

# ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS DE LA PREMIÈRE VAGUE DES GMF

Présentation au 14<sup>e</sup> colloque annuel de la SQEP  
Montréal, le 4 novembre 2005

Anne Gauthier et Jenny Tremblay



Équipe d'évaluation des GMF  
Direction de l'évaluation  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

# MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES GMF

## ÉQUIPE ACTUELLE

ANNE GAUTHIER (COORDONNATRICE), HÉLÈNE GUAY, JENNY TREMBLAY,  
MICHELINE BOWEN, VINCENT BONNEAU, DANIEL LABBÉ ET SARA VEILLEUX

## AU DÉBUT DU PROJET

LYSETTE TRAHAN (EX-COORDONNATRICE 2001-2004),  
MARIE DEMERS (2001-2003) ET ROBERT GENEAU

# BUT DE LA PRÉSENTATION

**FOURNIR UN APERÇU DE L'ENSEMBLE DES TRAVAUX  
D'ÉVALUATION DES GMF, AVEC EMPHASE SUR L'ENQUÊTE  
RÉALISÉE AUPRÈS DES PATIENTS**

# TABLE DES MATIÈRES

- BREF HISTORIQUE .....5
- LE MODÈLE GMF .....8
- OBJECTIFS ET CALENDRIER DE L'ÉVALUATION.....11
- PROFIL DES 19 GMF SUIVIS.....16
- ENQUÊTE AUPRÈS DES PATIENTS..... 18
- ENQUÊTE AUPRÈS DES INFIRMIÈRES ET DES MÉDECINS .....24
- ENTREVUES UN AN APRÈS L'ACCRÉDITATION.....29
- UN MOT SUR L'ANALYSE ÉCONOMIQUE.....34
- CONCLUSION.....37

# BREF HISTORIQUE

## COMMISSION CLAIR (DÉCEMBRE 2000)

«APPUYER L'ENSEMBLE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX SUR UN RÉSEAU DE PREMIÈRE LIGNE... ASSUMÉ PAR DES GMF COMPOSÉS DE MÉDECINS OMNIPRATICIENS AVEC LA COLLABORATION D'INFIRMIÈRES CLINICIENNES OU PRATICIENNES ... RESPONSABLES D'UNE GAMME DE SERVICES DÉFINIS AUPRÈS D'UNE POPULATION DE CITOYENS QUI LES AURONT CHOISIS»

2001-2002 : élaboration d'un modèle plus précis, développement des paramètres, annonces des premiers projets, négociations avec la FMOQ

Nov.-Déc.2002 :                   Accréditation des 6 premiers GMF

En 2003 :                           21 GMF

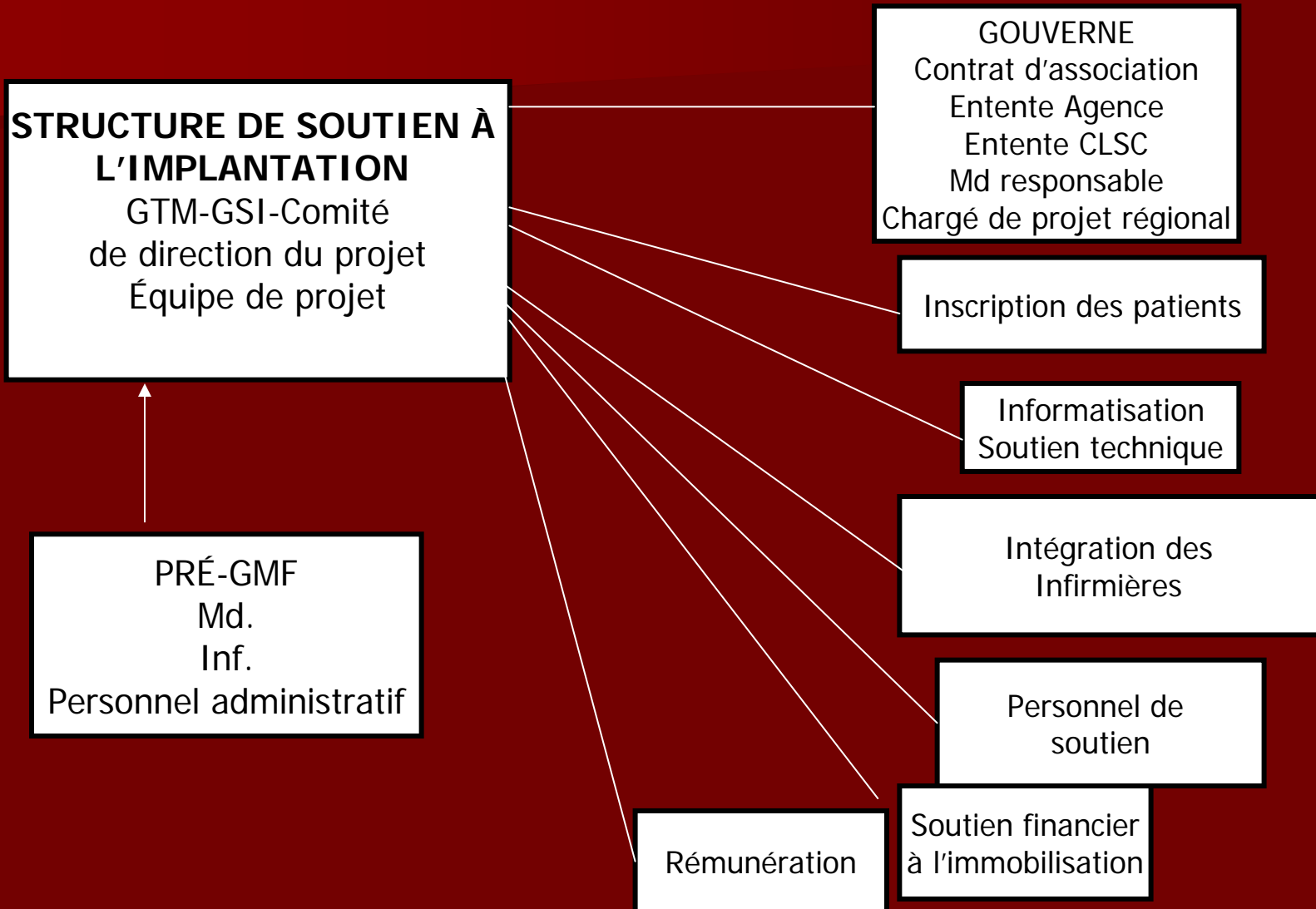
En 2005 :                           105 GMF (en octobre)

