

Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseau intégrés

**Approuvé par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal, le 25 mars 2008**

Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseau intégrés

**Approuvé par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal, le 25 mars 2008**

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 

Rédaction

Yanick Jodoin, M.D. M.A.P.

Production

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Direction des ressources humaines, information et planification
Service de la planification et du développement stratégique
Département régional de médecine générale

Le genre masculin utilisé dans ce document
désigne aussi bien les femmes que les hommes

ISBN 978-2-89510-510-7 (version imprimée)
ISBN 978-2-89510-511-4 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2008

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008

Ce document est disponible :

Au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604
A la section « documentation » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur participation à l'élaboration de ce document, ainsi que pour leur engagement et leur disponibilité tout au long de ce processus.

Dr. Albert Benhaim	<i>Directeur de Physimed et membre du DRMG de Montréal</i>
Michèle Bérubé	<i>Adjointe au directeur et chef du service de la planification et du développement stratégique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Dr. Hélène Boyer	<i>Médecin responsable du GMF St-Louis du Parc, CSSS Jeanne Mance</i>
Daniel Corbeil	<i>Directeur général du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent</i>
Louis Côté	<i>Co-président et directeur des ressources humaines, information, planification de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Arlène Ducharme	<i>Directrice des services généraux du CSSS Cavendish</i>
Dr. Serge Dulude	<i>Co-président et Chef du DRMG de Montréal</i>
Jean Gauthier	<i>Chargé de projet GMF-Cliniques réseau, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Marie-Claude Gignac-Hens	<i>Directrice des services généraux du CSSS de l'Ouest-de-l'Île</i>
Yanick Jodoin	<i>Conseiller au service de la planification et du développement stratégique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Louise Laurier	<i>Directrice du programme multientèle du CSSS Dorval-Lachine-LaSalle</i>
Dr. Bruno L'Heureux	<i>Directeur des services professionnels du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord</i>
Johanne Lemire	<i>Directrice des services généraux du CSSS Lucille-Teasdale</i>
Danielle McCann	<i>Directrice générale du CSSS du Sud-Ouest—Verdun</i>

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LEXIQUE.....	7
SOMMAIRE DE GESTION	8
INTRODUCTION	10
HISTORIQUE	10
1. LES ÉLÉMENTS CLÉS DU MODÈLE MONTRÉALAIS DE PRISE EN CHARGE ET L'ÉVOLUTION DES GMF ET DES CR	11
2. LE PROJET CLINIQUE DES CSSS ET L'ORGANISATION DES SERVICES GÉNÉRAUX	13
3. LA POPULATION ET LES CLIENTÈLES À DESSERVIR.....	14
4. L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE ET L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE	15
4.1. La notion de prise en charge.....	15
4.2. Les objectifs visés	15
4.3. Le rôle de l'équipe multidisciplinaire	16
4.4. L'équipe médicale	17
4.5. Les autres professionnels	17
4.6 Le cheminement d'une demande de services	22
4.7 Le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire.....	23
4.8 L'offre de service d'un GMF et CR intégrés.....	25
5. LE PLATEAU TECHNIQUE ET LES SERVICES DIAGNOSTIQUES.....	26
6. L'ACCÈS AUX CONSULTATIONS ET AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS	27
7. LES MODALITÉS DE COLLABORATION ET D'ARRIMAGE AVEC LES PROGRAMMES SERVICES DU CSSS ...	27
8. LES MODALITÉS DE COLLABORATION AVEC LE CENTRE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (CES)	30
9. LE DÉVELOPPEMENT, L'IMPLANTATION ET LE SUIVI DES PROTOCOLES CLINIQUES	31
10. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	34
11. MODALITÉS D'ORGANISATION ET DE BUDGÉTISATION.....	36
12. L'ÉVALUATION	39
12.1. Évaluation de l'implantation	39

12.2. Suivi de gestion et de déploiement	39
12.3. Évaluation du modèle montréalais de prise en charge des besoins de la population	40
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXE 1 : MODÈLE DE PERFORMANCE DE L'AGENCE EN QUATRE QUADRANTS	48
ANNEXE 2 : UNE ANNÉE DANS LA VIE D'UN GMF ET CR INTÉGRÉS	49
ANNEXE 3 : PLATEAU TECHNIQUE ET SERVICES DIAGNOSTIQUES	50
ANNEXE 4 : ORDONNANCE COLLECTIVE	51
ANNEXE 5 : INDICATEURS GMF ET CR INTÉGRÉS, CR ET GMF	52
ANNEXE 6 : INDICATEURS PALV	55
ANNEXE 7 : ÉLÉMENTS DE PRÉCISION SUR LE BUDGET	56
ANNEXE 8 : COÛTS ET SOURCES DE FINANCEMENT DE LA PLATE-FORME INFORMATIQUE	57
ANNEXE 9 : CONTRAT-TYPE ENTRE LA CLINIQUE, LE CSSS ET L'AGENCE.....	58

LEXIQUE

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants seront utilisés dans le document :

Agence	<i>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
AMP	<i>Activités médicales particulières</i>
CAIS	<i>Couche d'Accès d'Information en Santé</i>
CAT	<i>Centre d'abandon du tabac</i>
CES	<i>Centre d'éducation pour la santé</i>
CH	<i>Centre hospitalier</i>
CHSLD	<i>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>
CHU	<i>Centre hospitalier universitaire</i>
CIR	<i>Commission infirmière régionale de Montréal</i>
CLSC	<i>Centres locaux de services communautaires</i>
CMDP	<i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>
CMUR	<i>Commission multidisciplinaire régionale</i>
CR	<i>Clinique-réseau</i>
CSSS	<i>Centre de santé et de services sociaux</i>
DAMU	<i>Direction des affaires médicales et universitaires de l'Agence</i>
DI-TED	<i>Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement</i>
DSIE	<i>Demande de services interétablissements</i>
DRMG	<i>Département régional de médecine générale de Montréal</i>
DSP	<i>Direction de santé publique de l'Agence de Montréal</i>
ETP	<i>Équivalents temps plein</i>
FMOQ	<i>Fédération des médecins omnipraticiens du Québec</i>
GMF	<i>Groupe de médecine de famille</i>
HTA	<i>Hypertension artérielle</i>
IPM	<i>Index-patient maître</i>
INSPQ	<i>Institut national de santé publique du Québec</i>
MPOC	<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique</i>
MSSS	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
OIIQ	<i>Ordre des infirmières et infirmiers du Québec</i>
PALV	<i>Perte d'autonomie liée au vieillissement</i>
PCP	<i>Pratiques cliniques préventives</i>
PTH-PTG	<i>Prothèse totale de la hanche- Prothèse totale du genou</i>
RAMQ	<i>Régie de l'assurance maladie du Québec</i>
RLS	<i>Réseau local de services</i>
RSIPA	<i>Réseau de services intégrés pour personnes âgées</i>
SAD	<i>Soutien à domicile</i>
SRA	<i>Système régional d'admission</i>
SRV/RV	<i>Sans-rendez-vous /avec rendez-vous</i>
TCR	<i>Technocentre régional</i>
UMF	<i>Unité de médecine de famille</i>

SOMMAIRE DE GESTION

Ce document présente les orientations pour l'implantation du modèle montréalais de prise en charge de 1^{re} ligne. *Ce modèle prévoit le développement d'équipes multidisciplinaires intégrées incluant des médecins omnipraticiens et d'autres professionnels de la santé, qui prendront en charge une population inscrite.*

Éléments du modèle montréalais

Actuellement, l'Île de Montréal comporte dix-huit groupes de médecine familiale (GMF). Ces cliniques médicales, qui regroupent des médecins, du personnel clinique (infirmier) et administratif ainsi qu'un support informatique, s'engagent à dispenser une gamme étendue de services de prise en charge médicale à une clientèle *inscrite*. La présence de personnel infirmier permet d'assurer, conjointement avec le médecin, une offre de service allant du dépistage jusqu'au suivi systématique des clientèles vulnérables.

L'Agence et son département régional de médecine générale ont développé le concept de la clinique-réseau (CR), soit une clinique médicale acceptant de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de son réseau local de services. Le développement d'un corridor de services privilégié avec un hôpital permet ainsi aux CR de rendre accessibles aux médecins omnipraticiens de leur territoire ainsi qu'à leurs patients, les plateaux techniques et les médecins spécialistes. Les CR sont maintenant au nombre de vingt-trois à Montréal.

Afin d'assurer une meilleure intégration des interventions des GMF, des CR et du programme de services généraux existant dans les CSSS, ce qui permettrait de mettre en place à Montréal une organisation de services favorisant la prise en charge des clientèles vulnérables et de l'ensemble de la population, les GMF et les CR sont appelés à évoluer. Cette organisation que nous construisons constitue un amalgame de la CR et du GMF, avec l'ajout d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Il s'agit des GMF et CR intégrés.

Modèle d'organisation des GMF et CR intégrés

La clientèle desservie par le GMF et CR intégrés est l'ensemble des patients pris en charge et inscrits par les médecins de famille. La clientèle vulnérable, et particulièrement la clientèle locale référée par le CSSS du territoire, doit être favorisée. Selon un objectif à long terme, et en tenant compte du développement du GMF et CR intégrés, il serait possible pour chaque équivalent temps plein (ETP)¹ médecin de prendre en charge 2 000² patients inscrits. La clientèle est également constituée des patients ayant besoin de services de 1^{re} ligne, inscrits ou non, qui se présentent à la clinique sans rendez-vous.

L'offre de service s'étend aussi aux patients des médecins du territoire du CSSS où œuvre le GMF et CR intégrés. Ceux-ci auront accès aux services médicaux en mode sans rendez-vous, aux services de liaison (services du CSSS, services spécialisés, plateau technique en urgence, etc.) et au plateau technique de base, c'est-à-dire à la radiologie de base et aux prélèvements urgents.

L'équipe médicale des GMF et CR intégrés comporte un minimum de 10 ETP médecins. Les médecins travaillent en groupe et avec un dossier unique par patient, partagé avec les autres professionnels. Ils sont responsables des processus de soins et de l'administration de la clinique. Ils nomment un médecin responsable qui coordonne l'horaire et le fonctionnement de la clinique.

Les activités des médecins ciblent à terme les paramètres suivants :

- 70 % des médecins doivent effectuer leurs activités cliniques majoritairement dans les GMF et CR intégrés;

¹ Un ETP équivaut à 35 heures par semaine de travail clinique et clinico-administratif.

² Notez qu'il s'agit d'un objectif à long terme, qu'il est évolutif et qu'il doit tenir compte de la lourdeur de la clientèle (pondération) et de l'offre de service aux patients non inscrits.

- 70 % des activités³ de chacun des médecins sont dédiées à la clientèle inscrite;
- 70 % des activités⁴ de l'ensemble des médecins, sur une base semestrielle, sont dédiées à la clientèle inscrite;
- 70 % des patients vus pendant le semestre le sont en mode rendez-vous.

Concernant la composition de l'équipe de professionnels non médecins, nous suggérons pour une équipe de 15 ETP par exemple, les balises suivantes :

- 2 infirmiers pour la fonction liaison⁵;
- 2 à 4 infirmiers cliniciens pour la prise en charge de la clientèle;
- 2 à 4 infirmiers pour la clinique sans rendez-vous (dont un ou deux postes pourraient être occupés par des infirmiers auxiliaires);
- 0,5 à 1 nutritionniste;
- 2 à 4 professionnels en intervention psychosociale (psychologue et travailleur social);
- autres professionnels à déterminer (physiothérapeute, ergothérapeute, inhalothérapeute, kinésiologue, etc.);
- collaboration avec un pharmacien communautaire ou du CSSS.

Par ailleurs, la composition de l'équipe sera ajustée selon les besoins de la clientèle du GMF et CR intégrés et selon le fonctionnement des professionnels déjà en place.

Prévisions

De par les avantages que ce partenariat procure (ex. : accès à une équipe multidisciplinaire, support informatique, etc.) il est prévisible que la convergence des objectifs et des pratiques amènera les CR à évoluer vers le statut de CR et GMF intégrés, et les GMF à évoluer vers le statut de GMF et CR intégrés. Déjà sollicitées avant même la fin des travaux actuels, plusieurs de ces cliniques profiteront de l'opportunité de faire de leur clinique un GMF et CR intégrés.

À terme, le développement d'une soixantaine de GMF et CR intégrés permettra de couvrir la population montréalaise en soins de 1^{re} ligne. Le financement prévu est de 1,5 million par entité, soit un budget total de 90 millions récurrents pour les 60 GMF et CR intégrés. Chaque GMF et CR intégrés utilisera des dossiers patients informatisés, afin de mémoriser l'histoire clinique des patients, ainsi que des plates-formes informatiques qui autoriseront l'accès à un index patient, aux résultats des tests et examens incluant les images radiologiques, à l'historique des visites du patient et aux actes médicaux et cliniques effectués, aux médicaments ainsi qu'à toute une autre gamme de renseignements qui faciliteront les prises de décision clinique et diminueront les risques d'erreur.

³ Ces activités sont en mode rendez-vous et en mode sans rendez-vous.

⁴ Ces activités sont en mode rendez-vous et en mode sans rendez-vous.

⁵ Il est à noter que les activités de liaison ne nécessitent pas toujours un infirmier ou un professionnel.

INTRODUCTION

Ce document présente les orientations pour l'implantation du modèle montréalais de prise en charge de 1^{re} ligne. Ce modèle prévoit le développement d'équipes multidisciplinaires incluant des médecins omnipraticiens et d'autres professionnels de la santé, qui prendront en charge une population inscrite.

Les deux premiers chapitres expliquent le contexte et l'origine du projet, notamment le modèle montréalais de prise en charge et la création des CSSS et leurs projets cliniques. Les chapitres suivants expliquent la clientèle prévue des équipes, la notion de prise en charge dans le contexte des GMF et Cliniques réseau intégrés (GMF et CR intégrés), les objectifs, le rôle et le fonctionnement de l'équipe, entre autres du personnel médical et des autres professionnels, le cheminement d'une demande de services et l'offre de service offerte à la clinique. On y décrit également le plateau technique associé, l'accès aux services médicaux spécialisés prévu, les modalités de collaboration et d'arrimage avec les CSSS, particulièrement celles reliées aux Centres d'éducation pour la santé (CES), et les protocoles cliniques. Par la suite, sont décrits les éléments relatifs aux ressources informationnelles et au support informatique, ainsi que les modalités d'organisation et de budgétisation de l'entente entre la clinique médicale, le CSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence). Finalement, est précisé le cadre d'évaluation auquel ces organisations seraient soumises, afin de vérifier l'atteinte des résultats prévus.

HISTORIQUE

Les Centres locaux de services communautaires (CLSC)

En 1971, la Loi sur les services de santé et les services sociaux créait au Québec les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Le CLSC avait pour mission d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus de la communauté par une approche préventive, multidisciplinaire, communautaire et axée sur l'autonomisation du client. Ils ont été le lieu d'une tentative de réalisation d'une médecine globale et d'un décloisonnement professionnel qui n'aura cependant qu'un succès limité. En effet, à l'enthousiasme et à la liberté d'action des premières années, succédera une phase marquée par la nécessité d'assurer d'abord les services courants et à domicile, et par un engagement plutôt timide du corps médical.

Les groupes de médecine de famille (GMF)

Presque trente ans plus tard, la Commission Clair (2000) réaffirme le besoin d'intégrations professionnelles et l'importance de l'approche multidisciplinaire des services de santé de 1^{re} ligne. Il est écrit dans son rapport:... « que l'organisation d'un réseau de 1^{re} ligne constitue l'assise principale du système de services de santé et de services sociaux... que ce réseau soit formé à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins ».

Pour faire suite à ce rapport, en mai 2001, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonça le projet des GMF. L'implantation de la première vague de ce modèle de clinique médicale débuta à l'automne 2002. Il y a aujourd'hui un peu plus de 157 GMF en fonction au Québec, 1 570 médecins y travaillent avec quelques 314 infirmiers et servent près de 1 256 000 patients inscrits.

Les GMF, actuellement au nombre de dix-huit à Montréal, sont des cliniques médicales regroupant des médecins qui s'engagent à dispenser à une clientèle *inscrite* une gamme étendue de services de prise en charge médicale. L'entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit du personnel clinique (infirmier) et administratif ainsi qu'un support informatique proportionnel au nombre d'inscriptions anticipées.

Ainsi, la présence de personnel infirmier permet d'assurer, conjointement avec le médecin, une offre de service allant du dépistage jusqu'au suivi systématique des clientèles vulnérables.

Les cliniques-réseau (CR)

Le concept de la clinique-réseau fut développé par l'Agence et son département régional de médecine générale (DRMG).

Actuellement au nombre de vingt-trois dans la région montréalaise, les CR sont des cliniques médicales qui acceptent de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS de leur réseau local de services (RLS). Le développement d'un corridor de services privilégié avec un hôpital leur permet de rendre accessibles aux médecins omnipraticiens de leur territoire et à leurs patients les plateaux techniques et les médecins spécialistes

Grâce aux GMF et aux CR qui assurent la prise en charge médicale des personnes et aux CSSS qui assument l'intégration et la coordination des services des établissements de santé et des services sociaux d'un territoire, les CSSS ainsi que l'Agence et son DRMG disposeront des leviers nécessaires pour améliorer l'accès aux services médicaux et étendre la prise en charge de la population dans une approche d'intégration clinique.

Les groupes de médecine de famille et cliniques réseau intégrés (GMF et CR intégrés)

Le défi consiste maintenant à favoriser l'évolution des GMF, des CR et du programme de services généraux existant dans les CSSS afin d'assurer une meilleure intégration de leurs interventions. Comme le pensaient les dirigeants qui ont mis sur pied les CLSC, la création d'équipes regroupant en un même lieu des omnipraticiens et d'autres professionnels de la santé constitue l'élément clé d'une véritable prise en charge de la population. Ce concept prend forme dans le présent projet d'équipe de soins de 1^{re} ligne. Cette organisation que nous construisons constitue un amalgame de la CR et du GMF, avec l'ajout d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Il s'agit des GMF et CR intégrés.

1. Les éléments clés du modèle montréalais de prise en charge et l'évolution des GMF et des CR

Avec la création des CSSS et des RLS, l'équipe de direction de l'Agence et les 12 directeurs généraux des CSSS de la région ont entrepris en juin 2005 une réflexion sur les priorités des prochaines années en vue de faire de la responsabilité populationnelle une réalité concrète. Au terme de cette réflexion, il est apparu impératif de mettre en place à Montréal une organisation de services favorisant la prise en charge des clientèles vulnérables et de l'ensemble de la population.

À partir de ce constat, quatre priorités ont été retenues :

- A. Créer de véritables équipes multidisciplinaires regroupant des médecins et divers professionnels de la santé et ayant la responsabilité d'une clientèle inscrite.
- B. Poursuivre l'élaboration et l'implantation du projet clinique en concordance avec l'approche populationnelle, la hiérarchisation des services et avec l'utilisation de protocoles cliniques.
- C. Développer la capacité des personnes à reconnaître et à agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé (« empowerment » ou autonomisation).
- D. Définir des indicateurs de résultats et de performance permettant d'évaluer l'atteinte des résultats visés par les protocoles cliniques et l'organisation des services.

Ces quatre priorités sont au cœur de l'action de l'Agence et des CSSS de Montréal.

