ce dernier. Pour les cliniques-réseau, le personnel peut être engagé soit par le CSSS, soit par la clinique médicale, selon le cadre de référence régional. Lorsque c'est le CSSS qui procède à l'embauche, il est le supérieur hiérarchique de l'employé, mais l'équipe médicale des cliniques en est le supérieur fonctionnel, c'est-à-dire qu'elle est responsable de l'organisation du travail et des activités cliniques au quotidien. Pour le personnel administratif, l'équipe médicale procède à l'embauche et en est le seul supérieur (sauf pour les GMF dans les établissements).

73 Des 107,8 millions de dollars de dépenses des GMF et des cliniques-réseau en 2013-2014, dépenses soutenues financièrement par le ministère, 50 % a servi à payer le personnel clinique et 27 %, le personnel administratif. En 2014, le ministère a accordé aux agences un soutien financier additionnel afin d'ajouter des ressources dans 63 GMF qui avaient atteint les cibles (24 % des GMF de la province).

74 Les agences et les établissements vérifiés n'encadrent ni ne suivent suffisamment les activités réalisées par le personnel clinique des GMF qu'ils rémunèrent. L'utilisation des compétences du personnel clinique pourrait être optimisée. Par ailleurs, certaines clauses des ententes entre les CSSS et les GMF ne sont pas respectées.

75 Les activités que doit effectuer le personnel clinique financé ne sont pas clairement encadrées et ne reflètent pas l'évolution de la pratique. La description de la fonction d'infirmière, qui est annexée dans les ententes signées avec les GMF, ne correspond pas à celle attendue pour une infirmière clinicienne. De fait, la description de la fonction ne reflète pas toutes les activités réservées que doit mener l'infirmière, comme cela a été défini dans les lois adoptées en 2002 et en 2009 et dans celle modifiant la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Par exemple, l'infirmière peut, selon ces lois, effectuer le suivi périodique du nourrisson et de l'enfant et, au besoin, les diriger vers des services spécialisés. À cet égard, des guides sur les tâches attendues des infirmières financées

ont été diffusés par le ministère à l'été 2014, mais les activités n'ont pas été intégrées dans les ententes analysées lors des plus récents renouvellements. Par ailleurs, les GMF étant les supérieurs fonctionnels des infirmières, ils n'ont pas l'obligation de suivre ces guides puisque leur contenu ne figure pas dans les ententes. Il en est de même pour les professionnels autres que les infirmières ; les agences n'ont pas ajouté dans les ententes les rôles qu'elles attendent de ceux-ci, alors que des sommes supplémentaires sont allouées pour eux.

76 Une telle situation peut s'expliquer par le fait qu'il y a très peu d'exigences ministérielles sur le type d'infirmières qu'il faut dans les GMF. Lors de notre analyse, une seule exigence a été trouvée ; l'infirmière doit avoir suivi une formation universitaire de premier cycle ou posséder une expérience de travail qui lui a permis de développer les aptitudes recherchées, ce qui ouvre la porte aux infirmières techniciennes expérimentées. Or, les responsabilités professionnelles de l'infirmière clinicienne, notamment au regard du type de soins, ne sont pas équivalentes à celles qu'exerce une infirmière technicienne. Au CSSS Drummond, 38 % des postes sont occupés par des infirmières techniciennes, alors que le soutien financier attribué par l'agence correspond à des salaires d'infirmières cliniciennes. Dans un autre CSSS, tous les postes d'infirmières dans les GMF ont été pourvus par des bachelières.

Le CSSS de Gatineau travaille à l'élaboration d'un guide de pratique pour le personnel infirmier dans les GMF afin de maximiser les compétences du personnel en place. Celui-ci décrira précisément les activités que peuvent effectuer les infirmières. De même, des intervenants de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont terminé un guide de référence sur l'encadrement de l'infirmière clinicienne dans les GMF.

Au moyen de l'ordonnance collective, un professionnel habilité peut prendre des mesures thérapeutiques ou diagnostiques à la place d'un ou de plusieurs médecins. L'ordonnance peut concerner notamment des médicaments, des traitements, des examens ou des soins lorsque des situations cliniques prédéterminées se manifestent. Elle est particulièrement utile pour les situations fréquentes ou routinières et permet de gérer efficacement les maladies chroniques.

77 Maximiser l'utilisation des **compétences** est judicieux si l'on considère les économies qui peuvent en résulter et la possibilité qu'elle offre aux médecins de voir davantage de patients. Plusieurs actes médicaux peuvent être effectués par des professionnels autres que les médecins de famille. Cependant, cette possibilité n'est pas utilisée de la même façon par toutes les équipes médicales des GMF. À titre d'illustration, des médecins d'un GMF ont facturé les coûts rattachés à 327 actes de vaccination au cours de l'année 2013-2014, alors que, pour 83 % des GMF du Québec, les médecins n'en ont pas facturé. Cet acte peut être réalisé tant par un médecin que par une infirmière (clinicienne ou technicienne).

78 L'utilisation des services des infirmières est aussi influencée par le nombre et la variété des **ordonnances collectives**. Dans les 20 GMF des CSSS vérifiés, au moins 35 ordonnances collectives différentes ont été recensées ; le nombre d'ordonnances collectives va de 0 à 21 selon le GMF et la moyenne est de 7 ordonnances par GMF. À titre d'exemple, dans les 3 CSSS vérifiés, 4 GMF autorisent les infirmières à commencer ou à effectuer le prélèvement cytologique du col de l'utérus (test Pap), alors que, dans les 16 autres GMF, ce test doit être fait par un médecin. Dans les GMF visités, 30 % ont adopté au moins une des 5 ordonnances collectives nationales élaborées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Outre le chevauchement des efforts dû à la variété des ordonnances en vigueur, il peut devenir difficile pour les pharmaciens communautaires de savoir si les infirmières d'un GMF peuvent ou non ajuster un médicament lorsqu'un patient se présente à la pharmacie.

79 Les agences et les établissements ne disposent d'aucune donnée quantitative fiable sur les activités réalisées par le personnel clinique qu'ils paient (sauf le personnel qui travaille dans un GMF d'un établissement). La seule information disponible est le nombre d'heures travaillées, et ce, même si les établissements sont les supérieurs hiérarchiques. Les agences et les CSSS peuvent donc difficilement repérer les endroits où une utilisation accrue des services du personnel clinique pour accomplir certains actes médicaux serait souhaitable. De plus, comme l'autorité fonctionnelle est exercée par les équipes médicales des GMF, les CSSS vérifiés peuvent rarement faire en sorte que l'interdisciplinarité soit optimisée dans les cliniques subventionnées. D'autre part, les CSSS vérifiés ont peu respecté certains aspects des ententes, comme nous le montrons ci-dessous.