1 135 médecins et 184 infirmières  
543 000 personnes inscrites

Coûts en 2003-2004 : 11,3 millions \$

# LE MODÈLE GMF

# SYNTHÈSE DU MODÈLE



# RÉSULTATS ATTENDUS

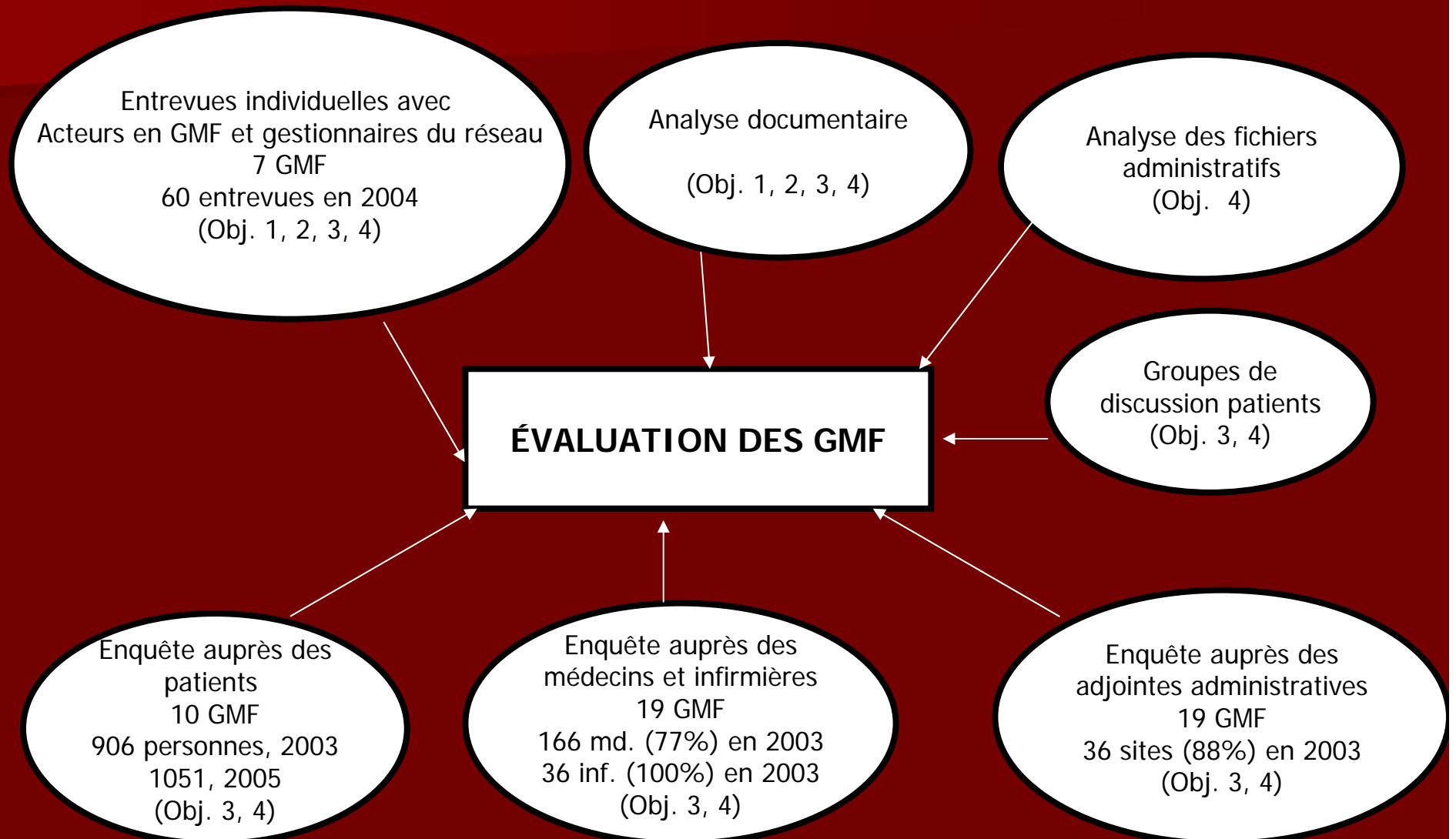
- ✓ **PRATIQUE PROFESSIONNELLE** : pratique de groupe, collaboration interprofessionnelle avec les infirmières et éventuellement avec d'autres professionnels-les, satisfaction professionnelle.
- ✓ **ACCESSIBILITÉ**, soit la facilité ou difficulté d'entrer en contact avec les services de 1<sup>re</sup> ligne. Comprend des dimensions géographiques, organisationnelles, sociales, culturelles, temporelles (Lamarche et al.) et économique.
- ✓ **CONTINUITÉ**, soit la succession cohérente de services en lien avec les besoins et le contexte de vie des personnes. Comprend trois dimensions : continuité relationnelle, continuité informationnelle, continuité de coordination (gestion clinique) (Haggerty et al.).
- ✓ **GLOBALITÉ**, soit la capacité des services à reconnaître et à répondre à l'ensemble des besoins diversifiés des personnes (Starfield).
- ✓ **SATISFACTION DES USAGERS**