A. Créer de véritables équipes multidisciplinaires regroupant des médecins et divers professionnels de la santé et ayant la responsabilité d'une clientèle inscrite

Les GMF et CR intégrés sont constitués de cliniques médicales ayant le statut de GMF et de CR et auxquelles s'ajoutent des professionnels de la santé (infirmier, psychologue, nutritionniste, etc.) pour former, avec les médecins, des équipes multidisciplinaires de soins de 1^{re} ligne intégrées. Ce modèle de prise en charge médicale est donc constitué des services médicaux en organisations privées et de certaines ressources provenant entre autres des services généraux publics des CSSS.

Si, lors d'un épisode de soins, les équipes des programmes services, les spécialistes médicaux ou d'autres ressources assument la prise en charge des clients, l'équipe de 1^{re} ligne des GMF et CR intégrés reste l'ultime responsable de ses patients.

B. Poursuivre l'élaboration et l'implantation du projet clinique en concordance avec l'approche populationnelle, la hiérarchisation des services et avec l'utilisation de protocoles cliniques

Les modèles de prise en charge populationnelle qui se sont révélés les plus bénéfiques sont fondés sur une gestion rigoureuse des maladies chroniques et un suivi des clientèles à risque de complication dans le cadre de protocoles cliniques multidisciplinaires et hiérarchisés au besoin.

Ces protocoles concernent certaines clientèles choisies (ex. : MPOC), intègrent des outils tel que le suivi systématique et l'ordonnance collective, et définissent un réseau intégré de soins et services comportant des activités dans trois sphères : *prévenir, guérir et soigner*. Ils intègrent les « meilleures pratiques » et sont régulièrement mis à jour par des équipes d'experts. Ainsi, pour faire face à cet enjeu central, l'Agence a déposé un projet de consortium visant la gestion optimale des maladies chroniques à Montréal.

Si ce mode de pratique est d'abord une question clinique qui concerne les professionnels de la santé, l'adoption de tels outils sera soutenue par l'organisation des services des CSSS, l'entente de gestion entre l'Agence et le CSSS, de même que les contrats de service entre les CSSS, les GMF, les CR et les GMF et CR intégrés de leur territoire.

C. Développer la capacité des personnes à reconnaître et à agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé (« empowerment » ou autonomisation)

La capacité des personnes à se prendre en charge est reconnue comme l'un des grands déterminants de la santé. Cette capacité est liée à la connaissance que les individus ont de leur état de santé, de leurs facteurs de risque, des moyens de prévention possibles ainsi que de leur volonté et leur capacité d'agir.

Les professionnels des GMF et CR intégrés effectuent les pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues et maximisent l'éducation du patient pour le rendre le plus autonome possible dans la prise en charge de ses besoins de santé. Ils ont une approche proactive concernant l'identification, la correction et le suivi des facteurs de risque et des comportements à risque pour empêcher le développement de maladies chroniques et leurs complications. Convaincus de cette approche, l'Agence et les CSSS ont convenu de renforcer l'intervention initiée par les cliniciens de 1^{re} ligne en créant un Centre d'éducation à la santé (CES) sur chaque territoire de CSSS. Les professionnels de ce nouveau service offriront un accompagnement aux patients souhaitant modifier leurs habitudes de vie.

D. Définir des indicateurs de résultats et de performance permettant d'évaluer l'atteinte des résultats visés par les protocoles cliniques et l'organisation des services.

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité des changements proposés, il est essentiel de définir des indicateurs de résultats et les mécanismes permettant d'en assurer un suivi.

La direction des ressources humaines, information et planification de l'Agence travaillera de concert avec la direction des affaires médicales et universitaires (DAMU), le DRMG et les CSSS à développer un tableau de bord stratégique contenant une sélection d'indicateurs à prendre en compte afin d'améliorer l'organisation des services. L'ensemble de ces travaux s'inscrira dans le modèle général d'appréciation de la performance développé par l'Agence qui s'articule autour de quatre quadrants (voir annexe 1).

Dans le cadre de ce modèle et avec la collaboration de la direction de la santé publique (DSP) il faudra, à plus long terme, être en mesure d'évaluer l'efficacité de nos actions quant à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ce qui demeure notre objectif ultime.

2. Le projet clinique des CSSS et l'organisation des services généraux

Le projet clinique des CSSS

Le projet clinique des CSSS vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services. Ces services se retrouvent dans les multiples programmes de santé des établissements (ex.: les services généraux) et doivent être articulés entre eux pour faciliter le cheminement de la clientèle. Ils englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion-prévention, au diagnostic, au traitement, au suivi, au support, à l'adaptation, à la réadaptation et au soutien en fin de vie.

Le projet tient compte du rôle et des responsabilités des différents acteurs et les invite à travailler en réseau intégré. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent imputables des services qu'ils offrent à la population ainsi que des ressources mises à leur disposition. Le projet intègre donc deux principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

Concrètement, le projet clinique consiste à :

- établir le portrait des besoins de santé et de bien-être de la population du territoire et l'utilisation de ses services;
- analyser les écarts à combler pour atteindre les objectifs d'accès, de continuité, de qualité et de satisfaction;
- choisir, s'il y a lieu, d'autres modèles à intégrer pour combler les écarts dans l'atteinte des objectifs retenus;
- mobiliser les cliniciens à participer à l'organisation et à la gestion des services;
- assurer le suivi des impacts sur les services et sur la santé de la population.

L'organisation des services généraux

Les activités du programme des services généraux se retrouvent dans divers établissements. Plus spécifiquement, les services généraux :

- s'adressent à toute la population sans aucune distinction et sans que l'accès aux services soit assujéti à la résidence sur le territoire de référence⁶;

⁶ La seule exception a trait au lieu de prestation des services. En effet, lorsque ceux-ci sont offerts dans le milieu de vie de la personne, la résidence sur le territoire de référence constitue une condition d'accès aux services.

- répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes ponctuels qui peuvent être de nature aiguë et réversible;
- incluent des activités de santé publique⁷ (approche populationnelle) et des activités cliniques et d'aide (besoins individuels);
- sont des services de proximité, qui sont accessibles localement à partir d'un établissement, du cabinet du médecin ou d'un groupe de médecins de famille.

Voici une liste succincte des *activités cliniques et d'aide* du programme des services généraux offertes par les CSSS et qui seront analysées pour être jumelées avec celles des cliniques médicales visées :

- interventions en matière de soins infirmiers;
- soutien diagnostique;
- nutrition;
- physiothérapie/ergothérapie;
- interventions sociales, psychosociales et psychologiques;
- consultations médicales en omnipratique offertes par le CSSS (ex.: le programme Jeunes en difficulté).

Outre les activités offertes par les CSSS, les services généraux comprennent les activités médicales offertes en 1^{re} ligne par les omnipraticiens en cabinet privé.

3. La population et les clientèles à desservir

La clientèle desservie par le GMF et CR intégrés est l'ensemble des patients pris en charge et inscrits par les médecins de famille. Avec le temps, le développement d'une collaboration et le partage des activités cliniques avec les autres professionnels en place pourrait permettre à chaque équivalent temps plein (ETP)⁸ médecin de prendre en charge 2 000⁹ patients inscrits. L'inscription du patient est volontaire, gratuite et sans limite territoriale. Elle devra favoriser la clientèle vulnérable, particulièrement la clientèle locale référée par le CSSS de son territoire.

La clientèle est aussi constituée des patients ayant besoin de services de 1^{re} ligne, inscrits ou non, qui se présentent à la clinique sans rendez-vous (SRV).

Enfin, l'offre de service s'étend également aux patients des médecins du territoire du CSSS où œuvre le GMF et CR intégrés. Ceux-ci auront accès aux services médicaux en mode sans rendez-vous, aux services de liaison (services du CSSS, services spécialisés, plateau technique en urgence, etc.) et au plateau technique de base, c'est-à-dire à la radiologie de base et aux prélèvements urgents.

Pour plus de détails, nous vous référons à la section 4.8 qui explicite l'offre de service offerte par un GMF et CR intégrés.

Finalement, l'annexe 2 vous propose un tableau contenant des données relatives aux caractéristiques de santé et à l'utilisation des services qui pourrait être associées à la clientèle des GMF et CR intégrés dont le nombre d'inscriptions serait de 30 000 usagers¹⁰.

⁷ Les personnes ressources accomplissent des actions de prévention et de promotion auprès des clients qu'ils servent.

⁸ Un ETP équivaut à 35 heures par semaine de travail clinique et clinico-administratif.

⁹ Notez qu'il s'agit d'un objectif à long terme, qu'il est évolutif et qu'il doit tenir compte de la lourdeur de la clientèle (pondération) et de l'offre de service aux patients non inscrits.

¹⁰ Le nombre d'inscriptions est calculé pour un ETP médecins équivalent à 15.

4. L'équipe multidisciplinaire et l'organisation de la prise en charge

Cette section présente les paramètres entourant la mission du GMF et CR intégrés et de son équipe multidisciplinaire. Cette mission repose sur la notion de prise en charge tel que conçue dans le contexte des GMF et CR intégrés.

4.1. La notion de prise en charge

La prise en charge est une relation professionnelle de confiance qui s'établit avec le temps entre un patient et son médecin de famille et l'équipe de santé multidisciplinaire. Cette relation comporte plusieurs éléments :

- une relation constante basée sur une responsabilité conjointe (patient-équipe);
- une connaissance élargie du patient concernant les aspects biopsychosociaux;
- l'élaboration d'un plan de soins cohérent incluant la réduction des comportements à risque;
- une autonomisation du client dans la prise en charge de ses besoins de santé grâce à l'éducation et au soutien fourni par les professionnels du GMF et CR intégrés;
- la globalité des services grâce à un accès à diverses expertises disciplinaires (médicale, infirmière, sociale, psychologique et autres) et à une approche axée sur la prévention et la promotion de la santé (ex. : l'examen périodique);
- une coordination et une intégration de la majorité des soins et services de santé nécessaires au client grâce à la fonction liaison présente à la clinique, ce qui permet, au besoin, la référence à d'autres ressources du réseau local de services et du système de santé;
- une information pertinente lorsque le patient reçoit des services en dehors du GMF et CR intégrés afin que le médecin et l'équipe de la clinique restent ultimement responsables du suivi du patient.

Le médecin traitant, conjointement avec l'équipe multidisciplinaire, est responsable d'assurer le suivi médical et social requis auprès des patients inscrits à la clinique. Il doit se faire remplacer lorsque c'est nécessaire et ainsi s'assurer qu'un confrère ou un autre professionnel avec la compétence nécessaire garantira des soins et services continus.

4.2. Les objectifs visés

En concordance avec les objectifs des GMF et des CR, les objectifs du GMF et CR intégrés et de son équipe de santé seront notamment de :

- favoriser pour chaque citoyen, et prioritairement pour les clientèles vulnérables, l'accès et la prise en charge globale par un médecin de famille grâce à l'intégration d'équipes multidisciplinaires œuvrant de concert;
- offrir des services médicaux et généraux accessibles, continus et de qualité pour éviter le plus possible les duplications, les délais et les bris de services et favoriser l'efficacité des ressources limitées du système;
- favoriser l'amélioration de la santé de la clientèle et la réduction des facteurs de risque possibles par le biais d'une approche préventive intégrée en maximisant le dépistage, l'enseignement et la prévention en collaboration avec les CSSS et la DSP;
- développer, avec l'éducation et le soutien, la capacité du patient à reconnaître et à agir sur les facteurs influençant son état de santé;

- permettre une meilleure intégration clinique des services médicaux des cabinets privés aux services généraux des CSSS, aux programmes services des CSSS, aux services de l'hôpital de première instance et aux autres partenaires des domaines de la santé et du communautaire;
- favoriser le fonctionnement en réseau intégré et en continuum de services, lorsque pertinent, par le recours à des protocoles et des modèles de suivi systématique en collaboration avec les partenaires;
- maximiser l'interdisciplinarité et supporter chaque professionnel dans l'utilisation optimale de ses capacités, et ce, dans le respect des lois et des balises du modèle du GMF et CR intégrés où le médecin reste le coordonnateur principal de l'offre de service;
- favoriser la satisfaction des clients, employés, médecins et autres professionnels et développer des objectifs et des indicateurs associés permettant d'évaluer les résultats visés par l'organisation.

4.3. Le rôle de l'équipe multidisciplinaire

Le rôle général de l'équipe multidisciplinaire (médecins et autres professionnels) présente les principales interventions et la façon de répondre aux objectifs de la section précédente :

- agir comme premier intervenant auprès de la clientèle, sauf en situation d'urgence nécessitant le plateau technique d'un centre hospitalier ou lorsque le service Info-Santé suffit;
- répondre à la majorité des besoins dans les domaines médical (diagnostique et thérapeutique), infirmier, psychosocial, de réadaptation, nutritionnel, de soutien, de suivi, de promotion-prévention et référer à d'autres ressources au besoin;
- accueillir et mettre en ordre de priorité les demandes de services de la clientèle et favoriser l'inscription des patients vulnérables, en particulier ceux référés par le CSSS du RLS;
- établir un plan de traitement global et multidisciplinaire, si requis, intégrant l'ensemble des informations biopsychosociales et en assurer la mise en œuvre et le suivi;
- assister, conseiller et orienter le client via des mécanismes de référence bidirectionnels vers les ressources appropriées des CSSS (programmes services et autres), vers l'hôpital de première instance (plateaux techniques et services spécialisés), vers les autres ressources de la 1^{re} ligne (ex. : le domaine communautaire), tout en restant l'ultime responsable de son suivi;
- coordonner et systématiser avec les professionnels du territoire local et du réseau de la santé le cheminement de leurs clientèles à l'aide de protocoles cliniques et en respect de la hiérarchisation des services;
- informer, soutenir et effectuer un suivi auprès des clients pour améliorer leur autonomisation dans la prise en charge de leur problème de santé, et les référer au besoin au CES des CSSS;
- mettre en pratique les interventions de promotion-prévention reconnues scientifiquement et favoriser la réduction des facteurs et des habitudes de vie à risque;
- agir de façon confidentielle et en concordance avec la législation actuelle;
- mettre en œuvre des mécanismes formels d'évaluation des résultats et d'amélioration continue des processus cliniques et administratifs.

4.4. L'équipe médicale

Composition

L'équipe médicale des GMF et CR intégrés comporte un minimum de 10 ETP médecins. Ce nombre est nécessaire afin de favoriser l'implantation des pratiques souhaitées par les statuts GMF, CR, et GMF et CR intégrés.

Fonctionnement de l'équipe médicale

Les GMF et CR intégrés sont constitués par une équipe de médecins de famille engagés comme entité légale en tant que le GMF et CR intégrés. Les médecins qui travaillent dans un GMF et CR intégrés sont des médecins généralistes qui ont un intérêt pour le travail en équipe (médical et multidisciplinaire) et qui valorisent une approche axée sur la prévention et sur la modification des habitudes de vie à risque des patients.

Le médecin des GMF et CR intégrés est responsable de la coordination de l'offre de service pour un patient inscrit. Il planifie l'exécution du plan de traitement et dirige au besoin le client vers les autres professionnels des GMF et CR intégrés, vers les médecins spécialistes qui collaborent avec les GMF et CR intégrés ou vers les autres ressources du réseau de la santé. Les activités des médecins ciblent à terme les paramètres suivants :

- 70 % des médecins doivent effectuer leurs activités cliniques majoritairement dans les GMF et CR intégrés;
- 70 % des activités¹¹ de chacun des médecins sont dédiées à la clientèle inscrite;
- 70 % des activités¹² de l'ensemble des médecins, sur une base semestrielle, sont dédiées à la clientèle inscrite;
- 70 % des patients vus pendant le semestre le sont en mode rendez-vous.

Les médecins travaillent en groupe et avec un dossier unique par patient, partagé avec les autres professionnels. Ils sont responsables des processus de soins et de l'administration de la clinique. Ils nomment un médecin responsable qui coordonne l'horaire et le fonctionnement de la clinique dans les paramètres dictés par le présent document.

Il est entendu que le GMF et CR intégrés, comme les autres organisations médicales de 1^{re} ligne, a d'abord une approche clientèle et permet le libre choix du médecin traitant ainsi que le maintien des relations existantes entre le médecin et ses patients.

4.5. Les autres professionnels

Approche générale

L'équipe multidisciplinaire de professionnels du GMF et CR intégrés (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, etc.) travaillera dans une approche novatrice en étroite collaboration avec le médecin traitant. Voici quelques paramètres qui orientent les activités des professionnels du GMF et CR intégrés.

Les interventions de l'équipe multidisciplinaire :

- sont axées sur le travail d'équipe;
- sont disponibles pour les patients inscrits;
- s'incorporent au plan thérapeutique global déterminé par le médecin traitant et son équipe; la référence aux professionnels se fera par le médecin;
- permettent une optimisation du temps des différents intervenants pour augmenter la capacité du GMF et CR intégrés d'inscrire de nouveaux patients;

¹¹ Ces activités sont en mode rendez-vous et en mode sans rendez-vous.

¹² Ces activités sont en mode rendez-vous et en mode sans rendez-vous.

- sont axées sur une approche préventive (réduction des facteurs de risque) qui vise à maximiser l'éducation, l'autonomisation des patients et le maintien des acquis en matière d'autosoins;
- seront orientées pour certaines clientèles par des protocoles cliniques multidisciplinaires;
- constituent des activités thérapeutiques généralement à court terme et sont basées sur des résultats cliniques probants.

En effet, si les interventions de la plupart des professionnels sont de courte durée, le médecin, l'infirmier clinicien et le cas échéant les professionnels agissant comme gestionnaire de cas, suivront de façon longitudinale le patient. Ainsi, les interventions faites par le nutritionniste, par exemple, seront renforcées et suivies par ces professionnels. Pour mieux comprendre le concept du GMF et CR intégrés, nous vous référons à la partie 4.6 illustrant le cheminement d'une demande de services.

Composition de l'équipe

Pour favoriser une prise en charge globale de la clientèle des GMF et CR intégrés et l'accès au médecin de famille, **la proportion de professionnels qui travaillera avec l'équipe médicale sera de un ETP professionnel pour un ETP médecin.**

Concernant la composition de l'équipe de professionnels non médecins, nous suggérons pour une équipe de 15 ETP par exemple, les balises suivantes :

- 2 infirmiers pour la fonction liaison¹³;
- 2 à 4 infirmiers cliniciens pour la prise en charge de la clientèle;
- 2 à 4 infirmiers pour la clinique sans rendez-vous (dont un ou deux postes pourraient être occupés par des infirmiers auxiliaires);
- 0,5 à 1 nutritionniste;
- 2 à 4 professionnels en intervention psychosociale (psychologue et travailleur social);
- autres professionnels à déterminer (physiothérapeute, ergothérapeute, inhalothérapeute, kinésiologue, etc.);
- collaboration avec un pharmacien communautaire ou du CSSS.

Par ailleurs, **la composition de l'équipe sera ajustée selon les besoins de la clientèle du GMF et CR intégrés** et selon le fonctionnement des professionnels déjà en place.

Fonctions particulières à chaque discipline

Le rôle et les activités de chacun de ces professionnels au sein du GMF et CR intégrés sont décrits ci-dessous.

Infirmier :

L'infirmier pourrait être attribué à trois fonctions principales au sein du GMF et CR intégrés :

- à la clinique sans rendez-vous;
- à la fonction liaison;
- à la prise en charge (infirmier clinicien).

