VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Groupes de médecine de famille et cliniques-réseau

CHAPITRE

5

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

Entités vérifiées :

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

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 (CSSS) de Gatineau

CSSS Drummond

CSSS Jeanne-Mance

Mise en contexte

- Deux types de cliniques médicales recevant du financement de l'État : les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau
- Groupes de médecins volontaires obtenant une accréditation afin d'accroître l'offre de services aux citoyens (liés par entente)
- Début de ces modèles d'organisation
  - Premiers GMF accrédités en 2002 par le ministère
  - Premier cadre de référence pour les cliniques-réseau élaboré en 2006; initiatives locales ayant débuté à Montréal
- Au 31 mars 2014
  - 258 GMF sur un objectif initial de 300
  - 60 % des médecins de famille exerçant en GMF
  - 51 cliniques-réseau, 82 % étant également des GMF

Chap. 5, paragr. 1-4

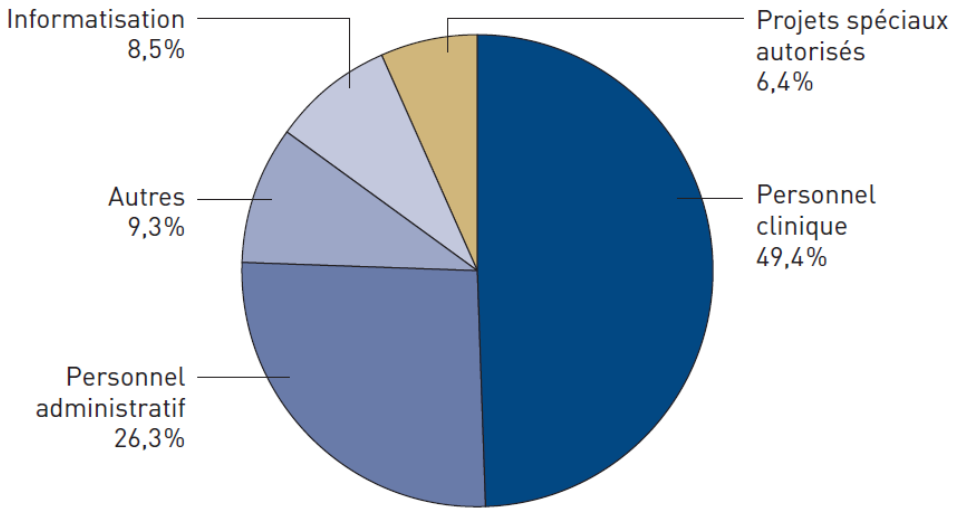
Mise en contexte (suite)

	GMF	Cliniques-réseau
Objectifs	• Pratique de groupe pour les médecins de famille, avec une équipe interdisciplinaire • Développement d'une relation privilégiée entre le médecin de famille et le patient, par sa prise en charge globale • Modèle s'appuyant sur l'inscription des patients auprès d'un médecin de famille	• Cliniques offrant des services à l'ensemble de la population sur un territoire donné, notamment aux patients qui n'ont pas de médecins de famille • Accès également à du matériel spécialisé ainsi qu'à des spécialistes
Dépenses (2013-2014)	• Globales : 85,6 millions de dollars • Moyenne par GMF : 331 600 dollars	• Globales : 22,2 millions de dollars • Moyenne par clinique-réseau : 434 800 dollars
Heures d'ouverture	Minimum de 68 h par semaine	Minimum de 76 h par semaine
Accessibilité	Accès à un médecin de famille du GMF 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	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	Patients inscrits auprès d'un médecin y pratiquant	Toutes les clientèles
Initiative	Ministérielle	Régionale

Chap. 5, paragr. 5, 7, annexe 3

Mise en contexte (suite)

Répartition des dépenses gouvernementales de 85,6 millions de dollars liées aux GMF en 2013-2014



Source : MSSS.