# **OBJECTIFS ET CALENDRIER DE L'ÉVALUATION**

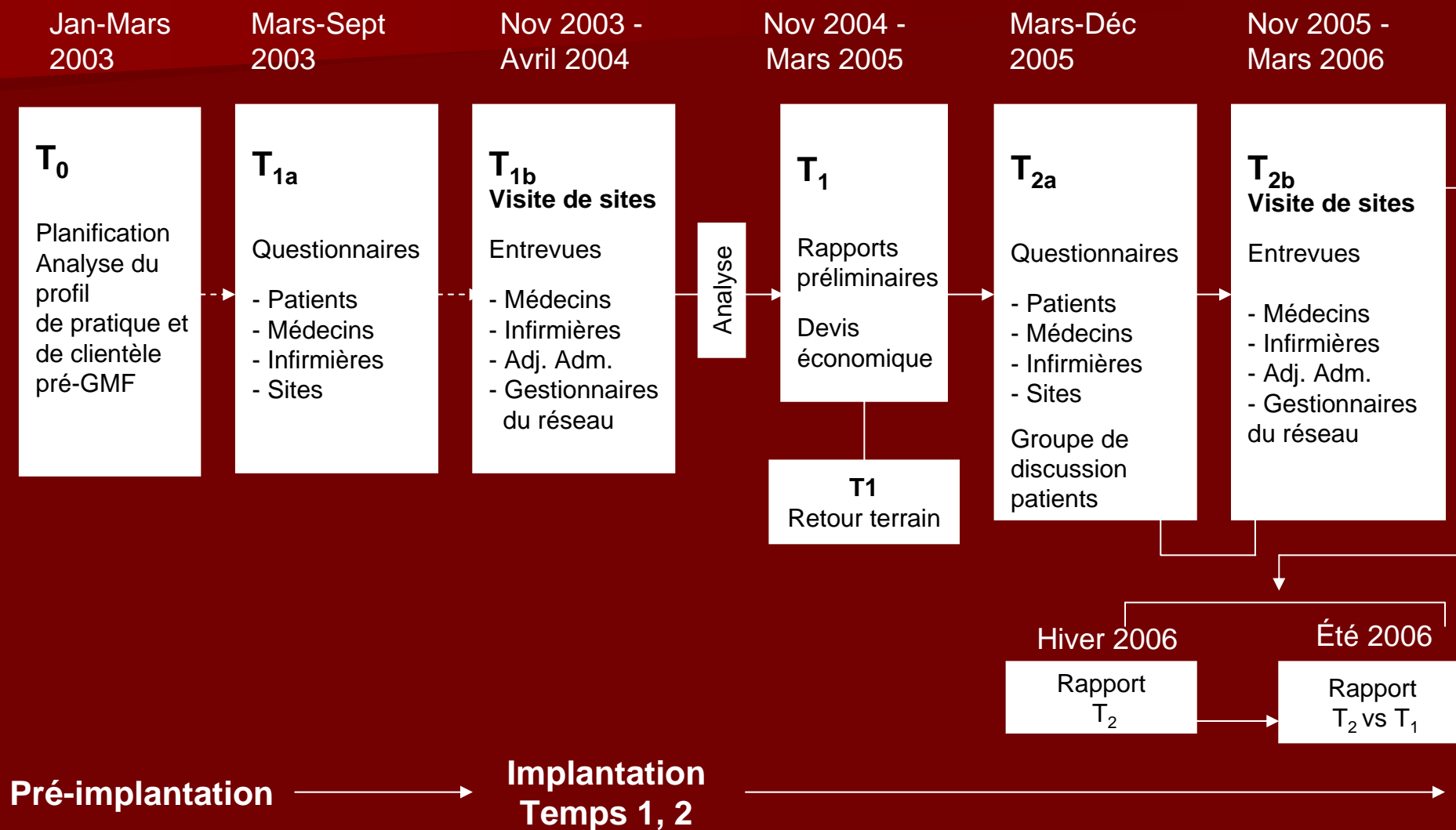
# OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1. Décrire le rythme et les modalités d'implantation du modèle GMF.
  2. Identifier les facteurs, acteurs ou circonstances facilitant ou contraignant l'implantation.
  3. Supporter le processus d'implantation.
- 
4. Déterminer les impacts sur:
    - Accessibilité, continuité, coordination, globalité des services;
    - Organisation de la pratique, collaboration interprofessionnelle et satisfaction;
    - Demande et offre de service en CLSC (à redéfinir);
    - Coûts par rapport aux avantages.