¹³ Il est à noter que les activités de liaison ne nécessitent pas toujours un infirmier ou un professionnel.

Activités professionnelles des infirmiers :

Clinique sans rendez-vous :

- pré-triage, signes vitaux, préparation des patients, assistance aux médecins, soins infirmiers (ex. : les pansements, l'administration de médicaments, etc.), techniques diagnostiques (ex. : l'ECG, la spirométrie, etc.), orientation et éducation sommaire des patients, initiation du plan de traitement auprès de l'équipe multidisciplinaire ou d'autres ressources du RLS, etc.

Liaison :

- liens fonctionnels avec les différentes ressources du CSSS (référence, transmission de données cliniques et rétroaction au médecin traitant) et l'hôpital de première instance pour la consultation en spécialité et l'accès aux plateaux techniques (ex. : les services diagnostiques), liens fonctionnels avec les médecins de la communauté, assistance, conseils et orientation du client, recherche de partenaires et développement de nouveaux liens, suivi des ententes de collaboration, recherche de médecins de famille pour les patients « orphelins » vulnérables, etc.

Prise en charge (suivi des épisodes de soins des patients dont le plan de traitement est plus complexe et/ou comporte des facteurs de risque modifiables) :

- dépistage, évaluation et surveillance clinique, initiation des mesures diagnostiques et thérapeutiques, suivi du plan de traitement (observance) et vérification de l'autosoin, conseil, promotion et éducation, counselling et soutien affectif, gestion de cas (coordination et suivi des services) en collaboration avec l'infirmier de liaison, le médecin traitant et le reste de l'équipe multidisciplinaire.

Autres professionnels

Les autres professionnels du GMF et CR intégrés réaliseront des interventions spécifiques à leur discipline et également certaines activités communes:

- gestion de cas, selon la majorité des besoins du patient, pour assister et orienter celui-ci dans les différentes ressources du RLS ou autres lorsque requis et rétroaction au médecin traitant;
- recherche de partenaires dans certains domaines d'expertise;
- participation à l'élaboration des outils cliniques et clinico-administratifs du GMF et CR intégrés.

Psychologue :

Si le médecin de famille diagnostique des pathologies mentales demandant une médication ou attribue un congé pour une période d'invalidité, le psychologue assure l'évaluation clinique du patient. Il intervient pour favoriser chez le patient des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Les psychologues des GMF et CR intégrés se verront également offrir de jouer un rôle innovateur en aidant leurs partenaires d'équipe à comprendre les clients qui adoptent des comportements à risque ainsi qu'à élaborer avec eux des stratégies d'intervention visant à modifier à court terme ces comportements.

Activités professionnelles du psychologue :

- dépistage, évaluation et action de mettre en ordre de priorité les problèmes de santé mentale du patient (sur les plans : cognitif, affectif, relationnel et/ou comportemental);
- promotion de l'adaptation du client et de l'amélioration de son fonctionnement psychologique afin d'accroître son bien-être et son autonomie;
- identification, traitement et aide à la prise en charge des comportements à risque du client en collaboration avec les autres membres de l'équipe;

- animation des groupes de patients relativement à diverses thématiques de santé (cessation tabagique, gestion du stress, diète, etc.).

Travailleur social :

Le travailleur social est un professionnel polyvalent qui intervient auprès des individus, des familles et des groupes (collectivités) aux prises avec des problèmes sociaux, dans le but de développer de façon optimale leurs interactions avec leur environnement.

Activités professionnelles du travailleur social :

- dépistage, évaluation et identification des aspects psychosociaux et relationnels et des problématiques du client en lien avec ses proches et son environnement;
- promotion de l'adaptation du client et de l'amélioration de son fonctionnement social afin d'accroître son bien-être et son autonomie;
- interventions en particulier et/ou avec les proches du client pour soutenir, restaurer ou mobiliser le fonctionnement social de ceux-ci;
- interventions visant la promotion et la défense des droits du client et/ou de ses proches.

Nutritionniste :

Avec l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du diabète et de plusieurs pathologies morbides (maladies coronariennes, dyslipidémie, allergies, désordres alimentaires, dénutrition, etc.), l'apport de l'expertise du nutritionniste est primordial dans une prise en charge globale de la clientèle des GMF et CR intégrés.

Activités professionnelles du nutritionniste :

- dépistage, évaluation et identification des aspects alimentaires problématiques du client en lien avec ses habitudes de vie;
- interventions en particulier et/ou avec les proches du client pour soutenir la promotion d'habitudes alimentaires saines et pour favoriser une diète optimale afin d'accroître le bien-être du client et diminuer ses facteurs de risque.

Physiothérapeute :

Le physiothérapeute analyse l'impact des blessures, des maladies ou des affections sur le mouvement et l'autonomie fonctionnelle des patients. Leur contribution unique aux soins de santé a pour but de promouvoir, rétablir et prolonger l'autonomie physique en améliorant la capacité fonctionnelle du client.

Activités professionnelles du physiothérapeute :

- dépistage, évaluation et identification des déficiences, des douleurs, des limitations fonctionnelles, des handicaps ou d'autres affections physiques actuelles ou potentielles du client par des examens, tests et mesures spécifiques;
- interventions qui incorporent l'application d'approches et de techniques¹⁴ sélectionnées pour soulager la douleur, obtenir et maintenir la santé et la bonne condition physique, l'autonomie fonctionnelle et la performance physique, de même que l'enseignement de la gestion des déficiences, des handicaps et des limites aux activités qui sont identifiées.

Ergothérapeute :

L'ergothérapeute intervient auprès d'enfants, d'adultes ou de personnes âgées ayant des incapacités physiques ou mentales qui entravent leurs activités quotidiennes. L'ergothérapeute privilégie l'activité sous toutes ses formes de manière à faciliter la réadaptation fonctionnelle, l'intégration ou le maintien de la personne dans son milieu de vie.

¹⁴ Exemples : exercices, massothérapie, électrothérapie, thermothérapie, etc.

Activités professionnelles de l'ergothérapeute :

- dépistage, évaluation et identification des limitations fonctionnelles (physiques et cognitives) en ce qui a trait aux activités du client (vie quotidienne, civique, domestique, et loisirs) et analyse du potentiel et des attentes;
- interventions qui amènent les clients à participer à des activités qui améliorent leurs capacités fonctionnelles et leurs habiletés et, à l'occasion, adapter leur environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale.

Inhalothérapeute :

L'inhalothérapeute est un professionnel paramédical qui est spécialisé dans les soins du système respiratoire et exerce sa profession en étroite collaboration avec les médecins et les autres professionnels de la santé. Il travaille principalement dans les centres hospitaliers, toutefois, en raison du développement des soins ambulatoires et de l'accroissement de l'incidence des maladies respiratoires, on le retrouve également en CSSS, au sein d'équipes de soins de 1^{re} ligne, dans les cliniques privées, etc.

Activités professionnelles de l'inhalothérapeute

- dépistage, évaluation et identification des aspects respiratoires problématiques du client en lien avec ses habitudes de vie et son autosoins;
- interventions, en particulier et/ou avec les proches du client, pour soutenir le client, restaurer ou mobiliser par l'éducation son fonctionnement respiratoire et accroître son bien-être et son autonomie.

Kinésiologue :

Spécialistes de l'activité physique, celui-ci pourrait intervenir chez plusieurs clientèles : personnes obèses, personnes souffrant de diabète, de maladie coronarienne, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle ou simplement des personnes sédentaires qui veulent prévenir l'apparition de maladie et maximiser leur bien-être (ex. : la gestion du stress).

Activités professionnelles du kinésiologue :

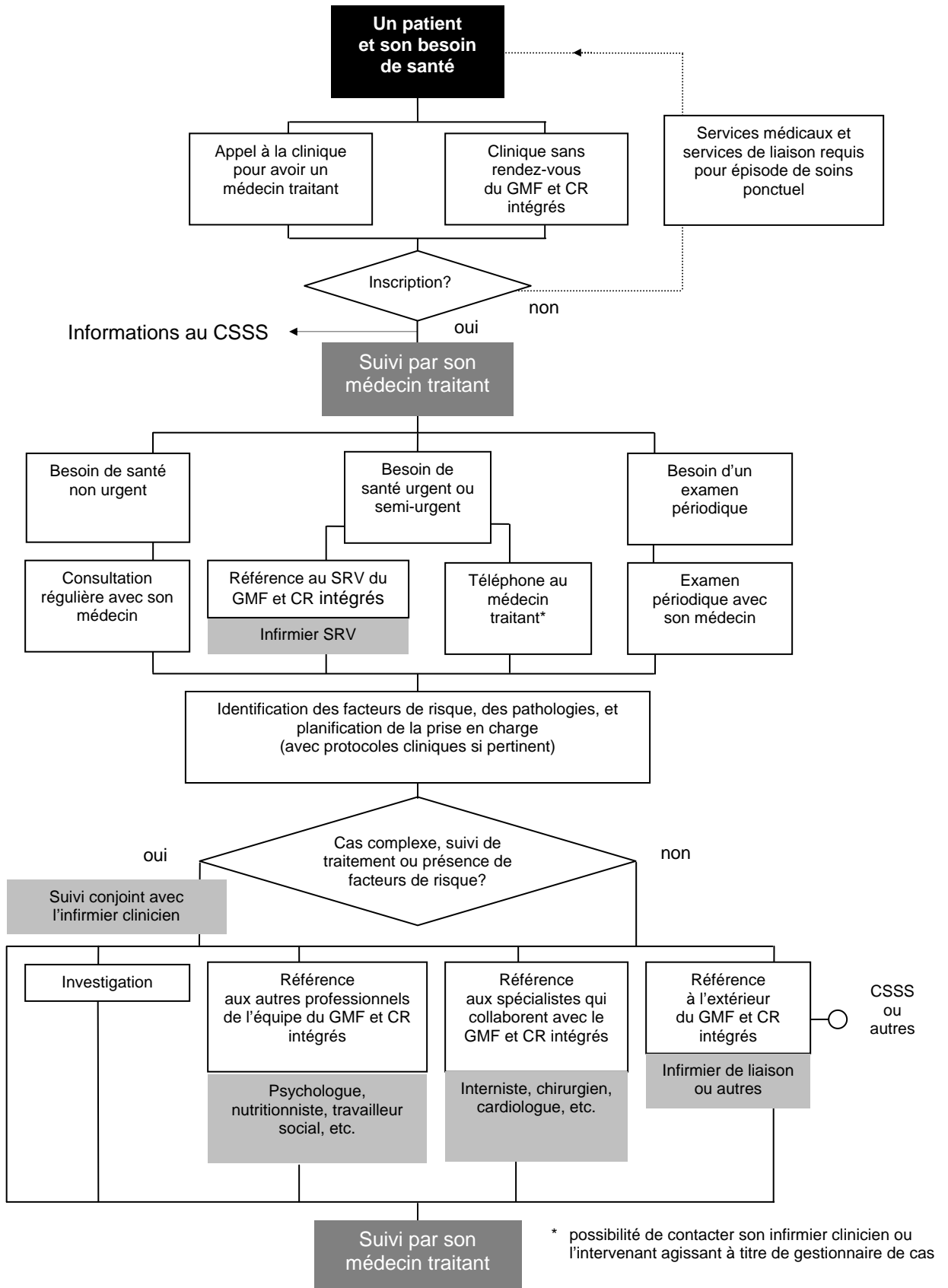
- dépistage, évaluation et identification des déterminants de la condition physique et des habitudes de vie du client et analyse du potentiel et des attentes;
- counselling et élaboration de programme d'activités physiques adapté au client visant à améliorer sa capacité physique et l'aidant à apporter des modifications à son mode de vie et à favoriser une autonomie et un bien-être global.

Pharmacien :

Le pharmacien de par son expertise sur la médication (révision de la médication, posologie, etc.) est un allié important au sein des professionnels de la santé, et plus particulièrement dans sa collaboration avec le médecin. Dans le cadre du GMF et CR intégrés, la provenance de ce professionnel pourrait prendre diverses formes telles que :

- Pharmacien du CSSS (contrat de service);
- Pharmacien communautaire (conseil couvert par la RAMQ).

4.6 Le cheminement d'une demande de services



Le patient non inscrit au GMF et CR intégrés y accède par la clinique sans rendez-vous. Il recevra alors les services médicaux et les services de liaison requis pour cet épisode de soins ainsi que le suivi ponctuel nécessaire (possiblement en mode rendez-vous). Il peut également s'adresser à l'accueil pour s'informer de la possibilité d'être pris en charge par un médecin omnipraticien. S'il reste des disponibilités, il peut s'inscrire auprès du médecin qui devient son médecin traitant. Si ce patient habite sur le territoire local, de l'information devra être transmise au CSSS, avec son consentement, pour faciliter la coordination et la planification des services.

En ce qui concerne le patient inscrit qui présente un besoin de santé non urgent, il prend rendez-vous pour une consultation régulière avec son médecin. Le patient inscrit qui présente un besoin de santé urgent ou semi-urgent mais qui ne nécessite pas les services d'une salle d'urgence hospitalière a, quant à lui, deux possibilités. Soit, il contacte par téléphone son médecin traitant, son infirmier clinicien ou l'intervenant agissant à titre de gestionnaire de cas, soit, il se présente à la clinique de sans rendez-vous du GMF et CR intégrés pour rencontrer son médecin ou un autre médecin (ou un autre professionnel) qui aura en main son dossier clinique. Le patient inscrit et son médecin peuvent aussi se rencontrer dans le cadre d'un examen périodique.

De plus, lors de la prise en charge d'un patient qui présente un cas complexe, plusieurs facteurs de risque modifiables ou un suivi de traitement particulier (voir la partie 9 concernant les protocoles cliniques), le patient pourra décider conjointement avec son médecin d'être également suivi par un infirmier clinicien (dont les activités sont présentées à la section 4.5). Ainsi, pour certaines clientèles, les interventions de la prise en charge seront modulées selon des protocoles cliniques établis.

Par ailleurs, lors du suivi du patient, son médecin de famille peut le diriger vers quatre types de services : vers des services d'investigation à l'interne ou à l'externe, vers les autres professionnels non médecins de la clinique (psychologue, nutritionniste, physiothérapeute, etc.), vers les médecins spécialistes qui collaborent avec le GMF et CR intégrés ou vers tout autre service du réseau par le biais de l'infirmier de liaison ou d'un autre membre de l'équipe (ex.: vers les programmes services du CSSS, les médecins spécialistes ou les plateaux techniques de l'hôpital de 1^{re} instance, etc.).

Enfin, la boucle se termine avec un retour au médecin de famille traitant qui assure la prise en charge du patient.

4.7 Le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire

Le médecin traitant travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire constituée de professionnels de plusieurs disciplines. Ils ont un engagement commun face à une clientèle inscrite composée de personnes avec différents types de besoins de santé. Les membres de l'équipe sont interdépendants dans leurs actions et doivent communiquer adéquatement pour garantir une réponse intégrée et globale aux multiples besoins de santé de l'utilisateur et de ses proches.

La collaboration interprofessionnelle

Un meilleur esprit de collaboration entre les professionnels d'une équipe de soins assure de meilleurs résultats concernant la continuité, l'accessibilité ainsi que la satisfaction des usagers et des médecins. Tel que démontré, le travail en équipe multidisciplinaire amène une valeur ajoutée aux services par une synergie qui produit des résultats de santé supérieurs aux « soins usuels », supérieurs à ce que ces professionnels peuvent accomplir chacun de leur côté.

La collaboration professionnelle doit être favorisée par le leadership des personnes clés de la clinique et comporte plusieurs étapes qui ne se suivent pas nécessairement :

- apprendre à mieux se connaître;
- démontrer ses compétences;
- se faire confiance;
- négocier et s'entendre sur des finalités;
- partager les activités et les responsabilités;
- formaliser les ententes (ex. : protocoles de suivi conjoint);
- évaluer, valider et ajuster les processus;
- cristalliser une culture organisationnelle et maximiser le sentiment d'appartenance.

C'est en développant des rapports de confiance entre les cliniciens que les décisions sont planifiées et prises en coopération, en tenant compte des diverses perspectives professionnelles. L'équipe du GMF et CR intégrés doit se centrer sur l'essentiel, c'est-à-dire l'efficacité, la continuité, la qualité et l'accessibilité des services pour la santé des clients.

Le partage des activités

Dans un principe d'efficacité des ressources humaines et en concordance avec les objectifs du projet, tous les professionnels des GMF et CR intégrés (médecins, infirmiers, etc.) doivent se poser la question suivante : « Quelles activités puis-je laisser à d'autres membres de la clinique (professionnels ou non) pour me concentrer sur mes tâches exclusives? » Ainsi, il sera possible d'utiliser le plein potentiel des lois professionnelles pour maximiser l'efficacité de l'organisation du travail (voir la partie concernant les protocoles cliniques).

Ce partage des activités s'accompagne d'un partage des responsabilités qui, selon l'Association canadienne de protection médicale, peut se définir ainsi : « Tout en fonctionnant dans le cadre des champs d'exercice déterminés par les organismes de réglementation, les équipes de soins concertés doivent alors établir leur propre cadre en ce qui concerne la responsabilisation. En général, chaque membre de l'équipe demeure responsable des soins qu'il prodigue à l'intérieur de l'équipe, et peut aussi être tenu responsable de son rôle dans les résultats obtenus par l'équipe¹⁵ ».

Par la suite, il est important de bien établir les activités de chacun dans l'équipe pour éviter une duplication des rôles. De plus, il est important que chacun des membres de l'équipe connaisse les activités des autres. Enfin, il faut permettre à différentes formes de pratique d'émerger et accepter d'innover.

La coordination des interventions en interne et en externe

Pour bien articuler les interventions des membres du GMF et CR intégrés, il faut porter attention à la coordination de celles-ci. Selon le Conseil médical du Québec¹⁶ : « L'essence de la coordination est de parvenir à un objectif clinique commun et à une entente au plan de l'action. La cohérence et l'enchaînement des soins exigent un investissement surtout lorsque de nombreux professionnels y participent... la responsabilité de la prestation et de la coordination des soins médicaux de 1^{re} ligne doit demeurer entre les mains d'un médecin de famille... ».

¹⁵ Association canadienne de protection médicale, *Les soins concertés : perspectives de la responsabilité médicale*, septembre 2007.

¹⁶ Christine Beaulieu, Jeannie Haggerty, et autres, *Avis sur la continuité des soins et services médicaux : La continuité, une base essentielle de la qualité*, Conseil Médical du Québec, juin 2003.

Pour structurer la coordination clinique, certains outils peuvent être utilisés par les médecins et les autres professionnels :

- des protocoles cliniques incluant des ordonnances collectives;
- des guides de pratiques cliniques fondées sur les données probantes;
- des mécanismes de consultation formels et informels;
- des mécanismes de référence;
- des mécanismes de transfert;
- des réunions multidisciplinaires;
- etc.

Pour faciliter la coordination des activités, en plus de partager un dossier unique, le GMF et CR intégrés sera doté d'une logistique commune (système de téléphonie, d'informatique, etc.) favorisant ainsi les communications et l'administration des services offerts.