80 En vertu de l'entente signée entre le GMF et le CSSS, ce dernier doit fournir au GMF le personnel infirmier requis. Deux des trois CSSS vérifiés (CSSS Jeanne-Mance et Drummond) ont rencontré des difficultés lorsqu'il a fallu remplacer le personnel infirmier travaillant dans les GMF pour un congé prolongé. Le CSSS de Gatineau a convenu avec ses GMF qu'il ne remplaçait pas les absences de moins de 3 mois. En conséquence, un GMF visité n'a pu bénéficier des services d'une infirmière que pour 64 % du temps convenu pour 2013-2014. Il est à noter qu'il peut être ardu pour un établissement de trouver une remplaçante, compte tenu du manque d'infirmières cliniciennes formées pour ce type de travail.

81 Par ailleurs, lorsque le CSSS ne fournit pas au GMF l'infirmière prévue, les agences mettent les sommes non dépensées à la disponibilité des GMF à titre de surplus. Or, seulement deux des trois agences vérifiées effectuent un contrôle à cet égard. Au 31 mars 2014, les surplus cumulés représentaient 20 millions de dollars. Le MSSS a décidé de récupérer ces sommes, lesquelles sont toutefois le résultat de services non rendus aux citoyens.

82 Les CSSS ont peu développé de corridors de services avec les cliniques médicales, tant les GMF que les cliniques-réseau, alors que les ententes le prévoient. Les corridors de services visent à améliorer la coordination des services entre les intervenants afin d'améliorer la fluidité et la continuité. À titre d'exemple, les **protocoles d'accueil clinique** constituent une bonne pratique, puisqu'ils permettent aux patients d'éviter l'urgence et d'obtenir des soins rapidement auprès d'un spécialiste. Cependant, l'adoption de ces protocoles relève des CSSS ; parmi les établissements vérifiés, seul le CSSS de Gatineau en a mis en place [22], dont un pour les complications postopératoires en chirurgie.

83 Les ententes signées entre les GMF et les CSSS ont comme objectif d'établir les modes de coordination afin d'améliorer l'accès des services aux patients des GMF et la continuité de ces services. Afin de faciliter l'accès aux soins, les trois CSSS vérifiés ont une entente avec leurs GMF ou leurs cliniques-réseau pour y diriger les patients se présentant à l'urgence pour une consultation non urgente.

Les protocoles d'accueil clinique visent à offrir à un patient présentant des symptômes la possibilité de bénéficier d'un accès à des examens et à des services spécialisés afin que le médecin de famille puisse infirmer ou confirmer un diagnostic et amorcer un traitement approprié dans un court délai.

84 Toutefois, seulement l'entente du CSSS Drummond donne des résultats. En effet, environ 5000 patients qui ont fait une visite non prioritaire à l'urgence (approximativement 10 %) ont été dirigés annuellement vers les cliniques de la région depuis la mise en place de l'entente de service. Les patients ont ainsi un rendez-vous rapidement avec un médecin et cela a permis une réduction du temps moyen d'attente à l'urgence pour les autres patients.

85 Quant aux deux autres CSSS, différentes raisons peuvent faire en sorte que peu de résultats ont été obtenus. Mentionnons notamment le faible nombre de GMF participants, le type de patients pouvant être réorientés selon les ententes et le nombre de personnes orientées par jour. Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, les visites à l'urgence pour une consultation non urgente ont diminué de 9 % au cours de la dernière année (39 % en 4 ans), alors que celles de la région de Montréal ont augmenté de 4 % au cours de la dernière année seulement (les données ne sont pas disponibles pour les années précédentes). Il n'y a aucune donnée disponible pour la région de l'Outaouais.

Le Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique est financé par un programme d'Inforoute Santé du Canada ; ce dernier programme vise à mettre en place le dossier médical électronique dans les cliniques médicales des provinces et des territoires du Canada. Le MSSS a obtenu un engagement d'aide financière fédérale de 42 millions de dollars pour son programme d'adoption. Un budget de 77 millions (15,4 millions par année sur cinq ans) complète le financement. Ce programme n'a pas été vérifié dans le cadre du présent mandat.

Informatisation

86 Une portion du soutien financier fourni aux GMF par les agences est destinée à l'informatisation de leur clinique.

87 En 2012, le **Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique** a été mis en place afin de favoriser l'adoption des dossiers médicaux électroniques par les médecins de famille de toutes les cliniques médicales. Les médecins dans les GMF peuvent adhérer à ce programme ; l'aide pour l'informatisation reçue par l'intermédiaire du soutien financier aux GMF est alors révisée. Elle devient complémentaire à l'aide que reçoivent les médecins au moyen de ce programme, aide qui est plus généreuse. Notons que le MSSS gère ce programme et que la RAMQ effectue les remboursements aux participants.

88 Depuis la création des GMF, excepté l'argent investi au moyen du programme relatif au dossier médical électronique, le ministère n'a pas établi de balises quant aux résultats à obtenir et ne s'assure pas que l'utilisation des sommes consacrées à l'informatisation des cliniques est efficace.

89 Depuis 2002, les GMF reçoivent annuellement des sommes pour l'informatisation de leurs cliniques, notamment pour l'acquisition de l'équipement et du câblage ainsi que pour le soutien technique par un centre de services autorisé. Au cours des trois dernières années (soit à partir de 2011-2012), ce volet du soutien financier a représenté 22,4 millions de dollars. Pourtant, le ministère a établi peu de balises ; pour les résultats escomptés, il n'a pas précisé, par exemple, à quelle utilisation doivent servir les sommes versées et il n'a pas non plus mentionné dans quelle mesure l'information clinique doit être intégrée dans celle du réseau de la santé et des services sociaux.

90 Le degré d'utilisation des **outils informatiques** financés et celui relatif à l'intégration de l'information clinique dans celle du réseau de la santé et des services sociaux ne sont ni évalués ni suivis par le ministère et les agences.

91 L'implantation des dossiers médicaux électroniques est volontaire, les médecins dans les GMF n'ayant pas d'obligation en la matière. Au 31 décembre 2014, 73 % des GMF (soit 189 sur 258) l'ont fait. À ce sujet, le Québec reçoit du soutien financier d'Inforoute Santé du Canada, qui rembourse 50 % des coûts admissibles liés aux dossiers ; la somme maximale est de 12 000 dollars par médecin (ou infirmière) adhérant au programme. Le MSSS s'est fixé une cible, à savoir l'implantation des dossiers médicaux électroniques de 4 400 cliniciens jusqu'au 31 mars 2015. À cette date, 5 003 d'entre eux avaient adhéré au programme relatif à l'adoption du dossier médical électronique (dans les GMF et en dehors des GMF). Le ministère effectue des suivis dans chacune des régions ; conséquemment, il a atteint la cible, ce qui lui permet d'obtenir une partie du financement annoncé par Inforoute Santé du Canada.