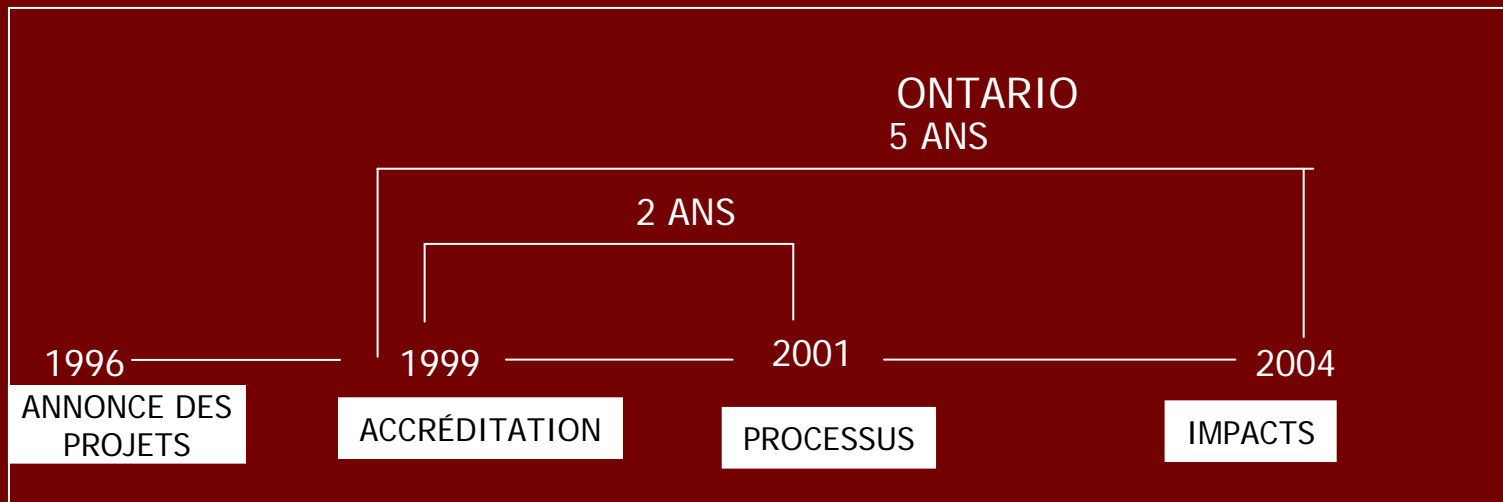
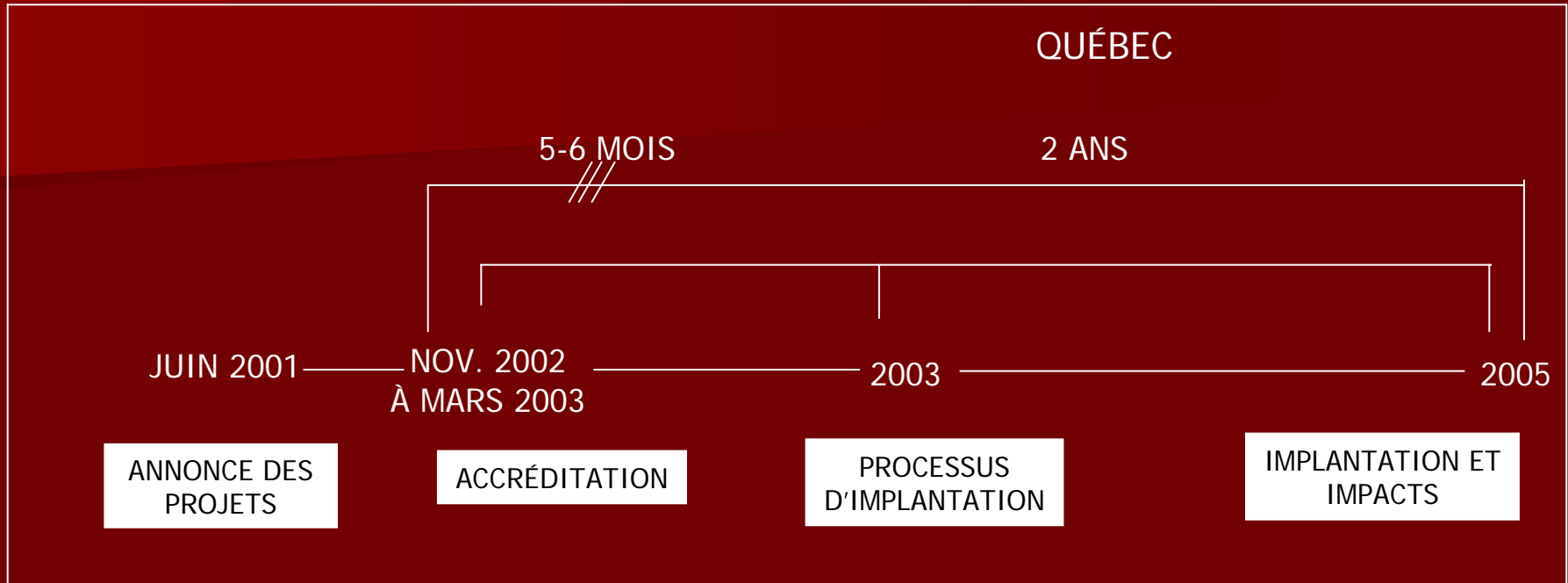
# SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS DE COLLECTE DE DONNÉES