Formulation d'objectifs clairs et partagés

Les objectifs reliés à la mission, présentés à la section 4.2, sont les assises d'une meilleure cohérence de l'équipe de soins. Ils orientent les comportements des individus vers des buts communs. Ainsi, la performance du GMF et CR intégrés se détermine à travers l'atteinte de ces objectifs organisationnels globaux qui sont traduits en termes d'indicateurs de résultats. Ceux-ci, d'ordre administratif, clinico-administratif et clinique sont chiffrés, accompagnés de cibles et suivis par l'équipe de gestion du GMF et CR intégrés. En voici quelques exemples :

- % des activités des médecins qui sont en mode rendez-vous (cible : 70 %);
- % de patients vulnérables pris en charge par un médecin (cible à déterminer);
- % de patients avec une maladie chronique qui ont reçu de l'enseignement sur leur maladie et leurs facteurs de risque (cible : 100 %);
- % des patients diabétiques qui ont une hémoglobine glycosylée (HbA1c) inférieure à 7 % (cible à déterminer).

Les comités de gestion et les mécanismes de gestion

Le leadership présent dans le GMF et CR intégrés est un élément essentiel à son succès, et son équipe de gestion se réunit à l'occasion pour discuter de différents sujets concernant son fonctionnement. Ainsi, les aspects administratifs (budget, informatique, etc.) et cliniques de l'organisation (protocoles, références, liens avec les partenaires, etc.) y sont abordés pour permettre une analyse des résultats et des ajustements requis pour administrer en amélioration continue. À cet effet, il est essentiel de prévoir et de développer des mécanismes de gestion appropriés sur les plans administratif et clinique, ainsi qu'au niveau de la gestion du personnel.

4.8 L'offre de service d'un GMF et CR intégrés

Voici la liste des services offerts :

Pour toute la clientèle, incluant les patients des médecins de la communauté :

- les services de médecine générale de base en mode sans rendez-vous, incluant le suivi ponctuel de l'épisode de soins en mode rendez-vous au besoin;
- les services de liaison (services du CSSS, services spécialisés, plateau technique en urgence, etc.);
- pour la clientèle vulnérable l'aide à la recherche d'un médecin traitant pour les patients « orphelins »;
- les prélèvements urgents et tests de radiologie de base (annexe 3);

- les services médicaux nécessaires à une action immédiate en cas d'urgence (ECG, soluté I.V., etc.);

Pour la clientèle inscrite, en plus des services ci-dessus :

- les services de médecine générale de base en mode rendez-vous;
- les pratiques cliniques préventives reconnues par des résultats cliniques probants notamment celles du Collège des médecins du Québec;
- l'accès à des consultations en psychologie, en service social, en nutrition, en physiothérapie et autres, en coordination avec le médecin et selon les réalités locales;
- le suivi en soins infirmiers (dépistage, évaluation et surveillance clinique, observance et vérification de l'autosoins, conseil, promotion et éducation, counselling et soutien affectif, gestion de cas) en coordination avec le médecin;
- des services¹⁷ de promotion, d'information et d'éducation à la santé en collaboration avec les CES des CSSS;
- la garde médicale-infirmière 24/7 pour les clientèles fragilisées identifiées par les médecins du GMF et CR intégrés (incluant les visites à domicile), avec la collaboration du soutien à domicile du CSSS pour les services infirmiers et celle du service Info-Santé pour les services infirmiers et médicaux;
- la participation de l'équipe médicale du GMF et CR intégrés (incluant les visites à domicile) au maintien à domicile des patients qu'ils inscrivent au soutien à domicile (SAD) en collaboration avec le CSSS;
- la vaccination dans le cadre du programme de santé publique en cas de pandémie ou d'épidémie en collaboration avec le CSSS;
- la vaccination courante (optionnelle et en collaboration avec les CSSS);
- l'obstétrique (optionnelle).

Les services mentionnés seront ajustés en complémentarité à ceux offerts par le CSSS du territoire local du GMF et CR intégrés et devront être explicités dans une entente entre les parties.

5. Le plateau technique et les services diagnostiques

L'accès à un plateau technique et aux services diagnostiques pour les clients du GMF et CR intégrés et les patients des omnipraticiens du territoire local via le GMF et CR intégrés comporte trois parties.

Les services de base en radiologie

Critère essentiel à l'accréditation, le GMF et CR intégrés assure un accès rapide aux examens de base en radiologie sur place ou à proximité¹⁸. Ce service est disponible au moins 6 jours par semaine, 6 heures par jour durant la semaine, et 4 heures par jour les fins de semaine et les jours fériés. Les services de radiologie de base sont détaillés à l'annexe 3.

¹⁷ Les interventions du GMF et CR intégrés devraient favoriser l'intervention de groupe pour certaines problématiques, notamment pour les personnes ayant des maladies chroniques.

¹⁸ Afin d'éviter toute confusion, nous avons fixé à 100 mètres la distance à l'intérieur de laquelle on peut considérer que le service d'imagerie médicale est « à proximité » du site de la clinique-réseau. Nous considérons que si ce service n'est pas disponible au point de départ, il est peu probable qu'il le deviendra.

Les services urgents et semi-urgents

Des services de prélèvement urgents sont disponibles aux GMF et CR intégrés afin que le patient ait accès sur place à l'ensemble des services que son état requiert (voir annexe 3). L'imagerie médicale urgente, comme les échographies ou les tomographies urgentes, sont accessibles de façon quotidienne via l'hôpital avec lequel le GMF et CR intégrés a un corridor de services (CSSS ou hôpital de première instance). Les résultats sont accessibles dans un délai de deux heures, ou le lendemain pour les requêtes acheminées en fin de journée.

Équipements d'urgence

De par la variété des tableaux cliniques qui se présentent au GMF et CR intégrés, son personnel doit assurer une réponse adéquate aux clients qui demandent une intervention urgente. Ainsi, le GMF et CR intégrés est doté des divers équipements suivants : ECG, défibrillateur, oxygène, capacité d'installer un soluté I.V., etc.

Tous ces services sont offerts quel que soit le territoire de résidence du patient référé, et des mécanismes de soutien à la communication bidirectionnelle sont en place.

6. L'accès aux consultations et aux services médicaux spécialisés

Qu'il s'agisse de l'accès aux compétences diagnostiques ou thérapeutiques, de la possibilité de suivi conjoint ou de leur disponibilité pour prendre en charge un patient lors d'un épisode de soins ponctuel, les spécialistes assureront une meilleure efficacité à l'équipe de médecins de famille des GMF et CR intégrés. L'accessibilité aux médecins spécialistes dans les GMF et CR intégrés comporte deux volets.

D'abord, le GMF et CR intégrés s'assurera de la collaboration d'un noyau de base de spécialistes sur place (cardiologue, chirurgien général, médecin interniste). Le cas échéant, le GMF et CR intégrés pourrait compter sur d'autres spécialistes. Les services offerts seront majoritairement sous le mode de consultation sur rendez-vous.

Puis, conformément à son statut de clinique-réseau, le GMF et CR intégrés avec la collaboration de l'Agence et la DAMU, des CSSS et des hôpitaux de la région, s'assurera de la mise en place d'un accès organisé à la consultation en spécialité pour tous les omnipraticiens de la communauté. Pour chaque patient, les corridors de services seront rendus disponibles, quel que soit le territoire de résidence du patient concerné.

7. Les modalités de collaboration et d'arrimage avec les programmes services du CSSS

Si le patient pris en charge au GMF et CR intégrés reçoit à la clinique une grande partie de ses services de santé, il est possible que son état demande à l'occasion des services offerts dans un CSSS et ses programmes services (ex. : déficience physique, santé mentale, etc.). Pour permettre un cheminement sans heurt du patient à travers le réseau et ses établissements, le GMF et CR intégrés doit établir avec son CSSS des modalités d'arrimage qui assurent une fluidité bidirectionnelle continue de l'information à l'aide de mécanismes simples et conviviaux. Au-delà de la confiance à développer entre les individus des deux organisations, l'informatisation de ces liens facilitera la collaboration alors demandée par les objectifs de continuité.

Accès aux services du CSSS

Les mécanismes d'accès aux différents programmes services du CSSS doivent favoriser une orientation rapide vers le bon intervenant et les bons services. Il est important de ne pas refaire les évaluations effectuées par un professionnel des GMF et CR intégrés mais de se baser sur les

données qui ont déjà été fournies par le patient. Ainsi, des modalités de référence et de prise en charge devront être convenues entre le CSSS et le GMF et CR intégrés et incluses dans leur entente de service.

Pour bien aiguiller la clientèle, les membres du GMF et CR intégrés devront posséder les coordonnées des services en CSSS (ex. : prélèvements) que la condition de leurs patients demande et qui ne font pas partie des services offerts par le GMF et CR intégrés. Le personnel du GMF et CR intégrés pourra utiliser la *demande de services interétablissements* (DSIE) pour faire sa demande au CSSS (voir formulaires et outils plus loin). Parmi les différents programmes services, trois seront ici discutés plus en détail : *les services généraux, les services en santé mentale et les services de soutien à domicile.*

Les services généraux

Puisque le programme des services généraux sera en remaniement dans le présent projet, l'offre de service du CSSS et celle des GMF et CR intégrés de leur territoire devront s'ajuster mutuellement pour être complémentaires. Selon les réalités locales et dans une optique d'économie d'échelle, certains services pourront s'offrir en CSSS ou en GMF et CR intégrés (ex. : les vaccins).

Quant aux services psychosociaux en CSSS (interventions par un travailleur social ou par un psychologue), ils devront être complémentaires, non seulement à ceux qui seront offerts par l'équipe du GMF et CR intégrés, mais également à ceux du programme de santé mentale du CSSS.

Le programme de Santé mentale

Les services de santé mentale font l'objet d'un remaniement important dans la région montréalaise. Ainsi, en concordance avec le plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS, « *La force des liens* », des équipes de santé mentale en 1^{re} ligne pour les adultes et pour les jeunes seront créées dans chaque CSSS.

Ancrées dans leur réseau local, les équipes de santé mentale seront des équipes interdisciplinaires composées de médecins (psychiatre répondant et omnipraticien), de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmiers et d'autres professionnels déterminés en fonction du profil et de l'évaluation des besoins de la clientèle à desservir. Ces équipes de santé mentale de 1^{re} ligne ont pour mandat :

- l'accueil et l'évaluation des patients;
- le traitement, en collaboration avec les autres professionnels de la 1^{re} ligne¹⁹;
- l'orientation, la référence et la liaison de la clientèle (par exemple vers la 2^e ligne);
- l'expertise-conseil aux autres professionnels et médecins du réseau;
- les activités de formation, de prévention et de promotion en santé mentale.

Dans une approche de soins basés sur la collaboration, les services offerts par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne s'insèrent avec ceux offerts par les services généraux psychosociaux et famille-enfance-jeunesse des CSSS et ceux spécialisés de la 2^e et de la 3^e ligne. En collaboration avec les professionnels de la 1^{re} ligne de leur territoire (médecins des GMF, des CR, des GMF et CR intégrés et des cabinets, intervenants psychosociaux des CSSS, etc.), les équipes de santé mentale visent à prendre en charge en 1^{re} ligne la majorité des personnes qui souffrent de trouble mental modéré ou sévère stabilisé.

En définitive, chaque CSSS aura à développer un guichet d'accès en santé mentale pour faciliter le cheminement d'une demande de service.

¹⁹ Il faut éviter que le suivi à moyen ou à long terme de plusieurs patients par les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne diminue l'accessibilité à cette équipe.

Le soutien à domicile

Les services de soutien à domicile (SAD) des CSSS recevront aussi des références des patients du GMF et CR intégrés²⁰. En effet, les clients du GMF et CR intégrés devront à l'occasion y être référés pour des services à court terme (un épisode de soins posthospitaliers) ou pour des services à plus long terme (pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ou autres). Lors de cette référence, le médecin du GMF et CR intégrés demeure le médecin traitant de son patient.

Enfin, le personnel du GMF et CR intégrés aura avantage à connaître également les différents services spécialisés en gériatrie et en réadaptation offerts sur le territoire de la clinique (ex.: l'hôpital de jour).

Autres clientèles

Finalement d'autres ententes pourraient être conclues entre le GMF et CR intégrés et le CSSS concernant différentes clientèles communes aux deux organisations en lien avec les programmes services du CSSS : Jeunes en difficulté, Dépendances, Perte d'autonomie liée au vieillissement, Santé physique, Déficience physique, DI/TED, Santé publique.

Formulaires et outils

Pour bien naviguer dans les interfaces entre les services et les établissements, l'Agence a développé un outil d'échange d'information bidirectionnel conçu pour les demandes de services inter et intraétablissements, la demande de services interétablissements (DSIE). Cet outil, utilisé lors de références, est en déploiement à Montréal et est employé par plus de 110 établissements de la région. Utilisant l'infrastructure existante du réseau de télécommunications sociosanitaires, la DSIE est une application de Lotus Notes qui s'intègre avec l'index-patient et l'I-CLSC.

Le document principal de la DSIE contient la provenance de la demande, l'identification de l'utilisateur, la nature de la demande, l'identification du médecin, les informations cliniques nécessaires et le consentement du patient à la transmission de ces informations. Quelques formulaires peuvent y être jumelés (suivi MPOC, sommaire de l'autonomie de l'utilisateur, etc.) et il est possible pour l'intervenant destinataire de transmettre un suivi d'intervention à l'établissement d'origine.

Élaborer son répertoire des services en CSSS

Certains CSSS ont développé un cartable incluant différentes informations sur les services du CSSS qui pourrait être fourni au GMF et CR intégrés, à la CR, aux GMF et aux autres points de services du territoire. Il contient :

- le nom du service et son mandat;
- la clientèle visée;
- les heures de services et leurs coordonnées;
- les particularités et consignes (ex. : le CLSC ne fournit pas les onguents médicamenteux).

Répertoire des ressources

Le *Répertoire des ressources* que contient le logiciel Lotus Notes est un outil provincial de réseautique qui existe depuis 1997. Il s'agit d'un répertoire provincial des ressources de la communauté mis à jour de façon continue.

En plus de servir aux intervenants des lignes Info-Santé, il peut être utile à l'ensemble des gestionnaires, professionnels et intervenants du réseau pour informer et orienter les usagers vers les ressources existantes en matière de services sociaux et de santé. Le personnel du GMF et CR intégrés devra avoir accès à cette banque de données.

²⁰ Les services de soutien à domicile sont offerts aux patients du GMF et CR intégrés par le CSSS du territoire où ceux-ci résident

Ce répertoire comprend :

- L'identification des différentes ressources;
- Les services offerts et leurs clientèles cibles;
- Les coordonnées de l'organisation et ses heures d'ouverture.

Priorisation et liste d'attente

Les mécanismes pour mettre en ordre de priorité l'accès aux différents programmes services des CSSS devront être déterminés par l'équipe desdits programmes et fournis au personnel du GMF et CR intégrés. Cet enjeu devrait être convenu entre les GMF et CR intégrés et leur CSSS et faire partie de leur entente.

Table locale du DRMG

Les tables locales du DRMG ont le mandat de développer des liens fonctionnels entre les services médicaux de 1^{re} ligne et les professionnels du réseau de la santé (ex. : en ce qui a trait aux plateaux techniques et aux services médicaux spécialisés).

De plus, les tables locales ont pour objectif de favoriser le fonctionnement en réseau local, soutenu par des outils de communication tels que l'informatisation. En résumé, ces instances médicales sont des lieux idéaux pour discuter de l'arrimage entre la 1^{re} ligne médicale et les autres services de santé du territoire.

8. Les modalités de collaboration avec le centre d'éducation pour la santé (CES)

Pour maximiser la prévention et la promotion de la santé de la population par de l'information sur les bonnes habitudes de vie, l'Agence et la DSP, en collaboration avec les CSSS montréalais, ont décidé de mettre sur pied dans chaque territoire local un lieu où sont regroupées plusieurs activités de promotion et de prévention. Il s'agit des centres d'éducation pour la santé.

Objectifs

Les CES ont quatre objectifs principaux :

- offrir des activités éducatives individuelles ou de groupe à la clientèle référée par les professionnels de la 1^{re} ligne et à la population du territoire qui souhaitent obtenir du soutien pour modifier leurs habitudes de vie;
- faire connaître les ressources locales ou à l'extérieur du territoire pouvant soutenir la clientèle dans ses démarches de changement de comportements;
- référer, au besoin, la clientèle vers les autres services du CSSS ou du communautaire du territoire local (ex. : le centre d'enseignement sur le diabète, le club de marche, etc.);
- collaborer à promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie auprès du personnel du CSSS.

Clientèle

La clientèle sera d'abord référée par les professionnels de la 1^{re} ligne. Ainsi, les médecins, les infirmiers et les autres intervenants des CR, des GMF, des cliniques privées et des CLSC identifient les clients susceptibles de bénéficier des services d'éducation à la santé des CES.

Personnel

Les intervenants des CES seront minimalement :

- un éducateur pour la santé, responsable de réaliser des activités éducatives sur l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme;

- un intervenant du Centre d'abandon du tabac (CAT), responsable de l'intervention intensive en cessation tabagique;
- l'infirmier conseil en prévention clinique du CSSS.

Dans la poursuite des travaux sur le déploiement des pratiques cliniques préventives à Montréal, l'infirmier conseil en prévention clinique du CSSS participera au développement et au fonctionnement des CES. Par ailleurs, elle aura comme rôle de faciliter l'intégration des pratiques cliniques préventives sur les saines habitudes de vie au sein des milieux cliniques de 1^{re} ligne et d'assurer un lien entre ces milieux et les CES.

Services

Pour la première phase, les interventions des CES porteront sur trois aspects :

- la cessation tabagique;
- l'adoption d'une saine alimentation;
- la pratique régulière d'activités physiques.

Lors de la deuxième phase de déploiement, il est prévu d'élargir l'offre de service à d'autres pratiques cliniques préventives.

Enfin, les services du GMF et CR intégrés et ceux des CES devraient être complémentaires. L'infirmier conseil en prévention clinique a entre autres le rôle d'assurer l'harmonie des rapports entre le GMF et CR intégrés et le CES.

9. Le développement, l'implantation et le suivi des protocoles cliniques

Contexte

Certains patients, comme ceux aux prises avec une maladie chronique ou d'autres pathologies, présentent des besoins de santé et de services sociaux complexes. Leurs demandes de services nécessitent l'intervention de divers intervenants (médecin, infirmier, pharmacien, nutritionniste, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, etc.) qui travaillent à l'occasion dans plusieurs établissements de santé. L'intégration des services pour ces clientèles s'avère le moyen privilégié pour améliorer la continuité des services, la satisfaction des patients et l'efficacité du système de santé.

Parallèlement, la Loi 90 a modifié la législation relative à cette collaboration professionnelle. En effet, cette politique fait en sorte que l'expression «délégation d'actes» n'est plus en vigueur et que le terme « activités partageables » est maintenant employé. Ainsi, l'exercice de ces activités est désormais conditionnel à la présence d'une formation adéquate du professionnel et à la délivrance d'une ordonnance médicale.

Actuellement, plusieurs GMF au Québec ont développé, pour quelques clientèles, des protocoles cliniques faisant appel à une approche multidisciplinaire. Ces outils, compatibles avec la pratique en GMF et CR intégrés, dessinent une nouvelle collaboration des médecins avec les autres professionnels.

L'Agence, en collaboration avec les CSSS, développera des protocoles cliniques basés sur les meilleures pratiques pour des clientèles ciblées qui seront prises en charge dans le réseau de santé montréalais, et dans les GMF et CR intégrés en particulier. Ainsi, l'Agence s'est associée au Groupe de recherche en gestion thérapeutique pour créer le Consortium montréalais en gestion des maladies chroniques afin de soutenir les CSSS dans cette dimension particulière de leur projet clinique.