92 L'informatisation incomplète des GMF et des établissements entraîne des lacunes liées aux échanges d'information entre les partenaires. Par exemple, les médecins des GMF ne sont pas systématiquement informés des visites que font leurs patients à l'urgence, ni des congés que ceux-ci reçoivent de l'hôpital, étant donné que les lois actuelles viennent limiter ce type d'échanges. À part le CSSS de Gatineau, les établissements vérifiés ne sont pas toujours en mesure de connaître non plus quel est le GMF ou le médecin d'un patient lorsque ce dernier est à l'urgence.

Jusqu'en 2010-2011, le ministère a surtout encouragé l'utilisation d'un prescripteur ou d'un « aviseur » pharmacologique, lesquels constituent des outils informatiques d'aide à la décision pour les médecins lors de la prescription de médicaments. Le but est d'éviter les problèmes de dosage et d'interaction médicamenteuse.

Suivi des résultats des deux modèles d'organisation

93 La responsabilité de répartir le soutien financier entre les GMF et les cliniques-réseau revient au ministère et aux agences. Ces dernières doivent s'assurer que les obligations sont respectées et que les responsabilités contractuelles prévues dans les ententes sont assumées pour les deux modèles d'organisation. Par conséquent, des contrôles doivent être faits notamment sur le respect tant des exigences liées à l'attribution du soutien financier que des ententes. De plus, un cadre de gestion doit être en place et définir les résultats attendus.

Respect des exigences établies

94 Malgré la mise en place d'un plan d'action transitoire, le MSSS et les agences vérifiées continuent généralement à financer les GMF même si ceux-ci ne respectent pas les exigences établies, dont le nombre de patients inscrits et les heures d'ouverture. Cette situation occasionne une iniquité quant à la répartition des ressources entre les GMF. Les contrôles effectués par les agences vérifiées dans les GMF et les cliniques-réseau ne sont pas efficaces.

95 Nous présentons ci-dessous des situations pour lesquelles les exigences par rapport aux versements à des GMF ou à des cliniques-réseau n'ont pas été respectées.

96 L'offre de services dans les ententes analysées ne remplit pas toujours l'exigence du ministère, laquelle précise que les GMF doivent être ouverts 68 heures. Dans les GMF des CSSS vérifiés, la diminution du nombre d'heures prévues dans les ententes par rapport à l'exigence de 68 heures d'ouverture est de l'ordre de 5 642 heures par année, soit 8 % des heures totales ou 550 173 dollars. Dans le plan d'action transitoire, le ministère réaffirme cette exigence.

97 Des GMF reçoivent un soutien financier pour un nombre d'inscriptions supérieur à celui qu'ils ont réellement. Au 31 mars 2014, à partir des données du ministère, au moins 110 GMF (43 %) n'avaient pas le nombre de patients pour lesquels ils recevaient des sommes. Les exigences ministérielles soulignent que, lors du premier renouvellement, le financement est maintenu si le GMF atteint 80 % des inscriptions prévues et si l'offre de services est conforme aux orientations en vigueur. Le plan d'action transitoire est venu affirmer la nécessité pour les GMF d'atteindre le nombre d'inscriptions pour lesquelles ils sont financés au moment du 2^e renouvellement.

98 Les cas de non-respect contribuent à créer des disparités significatives dans l'offre de services et des iniquités par rapport au soutien financier versé. À titre d'exemple, dans des GMF financés pour 9 000 patients, le soutien reçu pour chaque patient inscrit **pondéré** varie de 209 % (de 18,33 à 56,63 dollars) et le soutien financier par visite, de 372 % (de 8,81 à 41,55 dollars). Nous avons choisi parmi les 20 GMF des CSSS vérifiés ceux qui présentent les écarts les plus importants en matière de soutien financier, et ce, par patient inscrit et par visite (tableau 4).

Le calcul du nombre de patients inscrits dans un GMF est pondéré afin de donner un poids supplémentaire aux accouchements des patientes inscrites que les médecins effectuent ainsi qu'aux visites à domicile.

Tableau 4 Soutien financier versé à des groupes de médecine de famille au 31 mars 2014

	Patients réellement inscrits (nombre pondéré)	Strate de patients reconnue selon l'entente	Soutien financier du ministère (\$)			Patients vulnérables (%)
			Total	Patient inscrit (nombre pondéré)	Par visite	
GMF 1	4 934	De 9 000 à 11 999	215 867	43,75	8,81	65,3
GMF 2	8 020	De 9 000 à 11 999	222 698	27,77	30,68	38,9
GMF 3	9 231	De 9 000 à 11 999	522 786 ¹	56,63	40,11	42,0
GMF 4	9 384	De 9 000 à 11 999	172 036	18,33	8,86	38,7
GMF 5	10 417	De 9 000 à 11 999	233 710 ²	22,44	41,55	24,3
GMF 6	12 077	De 12 000 à 14 999	705 824 ³	33,85 ⁴	24,00	40,7
GMF 7	13 086	De 12 000 à 14 999	235 319	17,98	13,29	35,2
GMF 8	11 824	De 15 000 à 18 999	313 180	26,49	23,63	36,9
GMF 9	13 535	De 15 000 à 18 999	241 654	17,85	34,59	33,3
GMF 10	17 946	De 15 000 à 18 999	311 488	17,36	15,28	42,7
GMF 11	19 111	De 19 000 à 23 999	305 093	15,96	16,24	30,7
GMF 12	23 034	De 19 000 à 23 999	418 398	18,16	14,60	41,5

1. Le soutien financier inclut une subvention additionnelle de 11 647 dollars.

2. Le soutien financier inclut une subvention additionnelle de 11 348 dollars.

3. Le soutien financier inclut une subvention relative à une clinique-réseau de 297 045 dollars et une subvention additionnelle de 56 146 dollars.

4. Le calcul exclut le soutien financier associé à une clinique-réseau puisque le soutien financier n'est pas lié à un nombre de patients inscrits.

Sources : Agences vérifiées ; RAMQ ; MSSS.

99 Ni le nombre de patients vulnérables inscrits ni la date d'accréditation n'expliquent les disparités observées dans le tableau 4. Le ministère et les trois agences vérifiées reconnaissent que des ententes ont été signées sans qu'elles correspondent à l'offre de services standardisée des GMF et que des irrégularités sont tolérées. Depuis mars 2013, le MSSS a resserré les exigences liées au soutien financier en mettant en œuvre le plan d'action transitoire. Ainsi, des ajustements au soutien financier ont été faits afin de financer les GMF en fonction du nombre réel de patients inscrits et des lettres de révocation d'accréditation ont été envoyées, compte tenu du non-respect de l'offre de services. Les GMF se sont conformés par la suite.