# CALENDRIER DE LA RECHERCHE

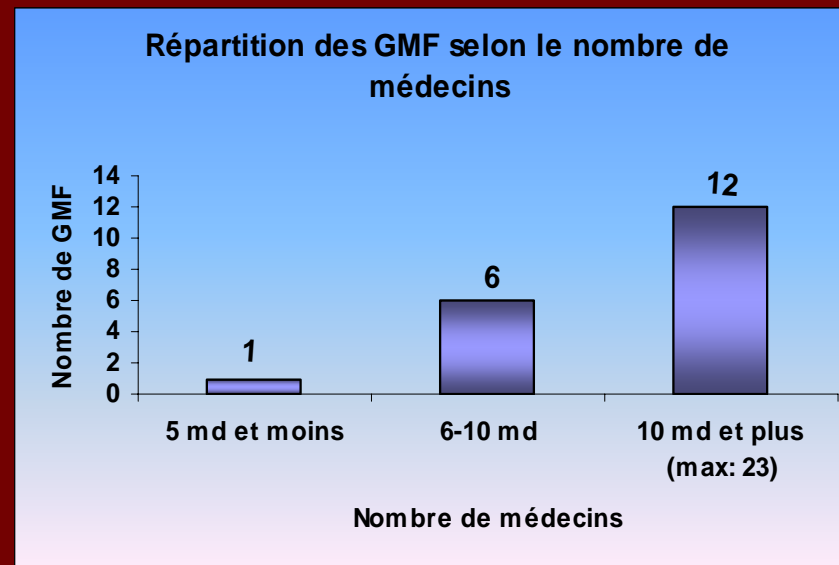
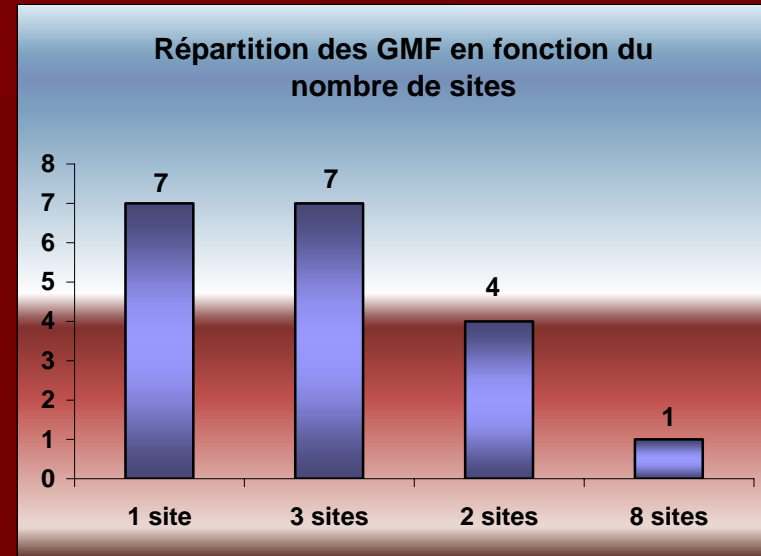
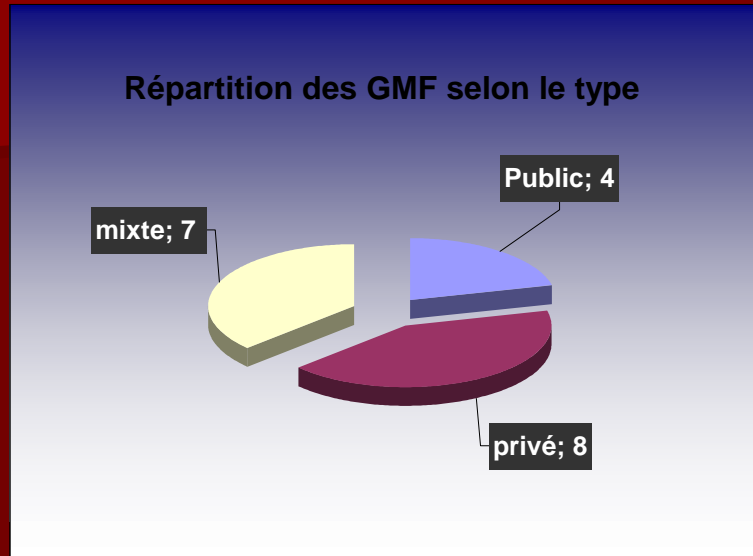