Les travaux de ce groupe se baseront sur les six caractéristiques du Chronic Care Model développé par Dr Ed Wagner, directeur de l'Improving Chronic Illness Care²¹ :

- le soutien des patients pour les aider à prendre en charge leur traitement et leur santé;
- une pratique interdisciplinaire au sein des équipes de soins;
- la concertation et la cohérence entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne;
- des outils d'aide à la prise de décision (guides de pratique, accès à des consultants);
- un système d'information qui allie les fonctions de registre et de suivi clinique;
- la participation des ressources communautaires pour répondre aux besoins des patients.

Enfin, il faut mentionner que plusieurs équipes de soins multidisciplinaires spécialisés (ex. : le diabète, l'insuffisance cardiaque, les MPOC, etc.) sont déjà en fonction dans le réseau de santé montréalais. L'équipe du GMF et CR intégrés aura avantage à collaborer avec ces ressources.

Finalement, les ententes entre les GMF et CR intégrés et le CSSS devront favoriser la collaboration dans le développement, l'implantation et le suivi des protocoles cliniques. En effet, les CSSS, leur Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et leur direction des soins infirmiers devront soutenir les GMF et CR intégrés dans ce domaine.

Les protocoles cliniques

Ces protocoles, qui font appel au suivi systématique de la clientèle et qui impliquent l'utilisation d'ordonnances collectives, auront pour but de faciliter le cheminement du patient dans le réseau et de fournir aux professionnels (médecin de famille, infirmier clinicien et autres professionnels) des recommandations pour la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de certains problèmes de santé. Les interventions recommandées proviendront de résultats cliniques probants et devront être régulièrement mises à jour par des équipes d'experts.

Ces outils et les actions subséquentes seront modulés par le jugement clinique des professionnels, les préférences de l'utilisateur et ses proches et les ressources disponibles. Les membres de la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) recommandent ainsi que chaque professionnel, en appui à son expertise clinique, tienne compte dans sa pratique des données probantes, du contexte de la demande, des caractéristiques particulières du client et de ses valeurs.

Les protocoles se penchent sur des problématiques :

- qui sont généralement fréquentes et complexes;
- qui impliquent plusieurs types de professionnels qui devront travailler en équipe multidisciplinaire;
- qui concernent différents acteurs et organisations de 1^{re} et de 2^e lignes;
- qui sont des causes importantes de visites à l'urgence, d'hospitalisations ou d'hébergement;
- jugées prioritaires par les professionnels et gestionnaires du terrain.

Ces protocoles devront préciser, notamment :

- le but et les objectifs visés;
- les indications ou les critères d'identification de la clientèle visée par le protocole;
- les contre-indications à l'application du protocole;
- les activités constituant une prise en charge globale du client, incluant les interventions visant l'éducation;
- les différents partenaires mis à contribution;

²¹ Improving Chronic Illness Care, est un programme national de la The Robert Wood Johnson Foundation, une fondation dédiée à l'idée que le système de soins des États-Unis peut faire mieux, particulièrement concernant la prise en charge des conditions chroniques telle le diabète ou la dépression par exemple.

- le partage des activités;
- les mécanismes de coordination et de communication, incluant les modalités de référence, de transfert et de suivi;
- la ou les ordonnances collectives;
- une liste de documents à consulter et une bibliographie;
- les indicateurs de résultats et les modalités d'évaluation.

Les ordonnances collectives

Les protocoles cliniques sont assujettis au *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* établi par le Collège des médecins du Québec qui définit le protocole comme étant « la description des procédures, méthodes, limites ou normes applicables pour une condition particulière dans un établissement » (art. 2). Selon ces règlements, un protocole est toujours assujéti à une ordonnance, individuelle ou collective, qui en est l'élément déclencheur.

Permettant une meilleure organisation du travail en équipe, l'ordonnance collective est une prescription faite par un ou plusieurs médecins qui permet à une personne ou à un groupe de personnes habilitées (ex.: les infirmiers) d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin.

Concrètement, le patient visé par cette ordonnance n'aura pas à être vu à chaque fois par le médecin. Il s'agit d'un outil indispensable aux rôles des infirmiers cliniciens des modèles GMF et GMF et CR intégrés.

Dans les situations cliniques précisées, l'ordonnance collective a pour objet :

- d'entreprendre des mesures diagnostiques ou thérapeutiques;
- d'effectuer des examens ou des tests;
- d'effectuer ou d'ajuster des traitements;
- de commencer un traitement médicamenteux ou de l'ajuster.

L'ordonnance collective, dont le contenu obligatoire se retrouve à l'annexe 4, indique également les circonstances dans lesquelles les médicaments, les traitements ou les examens peuvent être prescrits de même que les contre-indications possibles. Pour guider les médecins et infirmiers, un groupe de travail²² OIIQ/FMOQ a recommandé le respect de certains principes dans le processus d'élaboration de l'ordonnance collective. Ces principes se résument comme suit :

- un médecin répondant devrait être indiqué pour chaque ordonnance collective;
- une formation devrait être prévue pour les infirmiers, au besoin;
- la fréquence de l'intervention devrait permettre le maintien des compétences des personnes appelées à exécuter l'ordonnance collective;
- l'ordonnance collective devrait être conforme aux données scientifiques et, à cette fin, une révision périodique de son contenu devrait être prévue pour en assurer la qualité.

Par ailleurs, même si l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux le recommande, l'ordonnance collective d'un GMF ou d'un GMF et CR intégrés qui se situe en dehors d'un établissement n'a pas à être soumise au CMDP du CSSS du territoire. Son contenu scientifique est sous la responsabilité du médecin désigné qui est responsable de son élaboration. De plus, le groupe de travail OIIQ/FMOQ recommande que l'ordonnance collective soit validée par la directrice des soins infirmiers de qui relèvent les infirmiers visés pour s'assurer de la compétence de ces derniers.

²² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de 1^{er} ligne et les activités partageables*, octobre 2005.

10. Les ressources informationnelles

Dans le contexte de l'implantation du modèle montréalais de prise en charge et relativement à la création du GMF et CR intégrés, une évaluation des besoins en terme informatique a été effectuée par le Technocentre régional (TCR) de l'Agence afin de faire de ces cliniques multidisciplinaires des organisations intégrées et sans papier. Les composantes informatiques implantées permettront l'évaluation et le pilotage des processus du système de santé, tout en favorisant les échanges dans l'esprit d'interdisciplinarité qui caractérise le domaine de l'informatique clinique.

Évoluant de fonctions essentiellement descriptives à des fonctions interactives, les systèmes informatiques cliniques mettent à la disposition des médecins et des autres professionnels des outils pouvant les assister: aide à la prescription, recommandations relatives aux guides de pratiques cliniques (guidelines), documentation et planification des soins et services, système d'alertes et de rappels, notification automatisée de résultats de laboratoires, et autres.

La Commission infirmière régionale de Montréal (CIR) nous recommande de s'assurer de mettre à la disposition des infirmiers des GMF et CR intégrés, les outils informatisés suivants :

- Les protocoles Info-Santé (incluant les mises à jour systématiques et le Bottin des ressources) ;
- Les méthodes de soins infirmiers de l'AQESSS (incluant les mises à jour) ;
- Le protocole d'immunisation du Québec ;
- Les outils du Plan thérapeutique infirmier.

L'évaluation réalisée par le TCR a permis d'identifier plusieurs logiciels qui devront être implantés dans chaque GMF et CR intégrés afin de faciliter la prise en charge des patients par les intervenants. Ces plates-formes informatiques permettront d'accéder à un index patient, aux résultats des tests et examens incluant les images radiologiques, à l'historique des visites du patient et aux actes médicaux et cliniques effectués, aux médicaments et à toute une autre gamme de renseignements qui faciliteront les prises de décision clinique et diminueront les risques d'erreur.

Au-delà de la mise en œuvre des applications spécialisées, il faut garantir aux usagers que les données confidentielles les concernant seront rendues accessibles à d'autres intervenants seulement lorsqu'ils auront signifié leur consentement à cet effet. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place à l'intérieur du dossier patient un environnement et des mécanismes simples de gestion du consentement.

L'architecture générale du système repose sur une approche par service et tous les outils comportant un index patient devront s'y intégrer éventuellement via la Couche d'Accès d'Information en Santé (C.A.I.S.) et sous format HL7. Les systèmes identifiés pour un GMF et CR intégrés sont : un index patient, un système de rendez-vous, un système de facturation, un dossier patient informatisé, un module de requêtes/résultats de laboratoires et d'imagerie médicale, un prescripteur/aviséur et un profil pharmacologique. L'équipement prévu devra permettre également la numérisation des données et des dossiers. De plus, un lien pour la connexion Internet est requis afin d'avoir accès aux services de courriel et aux abonnements électroniques des revues spécialisés. Les besoins en termes d'utilisation et de connexion des produits tels que RSIPA, DSIE et I-CLSC avec les systèmes identifiés, restent à déterminer.

Index Patient Maître

Un index patient maître pour l'inscription des clients du GMF et CR intégrés est installé sur les différents postes et permet l'interfaçage avec des systèmes d'inscription ou d'admission ADT. Cet index devra supporter, dès l'inscription d'un usager du territoire dans le GMF et CR intégrés, son inscription dans les systèmes du CSSS.

Idéalement, le système devrait avoir la possibilité de définir et saisir des champs d'informations supplémentaires, (ex. : le consentement).

Rendez-vous

Un module rendez-vous est un outil pour la prise, le suivi et la gestion des rendez-vous des patients. Ce module intégré aux autres modules de la clinique permet d'afficher les horaires quotidiens, hebdomadaires ou mensuels des médecins et des autres professionnels et de faire des recherches suivant plusieurs critères.

Facturation

Un module de facturation qui permet l'automatisation de la facturation des médecins à la RAMQ sera disponible. Les données de base pour la facturation parviennent du module de dossier patient informatisé et permettent la correction des données avant la transmission à la RAMQ.

Dossier Patient Informatisé

Le dossier patient informatisé est un outil essentiel pour mémoriser l'histoire clinique du patient. Il permet d'accéder aux données des différents épisodes de soins à la clinique afin d'améliorer les décisions et la prise en charge par les professionnels. Il permet également à l'administration d'optimiser l'usage des ressources et la qualité des services. Enfin, il peut servir à diminuer et prévenir les incidents, et à long terme améliorer la compréhension des problèmes liés aux pathologies humaines.

Le dossier patient informatisé devient un outil de plus en plus proactif dans la tâche quotidienne des professionnels de la santé. Il s'intègre harmonieusement dans les processus pour les optimiser, les simplifier et permettre la mise en place d'un espace cognitif de collaboration entre les utilisateurs et entre les utilisateurs et la machine, potentialisant ainsi leurs qualités respectives.

Le dossier du patient doit inclure toute l'information dont les professionnels ont besoin pour travailler : rendez-vous, patients en attente, résultats des investigations, espace d'accès pour inscrire les notes cliniques des différents professionnels, le tout sous un format confidentiel et accessible seulement par les utilisateurs autorisés.

Le système doit également prévoir la possibilité d'extraire des informations pour alimenter un entrepôt de données cliniques codifiées qui sert à la production d'analyses et à l'émission de certains rappels, comme par exemple la vaccination ou un examen de contrôle.

Le dossier patient informatisé sert aussi la mise en œuvre, l'utilisation et le suivi des protocoles cliniques qui seront définis pour le GMF et CR intégrés tels qu'indiqués au chapitre 9 de ce document. Dans ce cadre, les protocoles cliniques électroniques permettront d'appliquer les connaissances théoriques à la réalité quotidienne des équipes de travail, tout en permettant d'effectuer un suivi clinique serré auprès des patients. De plus, l'option devra assurer la production des données nécessaires pour documenter des indicateurs de résultats relatifs à l'application des protocoles.

Module de Requêtes/Résultats

Ce module permet de gérer les requêtes et les résultats des analyses de laboratoire et d'imagerie médicale. Via une boîte de réception indiquant les résultats non vus, il permet l'affichage des résultats des tests et examens qui seront ensuite classés dans le dossier informatisé du patient.

Ce module rend possible la consultation des examens d'imagerie médicale disponibles sous format numérique en faisant la liaison avec les dépôts de données spécialisés existants. Le but est de construire un dossier unifié abritant des images ou vidéos ayant une pertinence pour le suivi diagnostique des patients. La visualisation des résultats de laboratoire ainsi que les images provenant du système Picture Archiving and Communication System (PACS) doit être supportée et permettre

la transmission des requêtes aux différents systèmes. Il doit également posséder des fonctions d'archivage et de communication.

Prescripteur

Ce module permet la simplification du processus de gestion des prescriptions électroniques et facilite la communication avec les différents intervenants. Il contient un aviseur pharmacologique, un profil pharmacologique du patient et des outils d'aide dans la prise de décision. Ce module facilite aux médecins de prendre les meilleures solutions et de mieux gérer les risques tels que les interactions médicamenteuses et les allergies. Il devra être connecté aux bases de données de la RAMQ et au système de pharmacie d'un hôpital au besoin.

Numérisation de données

Les dossiers patients (papier) sont souvent énormes et les cliniques se voient obligées d'agrandir constamment les salles d'archives pour répondre aux besoins. Avec la numérisation des dossiers, les organisations visent le gain d'espace mais aussi des améliorations dans l'accès et la gestion de ceux-ci. Les systèmes doivent permettre l'accès à la numérisation, la visualisation et la classification des documents Word, Excel, JPEG, PDF et d'autres formats pour les inclure dans le dossier du patient.

Gestion

Toutes ces fonctions doivent répondre aux exigences des lois en ce qui concerne la confidentialité et la sécurité des données. Les systèmes doivent être pourvus de sécurité permettant la gestion des droits d'accès en fonction du profil d'utilisation et en limitant l'accès par poste de travail et par profil d'accès. Un journal d'accès doit également être disponible et indiquer l'utilisateur et l'information qui a été accédée.

La codification des diagnostics doit être saisie suivant les normes établies par la RAMQ incluant CIM-9, CIM-9 CM, CIM-10, CIM-10 CA et DSM 4.

Le standard HL7 doit être utilisé dans les communications avec les autres logiciels afin de minimiser les adaptations aux différentes interfaces des autres systèmes tels que les systèmes de laboratoire, d'imagerie médicale, de pharmacie, et d'admission provenant d'autres systèmes ou provenant d'autres fournisseurs.

11. Modalités d'organisation et de budgétisation

La clinique qui demande le statut de GMF et CR intégrés devra répondre aux critères d'accréditation des modèles GMF, clinique-réseau et à ceux du modèle GMF et CR intégrés.

Les balises établies par le DRMG concernant les activités médicales particulières (AMP) et la fonction de médecin responsable en GMF et en clinique-réseau s'appliqueront aux GMF et CR intégrés mutatis mutandis.

Le financement accordé aux cliniques médicales candidates au statut GMF et CR intégrés se fera selon les règles suivantes :

Seuil de départ

La clinique devra d'abord satisfaire les conditions suivantes :

- 10 ETP médecins;
- 1 500 inscriptions pondérées par ETP médecin;

- Les activités des médecins répondent aux critères suivants :
 - 70 % des médecins doivent effectuer leurs activités majoritairement dans le GMF et CR intégrés :
 - 70 % des activités²³ de chacun des médecins sont dédiées à la clientèle inscrite;
 - 70 % des activités²⁴ de l'ensemble des médecins, sur une base semestrielle, sont dédiées à la clientèle inscrite;
 - 70 % des patients vus pendant le semestre le sont en mode rendez-vous.

Cible d'arrivée

À terme, le GMF et CR intégrés devra satisfaire les conditions ciblées suivantes :

- 10 à 15 ETP médecins;
- 2 000 inscriptions pondérées par ETP médecin;
- Les activités des médecins répondent aux critères suivants :
 - 70 % des médecins doivent effectuer leurs activités majoritairement dans le GMF et CR intégrés;
 - 70 % des activités de chacun des médecins sont dédiées à la clientèle inscrite;
 - 70 % des activités de l'ensemble des médecins, sur une base semestrielle, sont dédiées à la clientèle inscrite;
 - 70 % des patients vus pendant le semestre le sont en mode rendez-vous.

Entre-temps, la clinique devra répondre en 3 ans après son accréditation à 80 % des conditions de la cible d'arrivée (1 600 inscriptions par ETP médecin et 56 % des activités médicales) et répondre en 5 ans à 100 % des conditions de la cible d'arrivée (2 000 inscriptions par ETP médecin et 70 % des activités médicales).

Budget progressif

Pour favoriser le développement d'une méthode simple de financement, deux stratégies ont été employées. D'abord, basé sur une estimation détaillée des différentes rubriques budgétaires nécessaires au fonctionnement d'une telle clinique, il a été déterminé un pourcentage relatif à tous les frais récurrents. Ce pourcentage s'appliquera au budget des salaires des professionnels embauchés incluant les primes de coordination. Enfin, un modèle progressif de financement a été élaboré, selon le nombre d'inscriptions anticipées, et basé sur l'échelle des GMF du MSSS.

Par exemple, une clinique avec 15 000 inscriptions sera financée pour accueillir 10 ETP professionnels, incluant ceux relatifs aux ententes GMF et CR. En plus des salaires des nouveaux professionnels embauchés, le financement récurrent prévu (**32,7 %** du salaire des nouveaux professionnels avec primes) couvre les frais de loyer et d'aménagement locatif, du personnel administratif et de soutien, et les différents frais d'opération reliés aux activités de ces employés.

²³ Ces activités sont en mode rendez-vous et en mode sans rendez-vous.

²⁴ Ces activités sont en mode rendez-vous et en mode sans rendez-vous.

Échelle de financement du budget récurrent

Inscriptions pondérées	15 000	19 000	24 000	30 000
ETP professionnels	10	11,4	13	15
Financement GMF	237 691 \$	285 582 \$	348 740 \$	422 338 \$
Financement CR	130 000 \$	130 000 \$	130 000 \$	130 000 \$
Financement CSSS- Agence	529 541 \$	607 263 \$	687 662 \$	955 281 \$
Financement total	897 232 \$	1 022 845 \$	1 166 402 \$	1 507 619 \$

Les sources de financement prévues, en plus de celles des GMF et CR, sont le CSSS et l'Agence à raison de 50 % chacun. Pour déterminer plus précisément les budgets à octroyer, voir l'annexe 7.

Annuellement, les budgets pourraient être indexés selon les barèmes du MSSS.

Le financement de l'Agence comprend également l'informatisation de ces cliniques qui n'est pas inclus au tableau précédent. L'évaluation faite par le TCR inclut le matériel avec les logiciels, les interfaces nécessaires (laboratoire, imagerie médicale, ADT), la formation, et autres. Pour plus de détail, voir l'annexe 8.

Pour une clinique de 10 ETP médecins et 10 ETP professionnels avec le personnel administratif et de soutien requis, l'estimation du TCR est :

Coût du projet		Source de financement					
		GMF		CR		GMF et CR intégrés	
Coût	Récurrent	Coût	Récurrent	Coût	Récurrent	Coût	Récurrent
615 100 \$	152 420 \$	82 267 \$	21 013 \$	18 603 \$	18 603 \$	432 893 \$	101 969 \$

Contrat type

Un contrat-type servira de base aux négociations entre l'Agence, le CSSS et la clinique (voir annexe 9). Il explicitera les objectifs de l'entente, les responsabilités des parties (services, reddition de compte, etc.) et les autres dispositions.