100 Les agences vérifiées ne font pas de visites de contrôle dans les GMF et les cliniques-réseau afin de s'assurer du respect des conditions relatives à l'offre de services. Toutes les agences vérifiées font un suivi ponctuel des heures d'ouverture ; elles se basent soit sur l'information fournie par les cliniques médicales, soit sur les données présentes dans le Répertoire des ressources. Or, pour 5 des 6 GMF visités (le 6^e ne nous a pas fourni d'information), 35 % des plages horaires indiquées sur le Portail santé mieux-être du gouvernement ne concordent pas avec celles qu'ils nous ont fournies, les écarts étant de 8 à 35 heures hebdomadairement. Le ministère réalise également un suivi ponctuel à partir des données provenant du Répertoire des ressources mis à jour par les intervenants du réseau.

101 Aucune des agences vérifiées n'a demandé l'accès aux livres ni aux registres comptables se rapportant à l'administration de l'aide technique et financière des GMF, alors que cela est prévu dans les ententes. L'agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec et celle de l'Outaouais effectuent une conciliation des dépenses des GMF ; elles demandent aux GMF des pièces justificatives pour certaines dépenses. L'agence de Montréal suit les dépenses rapportées par les cliniques dans un rapport trimestriel, comme cela est prévu dans les ententes. Toutefois, malgré les efforts investis pour la réalisation de ces contrôles, leur efficacité demeure limitée. Des audits ponctuels basés sur les risques permettraient d'obtenir une certaine assurance quant à l'utilisation conforme des fonds.

102 Les agences interviennent peu en cas de non-respect des ententes lors des renouvellements. En effet, elles doivent soumettre tous les cas litigieux à un processus de médiation amenant le comité technique MSSS-FMOQ à trancher. Or, pour les 14 cas litigieux documentés par le ministère, on a recommandé de maintenir le financement dans 71 % des cas (10).

103 Pour les cliniques-réseau, le ministère, les agences et les établissements vérifiés font peu de contrôles quant à l'utilisation du soutien financier et aux services offerts. Les contrôles en place portent essentiellement sur le rapport trimestriel, lequel fait état des dépenses effectuées. En ce qui a trait à l'information, les agences vérifient seulement si les dépenses faites par le GMF correspondent aux sommes accordées.

Cadre de gestion

104 La mise en place d'un cadre de gestion a pour objet, entre autres, l'obtention de résultats en fonction des objectifs préalablement établis et l'utilisation des ressources de façon optimale. Ce cadre définit des lignes directrices et des critères en lien avec les objectifs ainsi que les mécanismes de suivi et d'évaluation qui seront utilisés. Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le ministère est responsable d'élaborer des cadres de gestion relativement aux ressources humaines, matérielles et financières, tandis que les agences et les établissements voient à l'atteinte des objectifs et à la mise en œuvre des orientations stratégiques.

105 Le ministère et les agences vérifiées n'ont pas implanté de cadre de gestion pour suivre les résultats obtenus concernant le soutien financier aux GMF et aux cliniques-réseau. Ils n'ont pas non plus fait d'évaluation de la valeur ajoutée de ce soutien financier.

106 Depuis la création des GMF et des cliniques-réseau, le ministère et les agences ont mis en œuvre peu de mécanismes pour s'assurer de l'obtention des résultats, et ce, quoique des objectifs globaux aient été établis. Les premiers GMF ont été implantés en tant que projets pilotes et le soutien financier a ensuite été étendu sans que l'on ait établi de cadre formel de gestion. Pour les cliniques-réseau, le ministère autorise les agences à implanter ce type de cliniques et les finance, mais il n'a pas défini les résultats escomptés.

107 Le ministère et les agences n'ont pas fixé de cibles quant aux résultats autres que le nombre d'inscriptions et les heures d'ouverture, pas plus qu'ils ont fait le suivi des objectifs et des effets attendus liés à l'attribution du soutien financier aux cliniques médicales. À titre d'exemple, le MSSS n'a suivi aucun indicateur pour évaluer l'impact du soutien financier au regard de l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services de première ligne ou de leur évolution.

108 En 2013-2014, les trois indicateurs suivis par le ministère et les agences vérifiées étaient le nombre de GMF implantés, le pourcentage de patients inscrits auprès d'un médecin de famille et le pourcentage de médecins de famille qui pratiquent dans les GMF. Or, dans tous les cas, il s'agit d'indicateurs liés à des activités qui ont leur utilité, mais qui ne permettent pas d'évaluer si un patient reçoit les services médicaux dont il a besoin au moment opportun. Les agences suivent d'autres indicateurs variables à l'échelle régionale, tels que la proportion de patients vulnérables.

109 Enfin, le ministère n'a procédé à aucune **évaluation** formelle de l'impact du soutien financier sur les services rendus et sur l'accessibilité dans les GMF et les cliniques-réseau depuis 2008. À ce moment, l'évaluation réalisée portait sur 19 GMF et il n'y a pas eu de suivi depuis ; au 31 mars 2014, il y avait 258 GMF qui obtenaient du soutien. Le ministère s'est cependant associé à des chercheurs pour collaborer à des études sur les GMF, les cliniques-réseau ou des thématiques connexes. De même, l'agence de Montréal a, quant à elle, financé 8 évaluations sur son territoire jusqu'en 2013 ; une seule a fait l'objet d'un plan d'action pour corriger les lacunes soulevées. L'agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec a contribué financièrement à une évaluation des GMF, mais elle n'en a pas effectué le suivi.

Financée en partie par l'agence de Montréal en 2014, l'évaluation menée par un groupe de chercheurs et dirigée par le Dr Pineault conclut, entre autres, que l'implantation des GMF et des cliniques-réseau à Montréal et en Montérégie a été associée à :

- une légère baisse de la consultation des patients aux cliniques habituelles par rapport aux autres patients (GMF ou autres) lorsqu'ils consultent six fois ou plus par année ;
- uniquement à Montréal, une légère augmentation du nombre de personnes qui se sont présentées au moins une fois à l'urgence parmi celles fréquentant un GMF.

Recommandations

110 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère et aux agences vérifiées.

- 6** Assurer un meilleur arrimage du soutien financier aux groupes de médecine de famille et des besoins de la population et voir à ce que la répartition des effectifs médicaux favorise l'équilibre entre les cliniques médicales et les établissements.
- 7** Réviser le processus d'accréditation et de renouvellement des groupes de médecine de famille en clarifiant dans les ententes les rôles du ministère, des agences et des établissements, et en documentant ce processus.
- 8** Spécifier dans les ententes avec les groupes de médecine de famille les résultats attendus en matière d'informatisation des cliniques, notamment le degré d'utilisation des outils informatiques financés.
- 9** Mettre en place des mécanismes de suivi pour assurer le respect des ententes et adopter des mesures correctrices afin de répartir équitablement le soutien financier entre les groupes de médecine de famille.
- 10** Instaurer un cadre de gestion pour s'assurer d'une utilisation optimale des ressources et évaluer de manière périodique l'atteinte des résultats attendus par rapport au financement accordé aux groupes de médecine de famille et aux cliniques-réseau.