# DURÉE DE L'ÉVALUATION



# PROFIL DES 19 GMF SUIVIS

# Les GMF sont répartis dans 12 régions sociosanitaires du Québec



# ENQUÊTE AUPRÈS DES PATIENTS

## Collectes des données

DATE	GMF 1 ( 2 sites)	GMF 2 (1 site)	GMF 3 (1 site)	GMF 4 (1 site)	GMF 5 (2 sites)	GMF 7 (2 sites)	GMF 10 (2 sites)	GMF 12 (1 site)	GMF 13 (3 sites)	GMF 14 (3 sites)
Collecte 2003	mai	avril	Mars-avril	Avril-mai	Mars-avril	Mars-juin	Avril-mai	mai	juin	mai
Collecte 2005	mai	avril	avril	avril	Mai-juin	juin	Mai-juin	mai	mai	juin
Accréditation du GMF  <b>Collecte T2 / accréditation</b>	Jan 03  <b>28 mois</b>	Nov. 02  <b>29 mois</b>	Nov. 02  <b>28 mois</b>	Nov. 02  <b>28 mois</b>	Jan. 03  <b>27 mois</b>	Mars. 03  <b>24 mois</b>	Fév. 03  <b>27 mois</b>	Mars 03  <b>27 mois</b>	Avril 03  <b>27 mois</b>	Nov. 02  <b>30 mois</b>
Date de la première inscription	Février 03	Novembre 02	Novembre 02	Novembre 02	Janvier 03	Mars 03	Février 03	Juin 03	Novembre 03	Janvier 03

## TAUX DE RÉPONSE

2003	2005
Auto-administré 59% (n=535)	Auto-administré 50% (n=511)
Face-à-face ou avec assistance 41% (n=369)	Face-à-face ou avec assistance 50% (n=521)
Patients approchés n=1168	Patients approchés n=1304
Non admissibles ou refus n=262	Non admissibles ou refus n=253
Patients recrutés n=906 (848 adultes, 58 enfants)	Patients recrutés n=1051 (979 adultes, 72 enfants)
visites avec Rendez-vous 74%	visites avec Rendez-vous 80%
visites sans Rendez-vous 26%	visites sans Rendez-vous 20%
89% des questionnaires ont été complétés avant la visite (n=802)	90% des questionnaires ont été complétés avant la visite (n=948)