Parmi celles-ci les CSSS auront à assurer :

- un accès structuré à tous les services de ses programmes services, à l'exception des services de soutien à domicile pour les patients ne résidant pas dans le territoire local;
- la définition de mécanismes de priorité d'accès (référence et prise en charge) à ses services et l'information du personnel du GMF et CR intégrés;
- un accès pour que le GMF et CR intégrés puisse entrer les données relatives aux activités des professionnels dans un registre I-CLSC;
- un support à la rédaction, à l'implantation et au suivi de protocoles cliniques et ordonnances collectives;
- conjointement avec l'Agence, la réalisation d'un suivi et d'une évaluation des résultats atteints;
- la collaboration pour assigner ou affecter au GMF et CR intégrés, si nécessaire, une partie ou la totalité des professionnels requis;
- un financement récurrent d'une partie des coûts reliés au fonctionnement du GMF et CR intégrés.

12. L'évaluation

L'évaluation, prévue dans les orientations pour le développement des GMF et CR intégrés comprend trois parties : l'évaluation de l'implantation de ces nouvelles organisations, le suivi de gestion et de déploiement, et l'évaluation du modèle montréalais de prise en charge des besoins de la population.

12.1. Évaluation de l'implantation

L'évaluation de l'implantation va permettre d'exercer un suivi de l'évolution des GMF et CR intégrés afin d'une part de s'assurer du bon déroulement de cette évolution, et d'autre part de procéder, si nécessaire, à des ajustements en cours de développement. Cette évaluation favorisera ainsi le développement harmonieux des GMF et CR intégrés, dans le respect des principes d'efficacité, d'efficience, d'adaptation et de qualité.

Cette évaluation pourrait être réalisée en collaboration avec les milieux universitaires.

12.2. Suivi de gestion et de déploiement

L'analyse de la gestion et du déploiement de ces nouvelles organisations demande un ensemble d'indicateurs pour évaluer l'atteinte des objectifs du modèle GMF et CR intégrés.

De ce groupe, une partie provient des données prévues à la reddition de compte en lien avec les contrats relatifs aux statuts clinique-réseau et GMF.

En plus, nous y avons ajouté un autre groupe d'indicateurs qui ont été élaborés pour évaluer spécifiquement le statut GMF et CR intégrés (voir annexe 5).

Le cadre d'évaluation réunira donc l'ensemble des indicateurs des contrats GMF, CR et GMF et CR intégrés, il sera organisé selon le modèle de performance en quatre quadrants (efficacité, adaptation, efficience et qualité) développé par l'Agence (voir annexe 1).

Efficacité :	Efficience :
<ul style="list-style-type: none">➤ Taux d'hospitalisations évitables²⁵ (GMF et CR intégrés);➤ Taux de vaccination influenza de la population de plus de 60 ans (GMF et CR intégrés);➤ Nombre de patients vulnérables orphelins <u>inscrits (pris en charge)</u> durant le mois par un médecin traitant (CR).	<ul style="list-style-type: none">➤ Nombre moyen d'ETP médecin dans la clinique-réseau (CR);➤ Nombre d'inscription par ETP médecin (GMF et CR intégrés);➤ Nombre d'ETP par type de professionnel (GMF et CR intégrés);➤ Nombre d'interventions par ETP professionnel (GMF et CR intégrés);➤ Nombre d'ETP de personnel administratif et de soutien (GMF et CR intégrés);➤ Nombre de références par mode <i>DSIE</i> électronique (GMF et CR intégrés).

²⁵ Les 14 conditions médicales dont l'hospitalisation est jugée évitable sont les suivantes (Tousignant et al., 2000): appendice rompu, pneumonie (5-49 ans), cellulite (18 ans et plus), diabète (18 ans et plus), insuffisance cardiaque (18 ans et plus), hypokaliémie (18 ans et plus), gangrène (18 ans et plus), hypertension maligne (18 ans et plus), maladies évitables par immunisation (18 ans et plus), ulcère perforé ou avec hémorragie (18 ans et plus), pyélonéphrite (18 ans et plus), phlébite sans embolie pulmonaire (18 ans et plus), hernie abdominale en occlusion (18 ans et plus), et asthme (5-49 ans).

Adaptation :	Qualité :
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Heures d'ouverture des services : médicaux en mode RV et en mode SRV, de radiologie de base et des agents de liaison (CR); ➤ Nombre (GMF et CR intégrés) et pourcentage de clients vulnérables inscrits (GMF); ➤ Suivi de clientèle spécifique (GMF) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de personnes suivies à domicile; ○ Nombre d'accouchements; ➤ Évaluation de la satisfaction. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de patients orientés par le personnel de liaison pendant le mois (CR); ➤ Accès en urgence au corridor de services avec le centre hospitalier (CR) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Laboratoire urgent; ○ Radiologie urgente; ○ Consultation en spécialité (en urgence et semi-urgence); ➤ Nombre de protocoles multidisciplinaires différents (GMF et CR intégrés) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Interne seulement; ○ Interétablissement; ➤ Utilisation de deux protocoles spécifiques (GMF et CR intégrés) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabète; ○ HTA; ➤ Nombre d'actes de discussion de cas²⁶/ETP médecin (GMF et CR intégrés).

Au fur et à mesure que s'implanteront des protocoles cliniques, dont notamment ceux sur les maladies chroniques (ex. : diabète), les indicateurs de qualité évolueront pour inclure des résultats observables chez les personnes prises en charge par les GMF et CR intégrés : par exemple : le pourcentage de patients diabétiques qui ont une Hb A1c inférieur à 7 %, le pourcentage de patients hypertendus qui ont une T.A. inférieur à 140/90.

Les systèmes informatiques implantés dans les GMF et CR intégrés devront avoir la capacité de fournir les données nécessaires au suivi de ce type d'indicateurs.

De plus, les cibles d'inscriptions et d'activités médicales devront être atteintes pour maintenir l'accréditation du GMF et CR intégrés.

12.3. Évaluation du modèle montréalais de prise en charge des besoins de la population

Par la suite, l'évaluation des résultats du GMF et CR intégrés portera sur l'étude des impacts à plus long terme qu'aura ce modèle de clinique médicale sur la prise en charge de la population. Cette partie plus stratégique de l'évaluation comportera, ultimement et en collaboration avec la DSP, des données sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la clientèle.

L'Agence et les 12 CSSS développent conjointement un important projet d'évaluation de la performance du réseau de la santé et des services sociaux. Ce projet prend la forme d'un tableau de bord permettant le suivi d'une sélection d'indicateurs stratégiques afin :

- d'appuyer le démarrage des transformations prioritaires;
- de décrire et suivre les changements désirés par le réseau;
- d'en évaluer les résultats.

L'évaluation de la prise en charge des besoins des Montréalais par les services de 1^{re} ligne, tant médicaux que multidisciplinaires, sera l'une des pièces maîtresses de ce projet.

Pour la construction de ces indicateurs stratégiques, l'Agence dispose d'une banque de données jumelées qui croisent les données des actes médicaux, des activités hospitalières, des interventions en CLSC, des admissions en CHSLD et du fichier des décès.

²⁶ Il s'agit d'un nouvel acte qui peut être facturé par les omnipraticiens depuis janvier 2007.

Dans le cadre d'un projet accepté par la Commission d'accès à l'information, ces données sont dénominalisées et encryptées tout en gardant un identifiant unique des usagers. Il devient ainsi possible de suivre l'évolution des parcours de soins dans les différents points de services du réseau sur plusieurs années. Ces parcours de soins pourront être analysés pour suivre l'évolution et les résultats des différentes formes de prises en charge (GMF, clientèles vulnérables inscrites, pratique solo, absence de prise en charge, etc.).

Dans le cadre de l'évaluation spécifique des résultats des GMF et CR intégrés, les ententes devront prévoir que les médecins autorisent l'accès à l'information identifiant le lieu de pratique dans les données rendues disponibles par la RAMQ. Les analyses seront réalisées uniquement par GMF et CR intégrés et non par médecin. Pour les informations clientèles liées aux interventions multidisciplinaires autres que médicales du GMF et CR intégrés, il faudra prévoir également l'autorisation d'accès aux données dénominalisées et encryptées afin de permettre leur intégration dans la banque de données jumelées.

Pour l'évaluation de la prise en charge des personnes inscrites au GMF et CR intégrés, il est prévu, dans un premier temps, de faire une analyse différenciée en utilisant la sélection d'indicateurs retenue pour l'évaluation du plan d'action pour les personnes âgées (voir annexe 6).

Au cours de l'année 2007, des sélections d'indicateurs ont été proposées pour évaluer le plan d'action montréalais pour les services posthospitaliers et pour le plan d'action en santé mentale.

CONCLUSION

Les orientations pour le développement des GMF et CR intégrés constituent le canevas de base d'une organisation novatrice pour les services médicaux et sociaux de 1^{re} ligne de Montréal. Elles sont basées sur la littérature internationale actuelle concernant les différents modèles d'équipes de soins de première ligne ou de soins de santé primaires²⁷.

Adapté à nos modes de pratique et aux paramètres spécifiques du Québec (ex. : services sociaux et de santé intégrés), ce document fera évoluer la collaboration entre les médecins omnipraticiens en cliniques privées et les autres ressources des organisations de santé et de services sociaux de la région, particulièrement avec les professionnels qui seront appelés à travailler de concert avec eux.

Si l'accessibilité aux services médicaux est en toile de fond, les objectifs du projet vont plus loin en préparant les services médicaux et généraux de 1^{re} ligne à accueillir une clientèle vieillissante avec des besoins particuliers (ex. : maladie chronique) et des incapacités qui demandent les compétences de plusieurs types de professionnels de la santé. Ainsi, dans un contexte de pénurie d'effectifs médicaux et autres, l'approche du GMF et CR intégrés mise sur l'intégration professionnelle et l'efficacité des ressources humaines du réseau.

En plus de son approche résolument axée sur la prévention et la modification des facteurs de risque, le modèle GMF et CR intégrés se soucie de l'autonomisation du patient et de la continuité des services.

Aussi, en misant sur l'intégration clinique des ressources pour certaines clientèles, avec l'utilisation de protocoles cliniques multidisciplinaires, il construit les assises d'une meilleure prise en charge des personnes qui en ont le plus besoin.

²⁷ Concernant le médecin de famille : «Les soins de première ligne qu'il offre correspondent aux soins médicaux primaires définis par l'OMS. Ils englobent les soins préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs. Ils se caractérisent par leur accessibilité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ils sont donc globaux et continus, et ils comprennent la prise en charge à long terme de la personne » (*Collège des médecins du Québec, 2000*).

Par ailleurs, le partenariat entre les médecins et le réseau entre dans une nouvelle ère ici, avec l'introduction d'un cadre d'évaluation incluant des indicateurs de qualité. En effet, en se basant sur certains modèles d'organisation de santé performants, le cadre d'évaluation du GMF et CR intégrés s'inspire des données cliniques probantes et sera de plus en plus axé sur des résultats de santé observables.

De par les avantages que ce partenariat procure (ex. : accès à une équipe multidisciplinaire, support informatique, etc.) il est prévisible que la convergence des objectifs et des pratiques amènera les cliniques-réseau à évoluer vers le statut de CR et GMF intégrés, et les GMF à évoluer vers le statut de GMF et CR intégrés. Déjà sollicitées avant même la fin des travaux actuels, plusieurs de ces cliniques profiteront de l'opportunité de faire de leur clinique un GMF et CR intégrés.

En conséquence, l'Agence vise maintenant à développer des stratégies adaptatives de déploiement des GMF et CR intégrés pour tenir compte des différents modèles possibles (privé, UMF, centres universitaires, autres) et respecter les particularités locales.

À long terme, un réseau d'une soixantaine de GMF et CR intégrés pourrait être la ligne de front de la prise en charge médicale et sociale de la population montréalaise.

BIBLIOGRAPHIE

Livres, rapports et articles

- Agence de santé de l'Abitibi-Témiscamingue. 2003. Réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches. Rouyn-Noranda : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Agence de santé et de services sociaux de Montréal et le DRMG de Montréal. 2006. *Cadre de référence pour l'implantation des cliniques-réseaux*. Montréal : Agence. 23 Mars.
- Armstrong, Pat et al. 2001. *La réforme des soins primaires*, Coalition canadienne de la santé. Ottawa : Coalition canadienne de la santé.
- Association canadienne de protection médicale. 2007. *Les soins concertés : perspective de la responsabilité médicale*, Septembre 2007.
- Baker, Richard et al. 2006. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Glasgow: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Baldwin, DeWitt C. Jr. 1994. *The Role of Interdisciplinary Education and Teamwork in Primary Care and Health Care Reform*. Washington, DC: Health Resources and Services Administration, Dept of Health and Human Services.
- Beaulieu, Christine, Jeannie Haggerty et al. 2003. *Avis sur la continuité des soins et services médicaux : La continuité, une base essentielle de la qualité*. Conseil Médical du Québec. Québec: Conseil médical du Québec.
- Beaulieu, Marie-Dominique et al. 2006. *L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle : Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec*. Montréal: Canadian Health Services Research Foundation, Fond de la recherche en santé du Québec, Direction de l'évaluation du ministère de la santé et des Services sociaux. Avril.
- Borges Da Silva G. 2005. La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans Health Administration aux États-Unis. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. Vol. 36, No.4 (Octobre-Décembre).
- Bourgeuil, Yvan et al. 2005. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. *Bulletin d'information en économie de la santé*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. No. 95 (Juin).
- British Medical Association and NHS Employers. 2006. *Revision to the GMS contract 2006/2007: Delivering Investment in General Practice*. Londre: NHS Confederation (Employers) Company Ltd.
- Canadian Institute for Health Information. 2006. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicators*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Rapport 1, Vols. 1, 2.
- Canadian Pharmacists Association. 2004. *Pharmacists and Primary Health Care*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association.
- Casebeer, Ann et al. 2004. Réinventer les soins de santé de première ligne : Les médecins ont un rôle essentiel à jouer. *Le Médecin de famille canadien*. Vol. 50 (Octobre 2004).
- Clair, Michel, Léonard Aucoin et al. 2000. Les solutions émergentes : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec.
- Collège des médecins du Québec, Gouvernement du Québec. 2002. *Code de déontologie des médecins*. Québec: Collège des médecins du Québec.
- Collège des médecins du Québec. 2005. *Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser*. Position. Montréal: Collège des médecins du Québec. 18 Février.
- Collège des médecins du Québec. 2005. *Les ordonnances faites par un médecin : Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*. Montréal: Collège des médecins du Québec (Mai).
- Collège des médecins du Québec. 2000. Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000 : Rapport et recommandations de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 suivis des engagements du Collège des médecins du Québec. Montréal: Collège des médecins du Québec.

- Collège des médecins de famille du Canada. 2006. *Lorsque le décompte commence: les temps d'attente dans les services de 1^{re} ligne*. Mississauga, Ontario: CFPC (Octobre).
- Comité d'experts. 2006. *Partageons nos compétences : Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines (Rapport Trudeau)*. Québec: Office des professions du Québec, Gouvernement du Québec. 28 Février.
- Corriveau, Chantal. 1985. La médecine et le droit : La responsabilité du médecin traitant. *Le Médecin du Québec* (Août).
- Coulter, Angela. 2005. The NHS Revolution: Health Care in the Market Place: What do Patients and the Public Want from Primary Care? *BMJ*. Vol. 331 (19 Novembre).
- Delnoij, Diana et al. 2000. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Services Research and Policy*. The Royal Society of Medicine Press. Vol. 5, No. 1, 22–26.
- Department of Health and Community Services. 2003. *Moving forward together : mobilizing primary health care, A framework for primary health care renewal in Newfoundland and Labrador*. St. John's: Minister of Health and Community Services. Septembre.
- Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer et Guy Grenier. 1996. *Histoire de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec 1946-1991*. Montréal: Éditions de l'ACMDP, 68–69.
- Direction de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal. 2006. *Déploiement d'un système de prévention clinique à Montréal*. Montréal: DSP. Mai.
- Direction des services généraux. 2004. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Québec : MSSS, Direction générale des services sociaux.
- Dubois, Carl-Ardy. 2003. Mise en œuvre d'une réorganisation des services de santé de première ligne : stratégie visant l'harmonisation du soutien des intervenants. Workshop discussions 23 November in Montréal by the Canadian Health Research Foundation.
- Dutil, Renald. 2004. Médecins et infirmières : Substitution et compétition ou complémentarité et partenariat. *Le Médecin du Québec*. Vol. 39, No 9 (Septembre).
- Émond, Jean-Guy et al. 2003 (révisé en 2005). *Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille (GSI) Devenir un GMF : Guide d'accompagnement*. Québec: MSSS (Octobre).
- Garcia, Juan Fernandez. 2006. *Les micro-systèmes cliniques : une nouvelle approche de la gestion*. Madrid: Antares Consulting.
- Goni S. 1999. An Analysis of the Effectiveness of Spanish Primary Care Teams. *Health Policy*. Vol. 48.107–117.
- Grumbach, K. and T. Bodenheimer. 2004. Can health care teams improve primary care practice? *American Medical Association*. Vol. 291, No. 10 (Mars).
- Haggerty, Jeannie, Raynald Pineault, Marie-Dominique Beaulieu et al. 2004. *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants*. Rapport Final. Montréal: CHUM, CHSRF (Mars).
- Ham, Chris. 2005. *Developing Integrated Care in the NHS: Adapting Lessons from Kaiser*. Birmingham: University of Birmingham.
- Hysong, Sylvia, Richard G. Best et Frank I. Moore. 2007. Are we under-utilizing the talents of primary care personnel ? A job analytic examination, *Implementation Science*. Vol 2, No. 10
- Juhnel, Amélie et Anctil, Hervé. 2004. *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien, Unité des politiques et des orientations stratégiques*. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec. Janvier.
- Lamarche, Paul A., Marie-Dominique Beaulieu, Raynald Pineault, André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis, et Jeannie Haggerty. 2003. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Montréal: CHSRF. November.
- Leduc, Murielle. 2001. *La mise en place de continuum de services dans la région de Montréal-Centre*. Montréal: Régie régionale de Montréal-Centre.
- Lewis, Cynthia et al. 2005. Development and implementation of an interdisciplinary plan of care. *Journal for Healthcare Quality*. Vol. 27, No.1 (January–February).
- Lloyd, James et al. 2005. *Integrated care: A guide for policymakers*. London: OMS.