111 La recommandation suivante s'adresse aux agences et aux établissements vérifiés.

- 11** Revoir et clarifier dans les ententes les rôles attendus de chaque type de professionnels qui sont financés et mettre en place des contrôles afin de s'assurer que les compétences du personnel clinique sont utilisées de manière optimale dans les groupes de médecine de famille.

Commentaires des entités vérifiées

Les entités vérifiées (ou celles qui assument depuis le 1^{er} avril 2015 leurs responsabilités) ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le MSSS accueille favorablement le rapport du Vérificateur général et estime que les recommandations qui y sont formulées permettront de soutenir plusieurs travaux en cours visant la bonification du modèle. En effet, le programme GMF fait actuellement l'objet d'une révision de ses modalités de gestion, amorcée depuis plus de 2 ans. Ces travaux, intégrant les observations et constats récoltés depuis plus de 10 ans, permettront notamment d'améliorer l'accès à un médecin de famille et l'encadrement des ressources allouées aux GMF et aux CR [clinique-réseau].

« **Accès à un médecin de famille.** Dans un souci d'amélioration de l'accès aux services médicaux, des réflexions ont été amorcées en ce qui a trait aux guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. Des travaux sont en cours et portent notamment sur l'optimisation du fonctionnement de l'application SIGACO afin d'améliorer et de faciliter la trajectoire des demandes d'inscriptions des patients et des demandes de référence aux médecins.

« **Encadrement des ressources allouées.** En mars 2013, un plan d'action transitoire a été largement diffusé auprès du réseau afin de clarifier les attendus et resserrer l'application des orientations du cadre actuel de gestion des GMF. Cette mesure vise principalement à résoudre les problématiques rencontrées fréquemment en GMF, soit la non-atteinte de la cible d'inscriptions et l'insuffisance de l'offre de services en heures défavorables.

« Au printemps 2014, des guides d'intégration de professionnels en GMF ont été rédigés et diffusés dans le réseau. Ces guides visent à appuyer les médecins de famille dans le choix des professionnels les plus pertinents selon le profil de la clientèle à desservir. Des travaux sont actuellement en cours afin de compléter les derniers guides d'intégration prévus.

« Une révision globale des mesures d'accès aux services de première ligne est également en cours, notamment par le biais de la refonte du cadre de gestion des GMF et de la révision du modèle clinique-réseau. Depuis le mois d'avril 2013, des discussions ont lieu avec la FMOQ afin de convenir du

nouveau cadre de gestion des GMF et d'y intégrer le modèle des supercliniques, dorénavant connues comme des GMF-réseau. Le nouveau cadre de gestion des GMF prévoit notamment :

- un financement proportionnel au nombre de patients inscrits ;
- des exigences quant à l'offre de services en fonction du nombre de patients inscrits ;
- une mesure de l'accessibilité des patients inscrits au GMF (taux d'assiduité) ;
- des conditions favorisant le travail interprofessionnel ;
- la poursuite du soutien à l'informatisation (DME [dossier médical électronique]) ;
- un allègement des procédures administratives tant au niveau ministériel, régional que local.

« Enfin, dans un souci de poursuivre dans la voie de l'amélioration continue, le MSSS s'assure du déploiement de divers travaux visant l'évaluation du programme GMF et de ses impacts, notamment en s'associant à des chercheurs reconnus pour leur expertise en première ligne. »

Commentaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

L'entité, qui assume depuis le 1^{er} avril 2015 les responsabilités de l'agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du CSSS Drummund, n'a pas formulé de commentaires.

Commentaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

L'entité, qui assume depuis le 1^{er} avril 2015 les responsabilités de l'agence de Montréal et du CSSS Jeanne-Mance, a formulé les commentaires ci-dessous.

« Suite à la lecture de votre rapport, nous estimons que les recommandations formulées sont adéquates et les acceptons. De plus, toutes les informations contenues dans ce rapport sont exactes et reflètent une analyse approfondie des éléments qui ont été portés à votre connaissance.

«**Accès à un médecin de famille.** De façon générale, nous croyons qu'il est nécessaire d'améliorer les processus liés aux mécanismes d'accès à un médecin de famille et d'instaurer des courroies de transmission formelles et régulières avec la clientèle inscrite dans les GACO (recommandations 1 et 5).

«Les recommandations 2 et 4 réfèrent à la nécessité d'introduire davantage de rigueur dans les suivis faits avec les GMF et les cliniques-réseau, ce qui correspond à la vision que nous avons pour notre CIUSSS [centre intégré universitaire de santé et de services sociaux]. Afin de répondre à cet impératif de rigueur, des systèmes d'information performants et l'accès facilité aux bases de données de la RAMQ sont nécessaires.

«**Encadrement des ressources allouées.** Dans le cadre de la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), il sera nécessaire de mieux clarifier les rôles des différents acteurs impliqués dans les éléments contenus dans la recommandation 3 et 6. En effet, par le passé, les éléments d'ordre financier étaient d'abord sous l'égide du MSSS puis transmis aux agences. Quelle sera l'autonomie du CIUSSS quant à cet aspect majeur des ententes avec les GMF et les cliniques-réseau ? Cela demeure à définir.

«La recommandation 6 fait également référence à la répartition des effectifs médicaux entre les établissements et les cliniques. Tout comme souligné ci-haut, une clarification des rôles entre le MSSS, le CIUSSS et le Département régional de médecine familiale s'impose.

«Enfin, il est à notre avis nécessaire de réviser les processus d'accréditation et de renouvellement des ententes liant les établissements aux GMF et aux cliniques-réseau auxquels les recommandations 7, 8, 9, 10 et 11 font référence. Ce processus, qui était mené par l'agence, bénéficiera de la création des CIUSSS en réduisant le nombre d'intermédiaires impliqués et en formalisant les relations avec l'établissement dès la phase de démarchage auprès des cliniques.

«En résumé, l'introduction de rigueur dans les processus généraux associés aux mécanismes d'accès à un médecin de famille et à l'organisation des services médicaux de première ligne ainsi que la clarification des rôles entre les instances du RSSS seront au cœur de nos démarches pour mettre en œuvre les recommandations formulées.»