Chap. 5, paragr. 10, figure 1

Mise en contexte (suite)

Trois initiatives gouvernementales entreprises pendant la réalisation de nos travaux

- Adoption en février 2015 du projet de loi nº 10 qui, notamment, abolit les agences et crée des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) à compter du 1er avril 2015
- Dépôt en novembre 2014 du projet de loi nº 20, lequel vise à améliorer l'accès à un médecin de famille
- Pourparlers, 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 (GMF et clinique-réseau)

Chap. 5, paragr. 17

Notre vérification

Objectifs

- 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
- 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

Notre vérification (suite)

Entités vérifiées

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Régie de l'assurance maladie du Québec
- 3 agences de la santé et des services sociaux
  - Mauricie et Centre-du-Québec
  - Outaouais
  - Montréal
- 3 centres de santé et de services sociaux
  - Gatineau
  - Drummond
  - Jeanne-Mance
- De plus, visites de GMF et de cliniques-réseau dans les CSSS vérifiés, mais aucune recommandation

Chap. 5, paragr. 14-15, annexe 1

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Résultats de vérification

- **BP** Bonne pratique
- **D** Déficience
- **P** Preuve
- **C** Conséquence

Accès à un médecin de famille
Inscription auprès d'un médecin

D
- Les guichets d'accès aux clientèles orphelines : mécanisme qui n'est ni transparent ni équitable pour les patients.

D
- Les personnes inscrites à ces guichets, qui doivent être prises en charge à l'intérieur de 6 mois (prise en charge immédiate, à court ou à moyen terme), soit 22 %, peuvent attendre des années.

P
  - Elles attendent en moyenne 1 an et 1 mois, et, selon le CSSS, le délai moyen d'attente varie de plus de 2 semaines à près de 4 ans.

C
- Les CSSS vérifiés offrent peu de services à ces personnes : s'il n'y a pas de clinique-réseau, elles se retrouvent à l'urgence.

D
- La proportion de médecins des GMF prenant en charge des personnes en attente à ces guichets varie de 4 à 75 % dans les GMF des CSSS vérifiés.
  - Les ententes avec les GMF ne prévoient pas d'obligation pour les médecins de prendre en charge des personnes inscrites aux guichets.

Chap. 5, paragr. 23, 25, 27, 30, tableaux 1 et 2

Accès à un médecin de famille
Inscription auprès d'un médecin (suite)

D Les exigences ministérielles liées au soutien financier des GMF ont peu favorisé la prise en charge additionnelle de patients par les médecins, particulièrement de patients plus vulnérables.

- Augmentation de seulement 6 % (de 821 à 869 patients) du nombre moyen de patients inscrits auprès d'un médecin en GMF depuis 5 ans
- Dans les 20 ententes analysées, pas d'exigences sur la proportion de patients vulnérables à prendre en charge et peu d'exigences sur le pourcentage d'augmentation attendu du nombre de patients inscrits

P

  - Au 31 mars 2014, la proportion de patients vulnérables suivis par les médecins en GMF était de 40 % (1 362 930 sur 3 390 149 patients), alors qu'elle était de 45 % (842 929 sur 1 857 508 patients) dans les cliniques médicales non GMF.
  - Seulement une entente indique une cible supérieure au nombre de patients inscrits auprès des médecins de famille (et au financement accordé), donc cela constitue un incitatif pour prendre en charge plus de patients.

- Seule exigence imposée aux GMF : ils doivent offrir des services aux patients qui sont inscrits auprès des médecins de famille du GMF.

Chap. 5, paragr. 33-37

Accès à un médecin de famille
Services rendus

D Mêmes exigences ministérielles concernant l'étendue des services pour tous les GMF : pas de modulation en fonction du volume et du type de patients inscrits

P
- La plage minimale horaire par semaine est de 68 heures.
- Au 31 mars 2014, 100 GMF (soit 39 %) n'offraient pas eux-mêmes la totalité des heures d'ouverture convenues, mais le financement n'était pas ajusté : dans les GMF des CSSS vérifiés, la diminution est de 4 732 heures, représentant une somme versée en trop de 418 700 $ sur une année.