- Marshall, Martin et al. 2004. *Selecting indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention, and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries*. Health Technical Paper. Paris: OECD.
- Millette, Bernard et al. 2001. *Avis sur la réorganisation des services médicaux de première ligne*. Conseil Médical du Québec. Québec: Gouvernement du Québec. Septembre.
- MSSS. 2004. *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec. Février.
- MSSS. 2004. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec. Octobre.
- MSSS. 2005. *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec. Décembre.
- MSSS. 2006. *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques : projet clinique, services généraux-activités cliniques et d'aide*. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec. Mai.
- Nolte, Judith et al. 2005. *Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care in Canada*. Ottawa: Health Canada's Primary Health Care Transition Fund. Avril.
- Office des professions du Québec, Gouvernement du Québec. 2006. *Code des professions*. Éditeur Officiel du Québec. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. 2005. *Guide to Interdisciplinary Team Roles and Responsibilities, Family Health Teams, Advancing Primary Health Care*. Toronto: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Juillet.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et la Fédération des omnipraticiens du Québec. 2005. *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Montréal: OIIQ/FMOQ. Octobre.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2003. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Montréal: Publications du Québec.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec. 2006. *Code de déontologie des diététistes*. Montréal: Éditeur Officiel du Québec.
- Pavlanis, Alain. 2005. Soins interdisciplinaires en collaboration. *Le médecin de famille canadien*. Vol. 51 (Mai).
- Pinault, Raynald, Pierre Tousignant et al. 2005. *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de 1re ligne au Québec : Rapport synthèse*. Montréal: Direction de santé publique et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Pringle, D. et al. 2006. Interdisciplinary collaboration and primary health care reform: Statement from the Ontario Chairs of Family Medicine and the Council of Ontario University programs in nursing. *Canadian Family Physician*. Vol. 46 (Avril).
- Régie régionale de la santé et de services sociaux de Montréal-Centre. 2003. *La santé en actions, plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006*. Montréal: Régie régionale de la santé et de services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie et la Direction de la santé Publique. 2001. *Réseau de services intégrés : ses principes, concepts, etc.* Sherbrooke: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Octobre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 2004. *Continuum de soins et de services : arthroplastie totale de la hanche et du genou : CHSGS-CLSC-CHR-médecins*. Montréal: RRSSSMC.
- Roland, Martin, Ruth McDonald, et Bonnie Sibbald. 2005. *Outpatient services and primary care: A scoping review of research into strategies for improving outpatient effectiveness and efficiency*. Manchester, UK: University of Manchester, NHS Service Delivery and Organisation from the National Primary Care Research and Development Centre and Centre for Public Policy and Management. Octobre.
- SECOR. 2000. La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés: positionnement des cabinets privés. *Le médecin du Québec*. Vol. 35, No. 3 (Mars).
- Stille, J. Christopher, Anthony Errant et al. 2005. Coordinating Care Across Disease, Settings, and Clinicians: A Key Role for the Generalist in Practice. *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians. Vol. 142, No. 8, 19 (Avril).

- Tousignant, Pierre et al. 2005. *Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise*. Montréal: Agence de santé et de services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique, Institut National de santé publique du Québec. Mars.
- Trépanier, Johanne. 2006. *Plan de mise en œuvre à Montréal : Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010, Phase 1, Service de la planification et du développement stratégique*. Montréal: Agence de santé de Montréal. Juin.
- Trottier, Louise-Hélène, André-Pierre Contandriopoulos et al. 2003. Les soins de santé primaire au Québec, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Juillet.
- Université de Montréal/McGill University and Régie régionale de Montréal-Centre Research Group. 2001. *Projet SIPA : Protocoles cliniques interdisciplinaires*. Montréal: RRSSMC.
- Université de Montréal/McGill University et Régie régionale de Montréal-Centre, Groupe de recherche. 2001. *Projet SIPA : protocoles cliniques interdisciplinaires*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Watson, Diane, Sabrina Wong et al. 2005. *Canadian Policy Context: Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care*. Ottawa: Health Canada's Primary Health Care Transition Fund. Février.

Ressources en ligne

- Association canadienne de Physiothérapie : <http://www.physiotherapy.ca>
- Ordre professionnels des inhalothérapeutes du Québec : <http://www.opiq.qc.ca/>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec <http://www.oeq.org/francais/ergotherapie.asp>, 2006
- Fédération des kinésiologues du Québec, <http://www.kinesiologue.com/public/default.htm>, 2006
- DRMG: Information sur les GMF et CR dans la région de Montréal, 2006, <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/drmg/drmg.html>
- University of North Carolina. *Interdisciplinary teamwork in health care: Topic overview*. 2006 www.med.unc.edu/epi/module_4/m4to.htm

Présentations et résumés de conférences

- Beaulieu, Marie-Dominique, Danielle D'Amour, Jean-Louis Denis. 2002. L'équipe de 1^{re} ligne : Une vision nouvelle, de nouvelles façons de faire. Colloque de la Chaire Sadouk Besour en médecine familiale. Conférence. 19 et 20 Septembre à Montréal, Canada.
- Clinique Physimed. 2006. Offre de service d'un projet pilote de clinique-réseau intégrée au sein du Groupe Santé Physimed (Proposal for an Integrated Network Clinic Pilot Project). Présenté par Physimed en collaboration avec le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent. Montréal: Physimed.
- Petzal, Robert. 2006. Health System Transformation. Presentation by Dr. R. Petzal, Director of the VA Midwest Health Care Network, of the Veterans Health Administration, à la Direction de la santé publique de l'Agence de Montréal et GRÉAS, 5 Octobre.
- Roblin D.W., S.H. Kaplan, S. Greenfield, M.H. Roberts, L.D. Jacobs, and D.G. Carlton. 2002. Collaborative clinical culture and primary care outcomes. In *Program and abstracts of the annual meeting of the Academy for Health Services Research and Quality*. 23–25 Juin, à Washington, DC.
- Susan B. Frampton. 2006. A model of integrated primary care for chronic physical and psychological health issues. 14th Internationale Conference on Health-Promoting Hospitals. Mai, à Palanga, Lituanie.

Conférences spéciales

- Kaiser Permanente. *Journée d'échange et de réflexion sur le thème : La prise en charge : quel modèle pour Montréal ?* Montréal, 28 Novembre 2005.
- Les présentations de la conférence inclus:
- Chicoine, Guy. *La prestation des soins de santé chez Kaiser Permanente*, Care Management Institut.

- Trudell, Beth. *Les patients comme partenaires : aide à l'autogestion des soins à Kaiser Permanente*, Kaiser Permanente International.
- Wallace, Paul. *Gestion des soins : Faciliter les bonnes actions : Un modèle de prise en charge de la population*. Care Management Institut, Kaiser Permanente.
- Wallace, Paul. *Gestion des soins : Évaluations et résultats*. Care Management Institut, Kaiser Permanente.

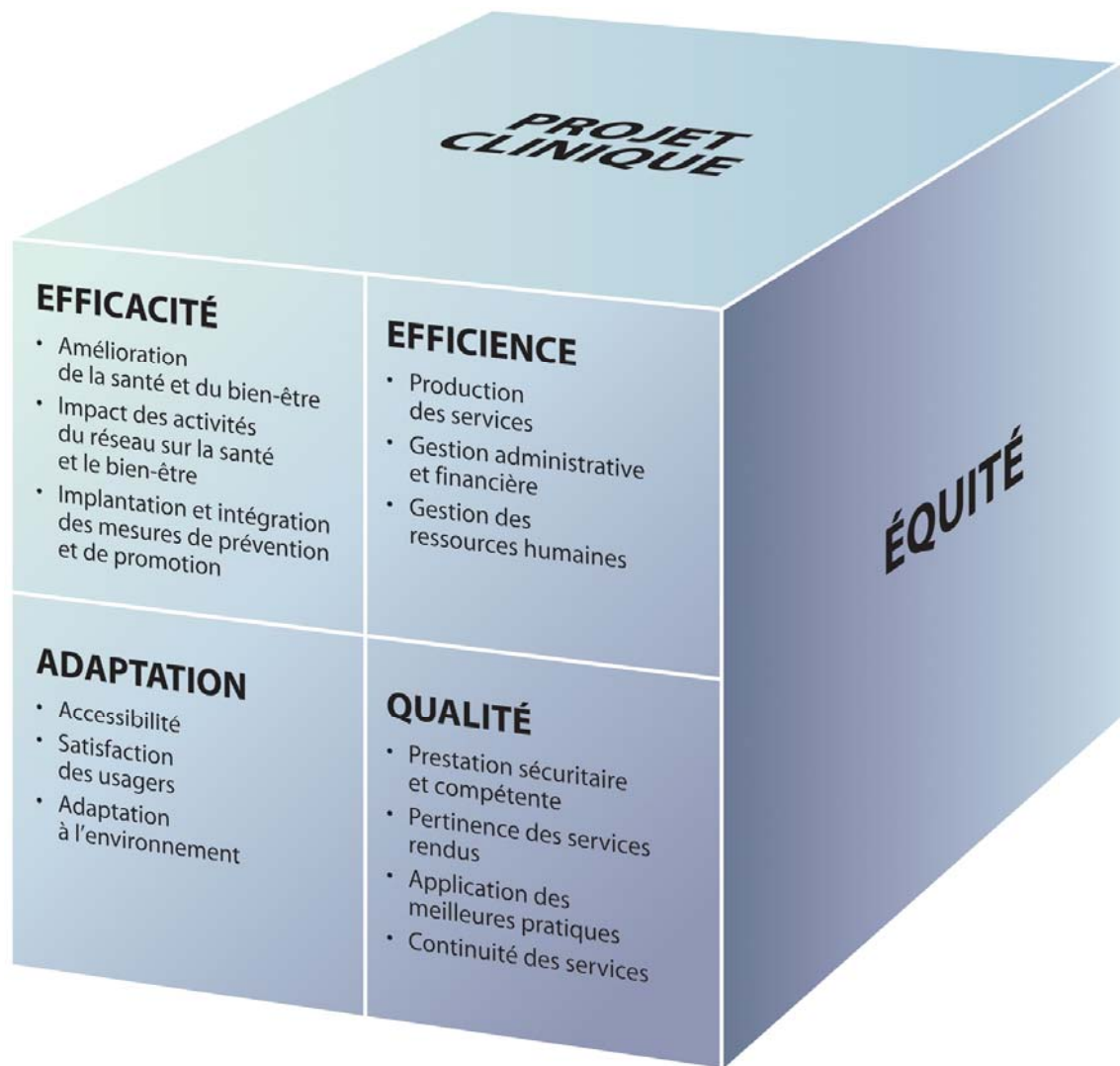
Les présentations Kaiser Permanente sont disponibles sur le site de l'Agence :
<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/colloque/28nov05.html>

2^e Colloque sur le Modèle montréalais de prise en charge de la population. 30 novembre–1^{er} décembre 2006 au Centre Mont-Royal, Montréal.

- Beaulies, Antoni. *Le rôle des infirmières dans les centres de services de 1^{re} ligne*.
- Benaque, Dr. Alba . *Contrat de services de santé de 1^{re} ligne : région sociosanitaire de Barcelone*.
- Casasa Plana, Dr. Albert. *L'exemple du service de première ligne Sardunya*.
- Davins, Dr. Josep. EAP La Mina. *Population, professionnels, organisation, résultats*.
- Plaza, Aina. *Évaluation—instrument d'amélioration des services de santé publique*.
- Varela, Dr. Jordi. *L'expérience du réseau de l'Hôpital del Mar et son système de soins de 1^{re} ligne*.
- Vicente, Dr. Roser and David Elvira. *Le modèle catalan de soins de 1^{re} ligne*.
- Vicente, Dr. Roser and David Elvira. *Les services de première ligne en Catalogne : leçons apprises dans une perspective internationale*.

Les présentations sont disponibles en format PDF sur le site de l'Agence en français et en espagnol:
<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/documentation/colloque.html>

ANNEXE 1 : MODÈLE DE PERFORMANCE DE L'AGENCE EN QUATRE QUADRANTS



ANNEXE 2 : UNE ANNÉE DANS LA VIE D'UN GMF ET CR INTÉGRÉS

Paramètres	GMF et CR intégrés	Tout MTL
0-14 ans ¹	5 690	355 235
15-64 ans ¹	19 783	1 235 120
65 ans et plus ¹	4 527	282 660
personnes diabétiques ²	1 920	119 873
personnes avec insuffisance cardiaque ³	300	18 730
personnes avec MPOC ⁴	1 410	88 032
personnes ayant une limitation d'activité à long terme ⁵	2 670	166 698
grossesses / an ⁶	552	34 463
décès ⁷	246	15 359
dépressions ⁸	1 470	91 778
interventions en services de santé courants ⁹	7 177	448 080
interventions en services psychosociaux et autres que SAD ⁹	856	53 445
Total des hospitalisations (04-05)¹⁰	2 678	167 202
chirurgie	606	37 841
médecine	1 239	77 353
nouveau-nés	333	20 795
obstétrique	369	23 007
psychiatrie	131	8 206
Chirurgies spécifiques (04-05)¹¹		
cataractes	414	25 843
PTH-PTG	57	3 546
pontages / valves	81	5 054
Population¹²	30 000	1 873 015

- 1 Données sur le CMIS, Agence de Montréal, statistiques interactives, projections 2004.
- 2 Prévalence du diabète à Montréal: 6,4 %, données de la Direction de la santé publique de Montréal (2006).
- 3 Prévalence de l'insuffisance cardiaque: la littérature de l'Europe et des États-Unis relate une prévalence entre 0,5 % et 2 %, nous retiendrons une approximation de 1 %.
- 4 Prévalence de la MPOC à Montréal: 4,7 % chez les 12 ans et plus selon la DSP de Montréal.
- 5 Prévalence de personnes ayant une limitation d'activité à long terme: 8,9 % selon l'INSPQ (1998).
- 6 Grossesses par année à Montréal: 34 352 grossesses. en 2002 pour une population de 1 860 748 ou 1,84 % selon la DSP de Montréal.
- 7 Décès par année à Montréal: 15 265 décès en 2003 pour 1 866 017 de population ou 0,82 % selon la DSP de Montréal.
- 8 Prévalence de la dépression: l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes de Statistique Canada rapporte une prévalence de 4,9 % au Québec (2002).
- 9 Données sur le CMIS, Agence de Montréal, statistiques interactives I-CLSC, projections 2004.
- 10 Données Med-Écho, CMIS, Agence de Montréal, 2004-2005.
- 11 Données des listes d'attente en chirurgie, Direction générale associée, Agence de Montréal, 2004-2005.
- 12 Données sur le CMIS, Agence de Montréal, statistiques interactives, projections 2004.

Remarque : Ces données sont calculées pour un ETP médecins équivalent à 15.

ANNEXE 3 : PLATEAU TECHNIQUE ET SERVICES DIAGNOSTIQUES

Examens radiologiques de base :

- La graphie (poumons, sinus, crâne, abdomen, extrémités, etc.)

Prélèvements urgents pour les examens laboratoires :

- FSC, glycémie, électrolytes, créatinine, monotest, bilan hépatique, TSH, acide urique, INR, B-HCG, troponine;
- strep-test;
- analyse d'urine;
- prélèvement pour culture.

ANNEXE 4 : ORDONNANCE COLLECTIVE

Que doit contenir une ordonnance collective ?

Au moment de rédiger les ordonnances collectives de sa clinique, le médecin devra s'assurer qu'elles contiennent l'information suivante pour qu'elles soient conformes au Règlement du Collège des médecins du Québec, soit :

- 1. Identification de la personne ou des personnes habilitées à exécuter l'ordonnance**
- 2. Identification des circonstances déclenchant l'exécution de l'ordonnance**
 - a. soit une situation clinique
 - b. soit la catégorie ou les catégories de clientèle
- 3. Identification de tous les médecins prescripteurs**
 - a. nom imprimé ou en caractères d'imprimerie
 - b. numéro de téléphone
 - c. numéro du permis d'exercice
 - d. signature de l'ordonnance par chacun des médecins prescripteurs
- 4. S'il s'agit d'un médicament**
 - a. la posologie, y compris la forme pharmaceutique
 - b. la concentration, s'il y a lieu, et la dose
 - c. la voie d'administration
 - d. la durée du traitement ou la quantité prescrite
 - e. le nombre de renouvellements autorisés ou la mention qu'aucun renouvellement n'est autorisé
 - f. la masse corporelle du patient, s'il y a lieu
 - g. l'intention thérapeutique, le cas échéant
 - h. le nom du médicament que le patient doit cesser de prendre
 - i. l'interdiction de procéder à une substitution de médicaments, s'il y a lieu
- 5. S'il s'agit d'un examen**
 - a. sa nature
 - b. les renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation
- 6. S'il s'agit d'un traitement**
 - a. sa nature
 - b. sa description, s'il y a lieu
 - c. sa durée, s'il y a lieu
 - d. toute contre-indication
 - e. tout autre renseignement exigé par l'état du patient
- 7. Identification de la période de validité de l'ordonnance collective lorsqu'elle est justifiée par l'état du patient**
- 8. Référence à un protocole, le cas échéant**

Il est à noter que lorsqu'elle est rédigée hors établissement, l'ordonnance ne peut faire référence qu'à un protocole applicable dans un établissement du territoire où le médecin exerce ses activités professionnelles.

ANNEXE 5 : INDICATEURS GMF ET CR INTÉGRÉS, CR ET GMF

A. Suivi spécifique au GMF et CR intégrés

Puisque l'Agence et les CSSS fourniront des ressources aux GMF et CR intégrés, ceux-ci feront une reddition de compte sur l'utilisation de ce financement, en concordance avec les orientations pour le développement des GMF et CR intégrés et le contrat signé par les parties. Ces données pourraient accompagner celles relatives au statut CR et devront être acheminées bi-annuellement au CSSS et à l'Agence (DRMG).

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'ETP par type de professionnel;
- Nombres d'interventions par ETP professionnel : interventions ventilées par :
 1. *acte principal* (ex. : actions éducatives et préventives d'enseignement en santé physique);
 2. *profil d'intervention* (ex. : santé physique postopératoire);
 3. *type de professionnel* (ex. : travailleur social);
 4. *centre d'activités* (ex. : services psychosociaux autre que SAD);
- Nombre d'ETP de personnel administratif et de soutien;
- Nombre d'actes *discussion de cas*²⁸ par les médecins de la clinique;
- Nombre de références utilisant la *Demande de services interétablissements* (DSIE) électronique;
- Taux d'hospitalisations évitables²⁹ ;
- Taux de vaccination *influenza* de la population de plus de 60 ans;
- Nombre de protocoles multidisciplinaires différents :
 - i. Interne seulement;
 - ii. Interétablissement;
- Utilisation de deux protocoles spécifiques :
 1. *Diabète*;
 2. *HTA*.
- % atteinte des cibles GMF et CR intégrés (nombre d'inscriptions et activités médicales)

B. Suivi actuel en GMF (bi annuellement)

Indicateurs de suivi :

- Médecins ETP
- Cible d'inscription (1 500/ETP médecin)
- Suivi médical de clientèles spécifiques
 - Nombre de personnes suivies à domicile
 - Nombre d'accouchements
- Cible d'inscription après pondération (SAD et obstétrique)
- Nombre d'inscriptions
- % de l'atteinte de la cible
- % de clientèle vulnérable

²⁸ Il s'agit d'un nouvel acte qui est facturé par les omnipraticiens depuis janvier 2007.

²⁹ Cet indicateur sera fourni à posteriori et annuellement.

Autres renseignements :

- Horaire actuel du GMF : jour? soir? en sans R-V?
- Couverture les fins de semaine et les jours fériés : assurée par les médecins du GMF? Ou partagée? Avec qui? Date d'entrée en vigueur?
- Garde médicale 24/7 (pour clientèle vulnérable inscrite au GMF) : assurée par les médecins du GMF? Ou partagée? Avec qui? Date d'entrée en vigueur? Participation à la garde régionale?
- Liens avec Info-Santé pour la garde 24/7 : clientèle enregistrée à Info-Santé? Nombre de personnes enregistrées à Info-Santé? Clientèle enregistrée ? du SAD du CLSC? ou du GMF en risque de décompensation?
- Travail d'équipe : y-a-t-il des rencontres d'équipes? À quelle fréquence? Les infirmiers y participent-ils?
- Accès fonctionnel aux services mis en place avec le CSSS ou autres : aux services généraux? Aux services d'investigation? Aux autres spécialités?