# PROFIL GÉNÉRAL DE LA CLIENTÈLE EN 2003

		TOTAL	GMF 1	GMF 2	GMF 3	GMF 4	GMF 5	GMF 7	GMF 10	GMF 12	GMF 13	GMF 14
Variable	Catégorie	N=906	n=89	n=104	n=101	n=103	n=94	n=51	n=61	n=106	n=97	n=100
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Âge	0-14	6	3	3	10	10	11	0	7	6	9	2
	15-34	20	16	15	35	23	15	10	16	10	42	7
	35-54	34	30	39	31	37	30	39	41	51	25	22
	55-64	17	10	20	8	13	23	24	23	18	11	21
	65 ans et plus	23	40	22	16	17	21	27	13	15	12	48
Sexe	Femme	65	49	57	73	63	70	64	70	62	75	57
Scolarité	Primaire et secondaire	59	75	51	36	65	63	67	56	58	67	65
Occupation principale	En emploi	41	38	32	53	43	50	40	44	50	32	26
	Retraité	30	39	35	20	27	33	32	23	21	16	62
	Autres	29	23	33	27	30	17	28	33	29	52	12
Mode de cohabitation	Habite seul	21	12	17	30	30	19	28	12	18	15	27
Perception de l'état de santé	Excellente à bonne	79	76	80	85	77	74	75	77	83	77	78
Problème de santé ou incapacité du patient	Oui	47	43	49	43	51	44	65	43	56	40	46

## FAITS SAILLANTS PRÉ INTERVENTION

- ✓ La clientèle interrogée est en moins bonne santé que la population en général (résultat attendu). L'échantillon d'une semaine est semblable à la clientèle régulière des GMF et à celle des cliniques privées au Québec.
- ✓ Le recours aux services de santé était élevé :
  - 65% ont 3 visites ou plus au GMF, 48% avaient consulté un md spécialiste; 46% avaient visité une salle d'urgence et 29% avaient utilisé Info-Santé 12 mois auparavant
- L'affiliation était très bonne :
  - 89% avaient un médecin de famille et 51% étaient des patients de leur md de famille depuis plus de 6 ans
- ✓ L'accessibilité au médecin pouvait être difficile :
  - 52 % ne pouvaient communiquer avec leur médecin pour obtenir un conseil ;
  - 9 % ne pouvaient prendre un RV avec n'importe lequel des médecins de la clinique.

## FAITS SAILLANTS PRÉ INTERVENTION (SUITE)

- ✓ La réponse aux besoins urgents était problématique
  - 53% ne pouvaient voir leur médecin si urgence
  - 23% ne pouvaient voir n'importe quel médecin si urgence
- ✓ La continuité relationnelle a été jugée assez satisfaisante (qualité de la relation patient-médecin et confiance que le médecin connaît l'histoire médicale)

# ENQUÊTE AUPRÈS DES INFIRMIÈRES ET MÉDECINS

# LES INFIRMIÈRES

- ✓ Infirmières très scolarisées : 60 % bachelières
- ✓ Infirmières expérimentées : en moyenne, 14 ans d'expérience
- ✓ 53 % ont entre 30 et 39 ans
- ✓ 83 % travaillent sur un seul site du GMF
- ✓ 31 % travaillent la fin de semaine
- ✓ 36 % étaient dans la clinique depuis plus d'un an
- ✓ Pour 50 % des Infirmières, les patients peuvent prendre RV directement avec elles et
- ✓ Pour 24 % des infirmières, les patients peuvent prendre RV avec elles mais avec un protocole
- ✓ **Principaux motifs de consultation**
  - 1) La prestation des soins, traitements et prélèvements
  - 2) Le suivi
  - 3) L'enseignement, la prévention, la promotion, l'information et les conseils

## LES INFIRMIÈRES (SUITE)

- ✓ Attentes très élevées pour certaines activités : suivi infirmier de problèmes complexes, enseignement aux patients, orientation et conseil.
- ✓ Attentes beaucoup moins élevées pour des activités plus techniques comme le tri ou la surveillance de l'état de santé.
- ✓ Souhaitent jouer un rôle important dans la prise de décisions cliniques
- ✓ Ont l'impression que leur opinion sera souvent (53%) ou très souvent (22%) prise en considération.

# LES MÉDECINS

- ✓ Médecins expérimentés : en moyenne 18 ans d'expérience
- ✓ 43 % ont entre 30 et 49 ans
- ✓ 60% sont des hommes
- ✓ Travaillent en moyenne 46 heures par semaine et 9 heures par jour
- ✓ 58% des médecins ne prennent plus de nouveaux patients
- ✓ Personnes âgées sont 20 % au moins de la clientèle pour les 2/3 des médecins et personnes ayant des problèmes de santé mentale sont 20 % de la clientèle de 56 % des médecins
- ✓ Pratique de groupe chez les médecins en consolidation : le partage des dossiers clinique, des périodes de garde se fait chez la grande majorité (> 80%) ; par contre, un médecin sur trois disait discuter de cas moins d'une fois par mois.

## LES MÉDECINS (SUITE)

- ✓ Continuité de coordination et informationnelle plus difficile :
  - Environ la moitié des médecins déclarait que le retour d'information, lorsqu'ils réfèrent des patients à un intervenant psychosocial ou une infirmière, était peu fréquent ;
  - Près de 50 % des médecins ont souligné l'absence de contact avec le médecin du CH et la même proportion, la longueur des délais dans la transmission des informations lors du suivi post-hospitalier de leurs patients ;
  - Les outils informatiques mettant en lien le GMF et les ressources externes étaient peu disponibles. Un médecin sur cinq tardait à utiliser les quelques outils existants (ex. : courrier électronique, éducation médicale continue, revue de littérature).
- ✓ En 2003, 20% des médecins se disaient peu satisfaits des relations avec le CLSC partenaire (situation qui s'est modifiée un an plus tard) et la même proportion se disaient peu satisfaits de leur vie professionnelle actuelle.