Commentaires du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

L'entité, qui assume depuis le 1^{er} avril 2015 les responsabilités de l'agence de l'Outaouais et du CSSS de Gatineau, n'a pas formulé de commentaires.

Annexes et sigles

- Annexe 1** Objectifs de vérification et portée des travaux
- Annexe 2** Soutien financier annuel versé aux groupes de médecine de famille
- Annexe 3** Données régionales au 31 mars 2014
- Annexe 4** Mesures de rémunération

Sigles

AMP	Activités médicales particulières	GACO	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	GMF	Groupe de médecine de famille
CLSC	Centre local de services communautaires	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
ETP	Équivalent temps plein	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec		

Annexe 1 Objectifs de vérification et portée des travaux

Objectifs de vérification

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. Ils se fondent également sur la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que sur des travaux de vérification de l'optimisation des ressources antérieurs. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes de certification présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*.

Objectifs de vérification	Critères d'évaluation
S'assurer que la gouvernance et la gestion des ressources allouées aux GMF et aux cliniques-réseau effectuées par le ministère, les agences et les CSSS vérifiés permettent une répartition équitable et efficiente des ressources, selon des paramètres clairs, et tiennent compte des besoins de la population.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le ministère a déterminé des orientations concernant les GMF et les cliniques-réseau. ■ Des analyses des besoins de la population et des ressources disponibles permettent de guider la planification des GMF et des cliniques-réseau et leur répartition géographique. ■ Des mécanismes de coordination entre les GMF, les cliniques-réseau et le réseau de la santé et des services sociaux ont été mis en place afin d'assurer l'intégration et la complémentarité des services. ■ Le processus d'accréditation et de renouvellement est équitable, efficient, transparent et conforme aux paramètres établis. ■ Les ressources humaines et financières sont accordées conformément aux paramètres ministériels et aux ententes conclues. ■ L'information de gestion demandée aux GMF et aux cliniques-réseau est bien définie.
Évaluer dans quelle mesure le ministère, les agences et les CSSS vérifiés exercent le suivi des orientations et le contrôle du respect des ententes signées avec les GMF et les cliniques-réseau afin de s'assurer de l'atteinte des résultats et de l'utilisation économique et efficiente des ressources.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le ministère s'assure du suivi des orientations et de l'atteinte des résultats globaux par les GMF et les cliniques-réseau, et apporte, s'il y a lieu, les correctifs nécessaires. ■ Les agences et les CSSS effectuent un suivi pour s'assurer que les GMF et les cliniques-réseau atteignent les résultats en termes d'accessibilité, de continuité et d'efficience des services. ■ Des contrôles ont été mis en place pour vérifier que les ressources humaines et financières sont utilisées conformément aux ententes conclues ainsi que de manière efficiente et économique et des mesures correctrices sont apportées au besoin. ■ Les mesures de reddition de comptes comprises dans les ententes signées, qui fournissent de l'information de gestion fiable, sont respectées par les GMF et les cliniques-réseau et ces mesures font l'objet d'analyses.

Portée des travaux

Nos travaux ont été réalisés auprès du MSSS, de la RAMQ et de trois agences de la santé et des services sociaux. Dans chacune des régions couvertes par ces agences, un CSSS a été également vérifié. Le choix des entités a été effectué sur la base des caractéristiques des régions (urbaine, semi-urbaine, rurale), de différentes variables, dont le nombre de GMF et de cliniques-réseau, le nombre de médecins, le taux de clientèles vulnérables, le nombre de personnes âgées, etc. Voici les entités sélectionnées.

MSSS

RAMQ

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CSSS Drummond

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

CSSS de Gatineau

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

CSSS Jeanne-Mance

Des GMF ainsi que des cliniques-réseau rattachés aux CSSS vérifiés ont été visités. À titre de signataires des ententes, ils ont également des obligations à respecter et des responsabilités contractuelles à assumer. Notre vérification a porté sur la gestion du soutien financier et les contrôles que les entités vérifiées ont effectués par rapport aux ententes signées. Aucune recommandation n'est adressée aux GMF ni aux cliniques-réseau visités. Nous avons également consulté d'autres agences, des CSSS et des cliniques afin de prendre en compte dans notre analyse de bonnes pratiques ou des réalités différentes.

Nous avons collecté l'information nécessaire à notre vérification principalement en extrayant des données financières et opérationnelles accessibles entre autres dans les rapports financiers des établissements et des agences, ainsi que dans les systèmes informatiques de la RAMQ. Nous avons réalisé près de 70 entrevues avec des membres du personnel des entités vérifiées et nous avons analysé plus de 1 000 documents. Des comparaisons avec des établissements du Québec et d'autres administrations publiques ont également été faites.

Il est à noter que les constats formulés ne visent pas à remettre en cause la pertinence ou la qualité des actes professionnels; ces actes ne font d'ailleurs pas partie de la portée de la présente mission. Les résultats de la vérification ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements de la province, mais les constats figurant dans ce rapport méritent l'attention de tous les intervenants.

Les travaux de vérification ont été réalisés de mai 2014 à mai 2015. Notre vérification a porté principalement sur les activités des exercices 2012-2013 et 2013-2014, mais certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à ces périodes.

Annexe 2 Soutien financier annuel versé aux groupes de médecine de famille

		Nombre de patients inscrits ¹					
Moins de 9 000 ²		De 9 000 à 11 999	De 12 000 à 14 999	De 15 000 à 18 999	De 19 000 à 23 999	De 24 000 à 29 999	30 000 et plus
Soutien récurrent (\$)							
Personnel infirmier ³	s.o.	108 077 (minimum de 52,5 h)	144 102 (minimum de 70 h)	180 128 (minimum de 87,5 h)	216 153 (minimum de 105 h)	288 204 (minimum de 140 h)	360 255 (minimum de 175 h)
Soutien administratif ⁴	s.o.	Personnel de bureau : 43 508	Personnel de bureau : 65 651	Personnel de bureau : 98 682	Personnel de bureau : 110 284	Personnel de bureau : 124 786	Personnel de bureau : 142 189
Loyer ⁵	s.o.	7 958,40 (480 pi ²)	10 611,20 (640 pi ²)	13 264 (800 pi ²)	16 580 (1 000 pi ²)	19 896 (1 200 pi ²)	23 212 (1 400 pi ²)
Déplacements ⁶	s.o.	3 600	4 800	6 000	7 500	9 000	12 000
Information (subvention de base)		<ul style="list-style-type: none"> ■ 70 % du coût des équipements jusqu'à 3710 (par médecin, incluant le personnel administratif de base d'une clinique médicale) y compris le câblage pour une période de 4 ans renouvelable ■ 100 % du coût des équipements jusqu'à 5 300 étalé sur 4 ans pour le personnel infirmier (au prorata de chaque tranche de 35 h) et pour le personnel de bureau financé par le soutien financier du GMF, y compris le câblage ■ 100 % du coût annuel du lien Internet pour chaque emplacement du GMF jusqu'à 2 400 par an et 100 % du coût du commutateur (jusqu'à un maximum de 146, somme pour une période de 4 ans et renouvelable) 					
Total pour l'informatisation ⁷	s.o.	14 361,50	15 123,21	15 884,92	16 646,63	18 170,04	19 693,46
Soutien non récurrent (\$)							
Ameublement	s.o.	1 000	1 500	2 000	2 500	3 000	3 500
Formation du personnel ⁶	s.o.	2 400	3 360	3 360	4 200	5 000	5 800
Total annuel maximal (\$)⁸	s.o.	180 904,90	245 147,41	319 318,92	373 863,63	468 056,04	566 649,46

1. Le nombre de patients inscrits dans les GMF est pondéré en fonction du nombre d'accouchements réalisés par les médecins du GMF et de visites à domicile.