D Aucune exigence liée à l'intensité ou à l'accessibilité des services pour les GMF

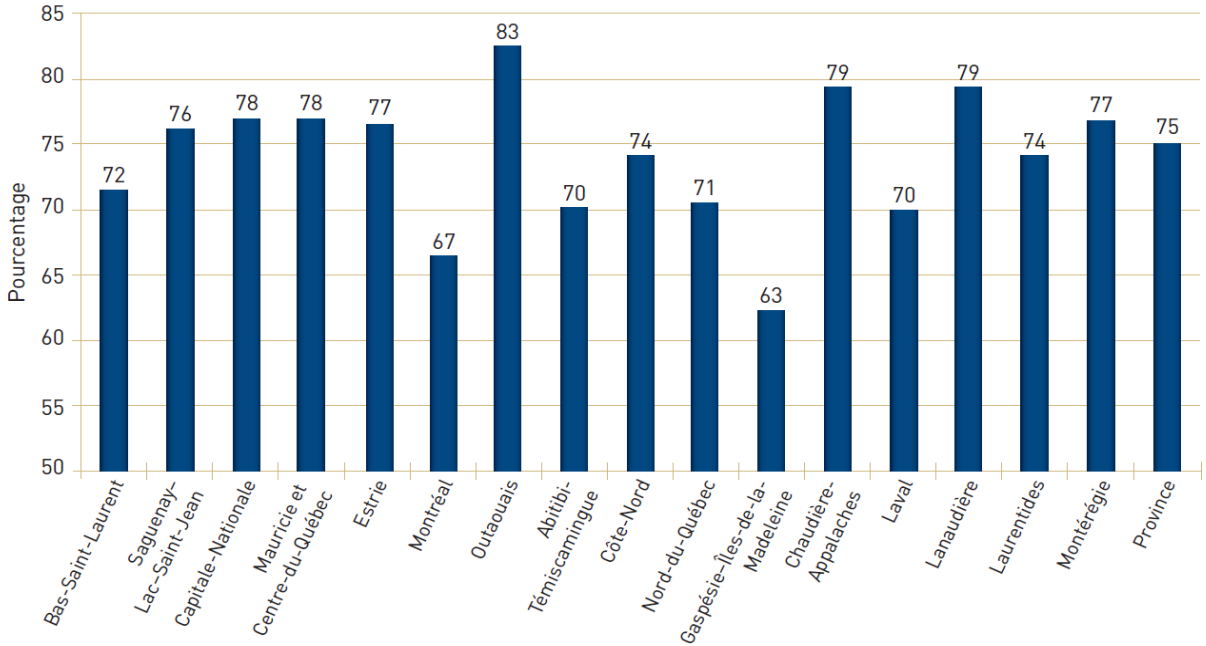
P
- Le fait d'être inscrit dans un GMF ne signifie pas que le patient est en mesure de voir son médecin (ou un autre de la même clinique) lorsqu'il en a besoin.
- Le ministère ne précise pas le volume de services à offrir (par plage horaire, par jour, par semaine ou par année) et le nombre de visites.

Chap. 5, paragr. 38, 40, 43-44

Accès à un médecin de famille
Services rendus (suite)

BP Le taux d'assiduité des patients à un GMF est calculé par le ministère afin d'évaluer si le patient voit son médecin ou un autre de la même clinique lorsqu'il doit consulter (le projet de loi nº 20 vise un taux d'assiduité de 80 % par médecin).

Taux d'assiduité des patients au 30 octobre 2014



Chap. 5, paragr. 44-45, figure 2

Encadrement des ressources allouées
Répartition des ressources

D 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. Les besoins de la population et la proximité des services de première ligne sont peu pris en compte.

- Aucune analyse structurée pour identifier les quartiers manquant de services de proximité réalisée par les agences ou les établissements vérifiés
- P Cibles quant au nombre de GMF à implanter non basées sur les besoins de la population d'une région ou d'un secteur
  - La cible ministérielle date de 2002, alors que la population a augmenté de 10,5 %.
  - Les cibles régionales sont basées sur le nombre de cliniques médicales existantes, même si les CSSS disposent de données populationnelles pertinentes.
- Certains types de professionnels de la santé financés à partir du soutien financier et travaillant dans les GMF non déterminé en fonction des besoins

Chap. 5, paragr. 57-59

Encadrement des ressources allouées
Processus d'accréditation et de renouvellement

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

- Le ministère évalue chaque demande, alors que les agences ont déjà le rôle de faire cette évaluation et de recommander au ministère 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.