# **ENTREVUES UN AN APRÈS L'ACCREDITATION**

# MÉTHODOLOGIE

- ✓ Entrevues semi-dirigées de novembre 2003 à avril 2004
- ✓ Dans 7 GMF:
  - 2 GMF publics : 1 milieu urbain et 1 région éloignée
  - 5 GMF privés : 2 milieux urbains, 2 régions éloignées et 1 région périphériques
- ✓ Nombre d'installations:
  - 5 GMF: 1 site      1 GMF: 2 sites      1 GMF: 3 sites
- ✓ Nombre de médecins:
  - 3 GMF: moins de 10 médecins      4 GMF: plus de 10 médecins
- ✓ Durée des entrevues: Moyenne de deux heures
- ✓ Personnes rencontrées: 4 médecins, 2 infirmières, adjointe administrative, DG du CLSC partenaire, RSI, chargé de projet régional et le DRMG

# OBSERVATIONS 1 AN APRÈS

## IDENTIFICATION DANS CHAQUE GMF DU RYTHME D'IMPLANTATION DES PRINCIPALES INNOVATIONS GMF SOIT:

- ✓ COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
- ✓ INSCRIPTION DES PATIENTS
- ✓ INFO-SANTÉ (24/7 OU ENTENTE AVEC LE CLSC PARTENAIRE)
- ✓ PERSONNEL ADMINISTRATIF
- ✓ OFFRE DE SERVICES (CONVENTION AVEC L'AGENCE)
- ✓ INFORMATISATION

# OBSERVATIONS 1 AN APRÈS (SUITE)

**LES ENTREVUES ONT PERMIS DE DÉVOILER DES FACTEURS QUI INFLUENCENT POSITIVEMENT L'IMPLANTATION:**

- EXEMPLE : RÔLE IMPORTANT DE SOUTIEN DE LA RSI DU CLSC PARTENAIRE DANS L'INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES

**ELLES ONT PERMIS AUSSI D'IDENTIFIER DES FACTEURS CONTRAIGNANTS ET DES ENJEUX SUR LESQUELS LE MSSS A NUANCÉ SA POSITION**

- EXEMPLE: NOMBRE D'INSCRIPTIONS ET RENOUVELLEMENT DE L'ACCREDITATION DES PREMIERS GMF

**RETOUR SUR LE TERRAIN  
ET VALIDATION DES DONNÉES  
EFFECTUÉS DANS CHAQUE GMF**

# **UN MOT SUR L'ANALYSE ÉCONOMIQUE**

# ÉVALUATION ÉCONOMIQUE PROPOSÉE

Demande formulée par le Conseil du Trésor

« Effectuer une évaluation des coûts, économies et impacts découlant de la mise en place des premiers GMF »

Définir un groupe de cliniques privées comparables aux GMF étudiés

- La comparabilité est établie sur la base de caractéristiques des cliniques:
  - localisation, la taille (nb de médecins), le type de pratique, le niveau d'activité, le sexe et l'âge des médecins.
- caractéristiques de leur clientèle:
  - âge, sexe, lourdeur, indice de défavorisation.

# ÉVALUATION ÉCONOMIQUE PROPOSÉE (suite)

- ✓ Analyser séparément la première vague<sup>1</sup> de GMF et la seconde vague<sup>2</sup>
- ✓ Impacts considérés :
  - Coûts :
    - Services médicaux, hospitalisations (courte durée), médicaments.
  - Effets :
    - Hospitalisations, recours à l'urgence, recours aux spécialistes, affiliation ;
    - Analyse en fonction de problématiques de santé jugées sensibles aux interventions en première ligne:
      - Asthme, diabète, hypertension, MPOC et autres.

1: GMF accrédités de novembre 2002 à avril 2003

2: GMF accrédités de juin 2003 à août 2003

## CONCLUSION

- ✓ Alors qu'il y a trois ans, il n'y avait aucune donnée et peu de connaissances au Québec sur l'organisation des services médicaux, surtout en clinique privée, l'implantation des GMF a exigé d'obtenir des portraits de clientèle, de pratique professionnelle et de l'organisation générale des cliniques.
- ✓ La transmission de l'information aux GMF en cours d'évaluation a rendu possible un retour sur leur pratique.
- ✓ La diffusion des résultats préliminaires a permis de mieux soutenir l'implantation des GMF et au MSSS, d'ajuster ses interventions grâce à une meilleure connaissance du terrain.