2. Pour cette catégorie de GMF, le soutien est accordé au cas par cas.

3. Les chiffres sont établis en fonction du salaire d'une infirmière clinicienne à l'échelon 10 et incluent les avantages sociaux et la part de l'employeur, soit 72 051 dollars.

4. Le soutien financier pour le personnel de bureau est basé, d'une part, sur le salaire d'une secrétaire à l'échelon 4, y compris les avantages sociaux et la part de l'employeur, soit 43 508 dollars par année et, d'autre part, sur le salaire d'un technicien en administration à l'échelon 7, avec les avantages sociaux et la part de l'employeur, soit 55 174 dollars par année.

5. Le soutien financier pour le loyer varie selon la région et il n'est pas versé dans le cas d'un GMF dans un établissement. Le montant est établi en fonction du loyer moyen au Québec, lequel est de 16,58 dollars par pied².

6. Il s'agit du montant maximal pouvant être réclamé.

7. Les sommes pour l'informatisation sont calculées pour un GMF standard occupant un emplacement unique et formé de 10 médecins qui n'ont pas adhéré au Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique.

8. Les données excluent le montant non récurrent de 40 000 dollars pouvant être demandé pour des aménagements de locaux.

Source : MSSS.

Annexe 3 Données régionales au 31 mars 2014

Région ¹	Population (%)		Patients inscrits (%) ²		Taux d'assiduité (%) ³	Cliniques (n ^{bre})		Dépenses (\$) ⁴			
	Dans un GMF	Hors GMF	Vulnérables	Total		GMF	Clinique-réseau	GMF	Clinique-réseau	Moyenne par GMF	Moyenne par clinique-réseau
1 Bas-Saint-Laurent	2,5	21,8	43,7	79,0	71,8	10	-	3 183 422	-	318 342	-
2 Saguenay-Lac-Saint-Jean	3,4	25,6	42,0	81,6	76,1	11	1	3 736 624	160 663	339 693	160 663
3 Capitale-Nationale	8,9	15,0	41,7	75,3	77,8	29	8	9 894 506	4 770 929	341 190	596 366
4 Mauricie et Centre-du-Québec ⁵	6,2	10,5	41,4	74,2	77,7	22	1	7 584 359	543 787	344 744	543 787
5 Estrie	3,9	10,7	44,5	69,8	76,5	14	1	5 266 297	87 323	376 164	87 323
6 Montréal	24,1	32,8	43,4	59,6	66,9	42	30	15 478 965	13 964 319	368 547	465 477
7 Outaouais	4,7	13,7	41,5	56,6	82,8	12	-	3 978 595	-	331 550	-
8 Abitibi-Témiscamingue	1,8	13,6	41,7	65,6	70,3	7	-	2 271 476	-	324 497	-
9 Côte-Nord	1,2	21,3	43,1	61,5	74,4	4	-	1 239 714	-	309 929	-
10 Nord-du-Québec	0,2	48,7	41,1	78,2	70,5	1	-	n.d.	-	n.d.	-
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1,1	46,9	50,7	71,4	62,9	5	-	1 403 047	-	280 609	-
12 Chaudière-Appalaches	5,1	20,1	37,8	80,4	79,4	18	1	5 850 029	140 521	325 002	140 521
13 Laval	5,2	43,9	40,4	60,9	70,0	10	2	3 923 379	461 928	392 338	230 964
14 Lanaudière	6,1	38,4	42,6	57,2	78,7	14	2	4 073 501	555 354	290 964	277 677
15 Laurentides	7,2	32,2	42,8	50,3	74,3	19	-	4 994 906	-	262 890	-
16 Montérégie	18,5	32,1	41,2	58,3	77,0	40	5	12 671 247	1 490 191	316 781	298 038
Province	100	41,4	22,4	63,8	74,7	258	51	85 550 067	22 175 015	331 589	434 804

1. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont exclues.

2. Les données incluent les patients qui sont hébergés dans une ressource, comme les centres d'hébergement de soins de longue durée.

3. Les données sur le taux d'assiduité ont été calculées par le ministère.

4. Les données n'incluent pas la rémunération versée aux médecins par la RAMQ.

5. Les données incluent le réseau d'accessibilité médicale Drummond à titre de clinique-réseau.

Source : MSSS.

Annexe 4 Mesures de rémunération¹

Prise en charge et suivi de patients vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> De 25,53 à 158,80 dollars dans une clinique médicale ou de 19,28 à 122,50 dollars dans un établissement annuellement²
Responsabilité pour chaque examen ou thérapie auprès d'un patient vulnérable inscrit³	<ul style="list-style-type: none"> 10,15 dollars pour chaque examen dans une clinique médicale ou à domicile 7,85 dollars pour chaque examen dans un établissement²
Inscription générale des patients⁴	<ul style="list-style-type: none"> 11,35 dollars par patient dans un clinique médicale ou à domicile 8,55 dollars par patient dans un établissement²
Garde en disponibilité (y compris celle dans les GMF)	<ul style="list-style-type: none"> 64 dollars par quart de 8 heures dans les GMF, les CLSC et les hôpitaux 32 à 96 dollars par quart de 8 heures dans les CSSS, les centres d'hébergement de soins de longue durée et les centres de réadaptation
Supplément pour le nombre de patients inscrits ou pris en charge (seuil minimum)⁵	<ul style="list-style-type: none"> De 500 à 750 patients vulnérables inscrits : 5 dollars chacun De 751 à 1 000 patients vulnérables inscrits : 10 dollars chacun De 1 001 à 1 500 patients vulnérables inscrits : 15 dollars chacun Plus de 1 500 patients vulnérables inscrits : 20 dollars chacun De 200 à 300 patients vulnérables pris en charge : 5 dollars chacun De 301 à 500 patients vulnérables pris en charge : 10 dollars chacun Plus de 500 patients vulnérables pris en charge : 15 dollars chacun
Activités professionnelles requises pour le fonctionnement d'un GMF	<ul style="list-style-type: none"> 3 h par semaine par médecin du GMF
Valorisation du nombre de jours de pratique significatifs travaillés	<ul style="list-style-type: none"> De 180 à 200 jours travaillés par année civile : 50 dollars par jour Pour plus de 200 jours travaillés par année civile : 200 dollars par jour
Frais de cabinet	<ul style="list-style-type: none"> Dans une clinique médicale : 31 dollars par jour si le médecin voit au moins 6 patients inscrits ou 62 dollars par jour si le médecin voit plus de 12 patients Dans un GMF ou une clinique-réseau : 31 dollars par jour si le médecin voit au moins 10 patients ou 62 dollars par jour si le médecin voit au moins 20 patients