P

- 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.

Chap. 5, paragr. 70-71

Encadrement des ressources allouées
Services du personnel clinique

D Les agences et les établissements vérifiés n'encadrent ni ne suivent suffisamment les activités réalisées par le personnel clinique des GMF qu'ils rémunèrent.

- La description de la fonction d'infirmière, annexée dans les ententes signées avec les GMF, ne correspond pas à celle attendue. Les agences n'ont pas ajouté dans les ententes les rôles qu'elles attendent pour les autres professionnels.

P

- Les agences et les établissements ne disposent d'aucune donnée quantitative fiable sur les activités réalisées par le personnel clinique qu'ils paient (sauf pour les GMF dans les établissements).

D Certaines clauses des ententes entre les CSSS et les GMF ne sont pas respectées.

P

- Difficultés rencontrées par 2 des 3 CSSS vérifiés pour remplacer le personnel infirmier des GMF en congé prolongé
  - Un GMF n'a bénéficié d'une infirmière que pour 64 % du temps convenu.

C

- Au 31 mars 2014, des surplus de 20 millions de dollars ont été cumulés et provenaient des sommes non dépensées pour le personnel des GMF financés.

Chap. 5, paragr. 74-75, 79-81

Encadrement des ressources allouées
Informatisation

D À part 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 GMF est efficace.

- 22,4 millions de dollars versés depuis 2011-2012, mais pas de précision des résultats escomptés ni d'exigence concernant l'intégration de l'information clinique dans celle du réseau de la santé et des services sociaux

P

- Aucune évaluation ni suivi par le ministère et les agences du degré d'utilisation des outils informatiques financés ni de l'intégration de l'information clinique dans celle du réseau
- Médecins des GMF pas systématiquement informés des visites que font leurs patients à l'urgence, ni des congés que ceux-ci reçoivent de l'hôpital (les lois actuelles viennent limiter ce type d'échanges)

Chap. 5, paragr. 88-89, 92

Encadrement des ressources allouées

Suivi des résultats des deux modèles d'organisation

D Le MSSS et les agences vérifiées continuent généralement à financer les GMF, même si ceux-ci ne respectent les exigences établies, créant une iniquité quant à la répartition des ressources.

- Offre de services des ententes analysées ne remplissant pas toujours l'exigence du ministère de 68 heures d'ouverture par semaine
  - Diminution pour les GMF des CSSS vérifiés de 5 642 heures par année, soit 8 % des heures totales ou 550 173 $

P

- Soutien financier à des GMF pour un nombre d'inscriptions supérieur à celui qu'ils ont réellement
  - Au 31 mars 2014, non-atteinte par au moins 110 GMF (43 %) du nombre de patients inscrits pour lesquels ils recevaient des sommes
- Ententes signées ne correspondant pas à l'offre de services standardisée des GMF et irrégularités tolérées

D Les agences vérifiées ne font pas de visites de contrôle dans les GMF afin de s'assurer du respect des conditions relatives à l'offre de services.

Chap. 5, paragr. 94, 96-97, 99-100

Encadrement des ressources allouées

Suivi des résultats des deux modèles d'organisation (suite)

D Aucun cadre de gestion par le ministère et les agences pour suivre les résultats concernant le soutien financier aux GMF et aux cliniques-réseau

P
- Il y a peu de mécanismes pour s'assurer de l'atteinte de résultats visés.
  - Cibles portant seulement sur le nombre d'inscriptions et les heures d'ouverture
  - Aucun indicateur pour évaluer l'impact du financement au regard de l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité ou de l'évolution des services de première ligne

D Pas d'évaluation par le ministère de la valeur ajoutée de ce soutien financier sur les services rendus et sur l'accessibilité dans les GMF et les cliniques-réseau depuis 2008

- Une évaluation publiée en 2008 portait sur 19 GMF; au 31 mars 2014, on en dénombrait 258.

P
- Des agences ont financé 9 évaluations, mais une seule a fait l'objet d'un suivi.

Chap. 5, paragr. 105-107, 109

Commentaires des entités vérifiées

Les entités vérifiées ont adhéré à toutes nos recommandations.

Chap. 5, p. 37