1. Les mesures de rémunération, que nous présentons selon leur importance financière, se veulent une incitation pour les omnipraticiens pratiquant dans un GMF ou une clinique-réseau à l'accomplissement de certains actes médicaux.
2. Un GMF peut être dans une clinique ou dans un établissement (CSSS, unité de médecine familiale, etc.).
3. Ce forfait peut être facturé par tous les médecins d'un même groupe.
4. Pour donner droit au versement annuel du forfait d'inscription, un patient inscrit doit être considéré comme un patient actif, c'est-à-dire que le patient a rencontré son médecin auprès duquel il est inscrit au cours des 36 mois précédents.
5. Cette mesure est également liée à l'atteinte d'un taux de prise en charge minimal.

Somme supplémentaire pour l'inscription de nouveaux patients sans médecin de famille	<ul style="list-style-type: none">■ Patient non vulnérable, non priorisé et non orienté par un GACO : 25 dollars dans une clinique médicale, 20,75 dollars dans un établissement²■ Patient non vulnérable, priorisé et orienté par un GACO : 100 dollars dans une clinique médicale, 83 dollars dans un CLSC ou un établissement²■ Patient vulnérable, non priorisé et non orienté par un GACO : 52 dollars dans une clinique médicale, 43,15 dollars dans un établissement²■ Patient vulnérable, priorisé et orienté par un GACO : 208,60 dollars dans une clinique médicale, 173,80 dollars dans un établissement²■ Patient vulnérable, priorisé et orienté par un GACO et présentant un ou des problèmes de santé graves : 250 dollars dans une clinique médicale, 207,50 dollars dans un établissement²
Bonification de la rémunération pour la prise en charge dans un GMF	<ul style="list-style-type: none">■ 8,95 dollars par patient inscrit par année par GMF
Majoration pour les horaires défavorables en première ligne⁶	<ul style="list-style-type: none">■ 13 à 23 % du tarif de base pour les services médicaux dans une clinique, à domicile, dans un CLSC ou une unité de médecine familiale■ 30 % du tarif de base pour les services médicaux dans une clinique-réseau■ 135 dollars par quart de 4 heures réalisées dans une clinique-réseau
Examen à domicile d'un patient en perte d'autonomie (premier patient et patient additionnel)	<ul style="list-style-type: none">■ 85,30 dollars pour l'examen à domicile d'un premier patient en perte sévère d'autonomie■ 65,65 dollars pour l'examen à domicile d'un patient additionnel en perte sévère d'autonomie■ 174,65 dollars de minuit à 7 h
Majoration pour pratique polyvalente^{7,8}	<ul style="list-style-type: none">■ De 700 à 999 patients inscrits : 2,5 % de la rémunération pour les services dispensés■ De 1 000 à 1 499 patients inscrits : 5 % de la rémunération pour les services dispensés■ 1 500 patients inscrits et plus : 10 % de la rémunération pour les services dispensés
Coordination et organisation des services	<ul style="list-style-type: none">■ Forfait hebdomadaire de 67,65 dollars pour la réalisation de tâches, comme la direction du département régional de médecine générale, la coordination d'un GACO, la participation à des réunions
Supplément pour l'examen de prise en charge et l'examen de suivi de grossesse	<ul style="list-style-type: none">■ 45,35 dollars lorsque le médecin exerce dans une clinique ou à domicile■ 34,05 dollars lorsque le médecin exerce dans un établissement²

2. Un GMF peut être dans une clinique ou dans un établissement (CSSS, unité de médecine familiale, etc.).

6. Les horaires défavorables renvoient aux quarts de travail effectués le soir en semaine (de 18 h à 22 h), les fins de semaine et les jours fériés (de 8 h à 16 h).

7. Un médecin a une pratique polyvalente lorsque celui-ci, en plus de s'assurer de la prise en charge et du suivi de sa clientèle, travaille également dans un service d'urgence d'un centre hospitalier, d'un CLSC, dans un réseau de garde, une unité de soins d'un centre hospitalier telle que l'obstétrique, etc.

8. Une pondération de la rémunération pour les services dispensés est accordée si le médecin a un certain nombre de patients vulnérables actifs inscrits. Une majoration particulière s'applique au cours des 4 premières années de pratique du médecin.

Participation au Dossier médical électronique

- 3 600 dollars à raison de 600 dollars par mois pendant 6 mois dans une clinique (ou 1 800 dollars à raison de 600 dollars par mois pendant 3 mois si le forfait est déjà perçu pour le Dossier Santé Québec)
- 2 700 dollars à raison de 450 dollars par mois pendant 6 mois dans un CLSC, une unité de médecine familiale (ou 1 350 dollars à raison de 450 dollars par mois pendant 3 mois si le forfait est déjà perçu pour le Dossier Santé Québec)

Majoration pour les accouchements de soir, de nuit, de fin de semaine et lors de jours fériés

- De 7 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 19 h à 24 h du lundi au vendredi (sauf les jours fériés) : 674,90 dollars pour un accouchement
- De minuit à 7 h tous les jours : 803,45 dollars pour un accouchement
- De 19 h à 24 h du lundi au vendredi (sauf un jour férié) et de 7 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié : 480 dollars pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement
- De minuit à 7 h tous les jours : 515 dollars pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement
- Le samedi, le dimanche ou un jour férié et de 19 h à 7 h du lundi au vendredi (sauf les jours fériés) : 449,95 dollars pour l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né du fait qu'il se fait remplacer par un autre médecin en raison de la durée du travail ou de l'organisation locale de la garde en obstétrique

Médecin responsable d'un GMF

- Forfait hebdomadaire de 383,40 dollars

Supplément pour l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans

- 16,30 dollars dans une clinique médicale
- 12,75 dollars dans un établissement²

2. Un GMF peut être dans une clinique ou dans un établissement (CSSS, unité de médecine familiale, etc.).

Source : MSSS.