C. Suivi actuel en clinique-réseau (à chaque période financière)

Indicateurs de suivi:

- Heures d'ouverture des services de la CR³⁰
 - Services médicaux « avec rendez-vous »
 - Services médicaux « sans rendez-vous »³¹
 - Radiologie de base³²
 - Agent de liaison³³
- Services à la clientèle
 - Services médicaux « avec rendez-vous »
 - Nombre moyen d'heures d'activités cliniques/semaine³⁴
 - Nombre moyen de consultations/semaine³⁵
 - Nombre de consultations à l'heure
 - Services médicaux « sans rendez-vous »
 - Nombre moyen d'heures d'activités cliniques/semaine
 - Nombre moyen de consultations/semaine
 - Nombre de consultations à l'heure
 - Nombre moyen total d'heures d'activités cliniques/semaine
 - Pourcentage de consultations « avec rendez-vous »
 - Patients vulnérables orphelins³⁶ : nombre de patients vulnérables orphelins pris en charge durant le mois par un médecin traitant

³⁰ Inscire dans cette section les heures régulières d'ouverture durant le mois. Si les heures réelles effectuées diffèrent des heures régulières d'ouverture, le préciser dans la section « Commentaires ». Si le mois ne contient pas de jour férié, ne rien inscrire dans la section « Jours fériés ».

³¹ Inscire dans cette section les heures d'ouverture normales pour le « sans rendez-vous ». Sur cette plage horaire, l'heure de fermeture que vous inscrivez doit représenter l'heure où le dernier patient peut entrer dans la clinique.

³² La clinique-réseau doit offrir au moins 6 jours de service de radiologie de base par semaine, soit 6 heures par jour durant la semaine et 4 heures par jour les fins de semaine et les jours fériés.

³³ La clinique-réseau doit assurer la fonction liaison durant toutes les heures d'ouverture. Inscire dans cette section l'horaire de travail des agents de liaison de la clinique-réseau, et non les heures de l'ensemble des activités de liaison faites par le personnel de la clinique-réseau.

³⁴ Inscire dans cette section la moyenne des heures d'activités par semaine de tous les médecins de la clinique-réseau incluant les heures d'activités clinico-administratives (signature de résultats, appels aux patients, ...).

³⁵ Inscire dans cette section le nombre de consultations par semaine; ce nombre doit représenter une moyenne et non une évaluation précise pour chaque semaine.

- Service de liaison³⁷ : nombre de patients orientés par le personnel de liaison pendant le mois
- Examens de base en radiologie : nombre de patients vus³⁸ pendant le mois
- Ressources médicales :
 - Médecins de la clinique-réseau
 - Nombre d'omnipraticiens
 - Nombre d'omnipraticiens ETP³⁹ moyen
- Accès en urgence au corridor de services avec le centre hospitalier
 - Laboratoires⁴⁰ (en urgence) : nombre de patients pour lesquels un prélèvement urgent a été effectué à la clinique-réseau et acheminé à l'hôpital au cours du mois
 - Radiologie : nombre de patients référés en urgence en radiologie à l'hôpital pendant le mois
 - Consultations en spécialité⁴¹ (en urgence et semi-urgence)

³⁶ Inscrire dans cette section le nombre de patients vulnérables (selon les critères définis par l'entente entre le MSSS et la FMOQ) et orphelins (tout patient qui n'a pas ou plus de médecin de famille) qui ont été pris en charge par un médecin de la clinique-réseau ou de la communauté suite à une référence de la clinique-réseau, même s'ils n'ont pas encore été rencontrés par le médecin traitant qui a accepté la prise en charge de ce patient. Tous les patients référés par les services d'urgence des hôpitaux sont considérés en priorité, sans exclure les autres.

³⁷ Inscrire dans cette section le nombre de patients qui ont été orientés par le personnel de liaison dans le réseau des soins que ce soit en situation d'urgence (ex. : corridors de services) ou non.

³⁸ Inscrire dans cette section le nombre de patients pour lesquels le médecin de la clinique-réseau a prescrit une radiographie. Une personne qui est vu 2 fois dans le même mois doit être comptabilisée comme 2 patients. La clinique-réseau doit s'assurer de distinguer ces données de l'ensemble des activités de la clinique de radiologie lorsque celle-ci est intégrée à la clinique-réseau et de tenir compte des données lorsque les patients sont référés à une clinique de radiologie associée.

³⁹ 1 ETP « équivalent temps plein » = 35 heures par semaine. On doit comptabiliser ici les effectifs sur lesquels la clinique-réseau peut compter habituellement, indépendamment du nombre réel d'heures effectuées.

⁴⁰ Inscrire dans cette section le nombre de patients ayant reçu des services de prélèvements urgents sur place.

⁴¹ Cette section est réservée pour le corridor en lien avec l'hôpital. Inscrivez à la section « Service de liaison » les autres références en spécialité.

ANNEXE 6 : INDICATEURS PALV

<p>Efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ayant visité l'urgence ➤ Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus pour lesquelles une demande d'hébergement a été enregistrée au SRA 	<p>Efficience :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Taux d'institutionnalisation des 75 ans et plus par territoire de RLS (non applicable pour l'analyse de la prise en charge dans les GMF et CR intégrés) ➤ Dépenses dans la communauté (non applicable pour l'analyse de la prise en charge dans les GMF et CR intégrés)
<p>Adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Délai moyen en jours entre la date de congé de l'urgence des personnes âgées de 75 ans et plus et la première intervention CLSC PALV (profil 710) ➤ Correspond au nombre de jours d'attente pour l'obtention d'une place permanente d'hébergement en CHSLD depuis la date d'ouverture du dossier de demande d'hébergement au système régional d'admission (SRA), jusqu'à la date de la première admission en CHSLD 	<p>Qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proportion d'usagers qui sont retournés à l'urgence dans les 10 jours qui ont suivi la date de leur premier congé de l'urgence d'un centre hospitalier. ➤ Proportion d'usagers de 75 ans et plus qui ont reçu au moins une intervention du CLSC à l'intérieur d'une période de 28 jours suivant leur visite à l'urgence. ➤ Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ayant reçu au moins une intervention CLSC PALV (profil 710) par période pendant au moins trois périodes consécutives dans une année (soins continus) ➤ Nombre moyen d'interventions réalisées auprès des personnes âgées de 75 ans et plus qui ont reçu de la continuité de services PALV (profil 710) (une intervention par mois pendant au moins trois mois consécutifs). ➤ Proportion d'usagers de 75 ans et plus qui, trois mois avant leur visite à l'urgence, n'ont pas rencontré au moins un médecin omnipraticien en clinique médicale.

ANNEXE 7 : ÉLÉMENTS DE PRÉCISION SUR LE BUDGET

Équipe de professionnels :

- Le nombre de professionnel prévu est de un ETP professionnel pour un ETP médecin.
- La composition de cette équipe est basée sur l'exemple fourni dans les orientations pour le développement des GMF et CR intégrés, mais devra s'ajuster aux besoins de la clientèle du GMF et CR intégrés.
- Les salaires sont basés sur l'échelon au trois-quarts de l'échelle de salaire, par exemple : infirmiers cliniciens 14/18, infirmiers auxiliaires 8/10, physiothérapeute 14/18, etc.
- Par la suite, ces salaires horaires sont multipliés par 35 heures et par 52,18 semaines. Enfin, 30 % de part patronale et d'avantages sociaux sont ajoutés.
- Une prime de coordination sera attribuée par 5 ETP professionnels. Celle-ci sera de 10%⁴² et sera ajustée au type de professionnel.

Équipement de bureau :

- Le financement est de 2 000 \$ non récurrent par poste de travail supplémentaire.
- Ce financement couvre le mobilier pour le personnel non médical prévu par le statut GMF et CR intégrés. Il ne doit pas être affecté aux fournitures médicales, aux photocopies, à l'équipement médical ou à l'équipement informatique.

Les frais reliés aux remplacements pour la formation du personnel :

- Le financement des frais reliés aux remplacements pour formation est basé sur celui d'un GMF, soit 17 heures de formation par employé multiplié par 35 \$, plus 7 heures de formation par employé multiplié par 35 \$.
- Ce financement est relié à la formation informatique (Lotus Notes), à l'inscription de la clientèle et concerne les nouveaux employés (professionnels et administratifs) pour la fonction GMF et CR intégrés.

⁴² La prime est calculée sur le salaire brut avant les avantages sociaux et part patronale.

ANNEXE 8 : COÛTS ET SOURCES DE FINANCEMENT DE LA PLATE-FORME INFORMATIQUE

GMF et CR intégrés - 15 ETP	Coût du projet		Source de financement					
			GMF		CR		GMF-CR	
	Coût/Total	Récurrance	Coût Total	Récurrance	Coût Total	Récurrance	Coût Total	Récurrance
<i>Matériel</i>	140 500 \$	28 100 \$	56 000 \$	11 200 \$	- \$	- \$	84 430 \$	16 886 \$
<i>Logiciel</i>	208 600 \$	41 720 \$	36 900 \$	7 380 \$	23 850 \$	4 770 \$	147 746 \$	29 549 \$
<i>Formation</i>	25 000 \$	5 000 \$	6 500 \$	1 300 \$	2 500 \$	500 \$	17 000 \$	3 400 \$
<i>Interfaces Lab, RX, Adt (CSSS)</i>	105 000 \$	21 000 \$	-	-	17 500 \$	3 500 \$	17 500 \$	3 500 \$
<i>Services professionnels</i>	20 000 \$	4 000 \$	-	-	10 000 \$	2 000 \$	10 000 \$	2 000 \$
<i>Télécommunication</i>	500 \$	2 500 \$	-	-	250 \$	1 250 \$	250 \$	1 250 \$
<i>Support</i>	20 000 \$	20 000 \$	700 \$	700 \$	-	-	19 300 \$	19 300 \$
<i>Gestion de projet local</i>	25 000 \$	5 000 \$	-	-	12 500 \$	2 500 \$	12 500 \$	2 500 \$
<i>Gestion du changement</i>	50 000 \$	10 000 \$	-	-	-	-	50 000 \$	10 000 \$
<i>Support Technocentre</i>	13 750 \$	13 750 \$	5 000 \$	5 000 \$	-	-	50 000 \$	8 750 \$
<i>Gestion de projet Technocentre</i>	50 000 \$	10 000 \$	-	-	25 000 \$	5 000 \$	25 000 \$	5 000 \$
	658 350 \$	161 070 \$	105 100 \$	25 580 \$	91 600 \$	19 520 \$	433 726 \$	102 135 \$

GMF et CR intégrés - 10 ETP	Coût du projet		Source de financement					
			GMF		CR		GMF-CR	
	Coût/Total	Récurrance	Coût Total	Récurrance	Coût Total	Récurrance	Coût Total	Récurrance
<i>Matériel</i>	128 000 \$	25 600 \$	43 500 \$	8 700 \$	- \$	- \$	84 430 \$	16 886 \$
<i>Logiciel</i>	180 350 \$	36 070 \$	27 400 \$	5 480 \$	4 020 \$	4 020 \$	147 746 \$	29 549 \$
<i>Formation</i>	22 500 \$	4 500 \$	5 667 \$	1 133 \$	333 \$	333 \$	16 167 \$	3 233 \$
<i>Interfaces Lab, RX, Adt (CSSS)</i>	105 000 \$	21 000 \$	-	-	3 500 \$	3 500 \$	17 500 \$	3 500 \$
<i>Services professionnels</i>	20 000 \$	4 000 \$	-	-	2 000 \$	2 000 \$	10 000 \$	2 000 \$
<i>Télécommunication</i>	500 \$	2 500 \$	-	-	1 250 \$	1 250 \$	250 \$	1 250 \$
<i>Support</i>	20 000 \$	20 000 \$	700 \$	700 \$	-	-	19 300 \$	19 300 \$
<i>Gestion de projet local</i>	25 000 \$	5 000 \$	-	-	2 500 \$	2 500 \$	12 500 \$	2 500 \$
<i>Gestion du changement</i>	50 000 \$	10 000 \$	-	-	-	-	50 000 \$	10 000 \$
<i>Support Technocentre</i>	13 750 \$	13 750 \$	5 000 \$	5 000 \$	-	-	50 000 \$	8 750 \$
<i>Gestion de projet Technocentre</i>	50 000 \$	10 000 \$	-	-	5 000 \$	5 000 \$	25 000 \$	5 000 \$
	615 100 \$	152 420 \$	82 267 \$	21 013 \$	18 603 \$	18 603 \$	432 893 \$	101 968 \$

CONTRAT ENTRE

LA CLINIQUE MÉDICALE REPRÉSENTÉE PAR :

ET

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX REPRÉSENTÉ PAR :

ET

L'AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX REPRÉSENTÉE PAR :

1. DESCRIPTION DES PARTIES AU CONTRAT

La clinique médicale ou le centre NOM DU CENTRE, ci-après appelé(e) le GMF et CR intégrés, situé(e) au : _____

et situé(e) au : _____

Le Centre de santé et de services sociaux, ci-après appelé le CSSS NOM DU CSSS, ayant son siège social au : _____

L'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, ayant son siège social au :

3725, rue St-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3L9

2. OBJECTIFS GLOBAUX DU CONTRAT

L'objectif global du présent contrat est de mettre en place un GMF et CR intégrés regroupant des médecins omnipraticiens avec d'autres professionnels de la santé (infirmiers cliniciens, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, nutritionnistes, inhalothérapeutes, etc.), une équipe administrative et de soutien, et possiblement certains médecins spécialistes.

La clinique médicale candidate au statut GMF et CR intégrés possède le double statut de clinique-réseau et de Groupe de médecine de famille. Il s'agit d'un partenariat entre un regroupement de médecins généralistes, un CSSS et l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal (Agence).

Les objectifs spécifiques du présent contrat, en plus de ceux déjà présents dans les ententes clinique-réseau et GMF, sont :

- d'augmenter l'accessibilité à une prise en charge médicale de 1^{re} ligne;
- d'offrir des services médicaux et généraux globaux, multidisciplinaires, continus et de qualité;
- d'offrir un suivi en soins infirmiers et des consultations et un suivi à court terme en psychologie, en services sociaux, en nutrition, en physiothérapie et autres services professionnels;

- de maximiser l'utilisation des compétences professionnelles et augmenter l'efficacité de l'organisation du travail des services médicaux et généraux de 1^{re} ligne;
- de favoriser l'amélioration de la santé de la clientèle et la réduction des facteurs de risque possibles par le biais d'une approche préventive intégrée;
- de développer, avec l'éducation et le soutien, la capacité du patient à reconnaître et à agir sur les facteurs influençant son état de santé;
- de favoriser le fonctionnement en réseau intégré par le recours à des protocoles cliniques multidisciplinaires et possiblement interétablissements;
- d'offrir une accessibilité pour leur clientèle à des médecins spécialistes sur place ou via les corridors de services, avec le CSSS ou l'hôpital de première instance.

3. RESPONSABILITÉS DES PARTIES

Le CSSS assurera :

- un accès structuré à tous les services de ses programmes services, à l'exception des services de soutien à domicile pour les patients ne résidant pas dans le territoire local;
- de définir des mécanismes de priorité d'accès (référence et prise en charge) à ses services et d'en informer le personnel du GMF et CR intégrés;
- un accès pour que le GMF et CR intégrés puisse entrer les données relatives aux activités des professionnels dans un registre I-CLSC pour fournir une reddition de compte tel que définie à l'annexe C;
- un support à la rédaction, à l'implantation et au suivi de protocoles cliniques et ordonnances collectives multidisciplinaires et possiblement interétablissements;
- la collaboration pour assigner ou affecter au GMF et CR intégrés, si nécessaire, une partie ou la totalité des professionnels requis, y incluant les remplacements. Le choix des professionnels est effectué par un comité conjoint composé de représentants du CSSS et du GMF et CR intégrés, lequel comité convient des modalités du processus de sélection;
- conjointement avec l'Agence, d'effectuer un suivi et une évaluation des résultats atteints;
- un financement récurrent d'une partie des coûts reliés au fonctionnement du présent contrat tel qu'apparaissant en annexe A des présentes.

Le dernier engagement peut aussi prendre la forme d'une affectation ou d'une assignation de personnel au montant du financement de l'annexe A suite à une entente avec le GMF et CR intégrés. À ce moment, le CSSS peut demeurer l'employeur et l'agent payeur des professionnels, et ces derniers continuent d'être régis par les dispositions de leur convention collective. Les professionnels embauchés au GMF et CR intégrés travaillent toutefois sous l'autorité et la responsabilité fonctionnelle du GMF et CR intégrés et de son médecin responsable.

Le GMF et CR intégrés assurera :

- les services définis dans ses ententes relativement à ses statuts clinique-réseau et GMF;
- une inscription favorisant la clientèle vulnérable, et particulièrement celle du réseau local du GMF et CR intégrés;
- un suivi en soins infirmiers et des consultations en psychologie, en services sociaux, en nutrition, en physiothérapie et autres selon les professionnels embauchés;
- des services de promotion, d'information et d'éducation à la santé en collaboration avec les CES des CSSS;

- une participation de son équipe médicale au maintien à domicile des patients inscrits par elle au soutien à domicile, incluant les visites médicales à domicile, et ce, en collaboration avec le CSSS;
- le respect des mécanismes de priorité d'accès (référence et prise en charge) définis par le CSSS;
- la transmission au CSSS, lors de leurs inscriptions, des informations pertinentes sur leurs clientèles résidentes du territoire local;
- le respect des conditions de travail des employés (professionnels ou non) qui lui seront assignés ou affectés;
- une couverture en assurance responsabilité civile et professionnelle pour la clinique et son personnel;
- l'utilisation des ressources humaines et financières décrites en annexe A aux seules fins prévues, ainsi qu'à respecter les modalités qu'édicté l'annexe B ci-jointe;
- de fournir au CSSS et à l'Agence un relevé des activités des professionnels tel que décrit dans l'annexe C sur la reddition de compte;
- d'aviser par écrit le CSSS et l'Agence de l'arrivée ou du départ de tout membre du GMF et CR intégrés (médecins ou autres professionnels) qui y œuvre, et ce, au plus tard trente (30) jours suivant la survenance de l'un de ces événements;
- de faire rapport bi-annuellement relativement à l'administration et à la gestion des ressources humaines et financières octroyées aux fins des présentes. À cet égard, sur demande, il s'engage à fournir au CSSS et à l'Agence tout document et renseignement relatifs à l'administration des ressources humaines et financières décrites en annexe A et B des présentes;
- de donner accès au CSSS et à l'Agence ou à un représentant autorisé par eux, à l'expiration d'un préavis d'une semaine émanant du CSSS ou de l'Agence, durant les heures d'ouverture habituelles, à ses livres et registres de comptabilité se rapportant à l'administration des ressources humaines et financières octroyées ainsi que, sous réserve des dispositions du Code de déontologie édicté par le Collège des médecins du Québec, d'autoriser l'accès à l'information liée aux matières visées aux annexes A et B ci-jointes et, toujours sous la même réserve, lui permettre d'en prendre copie;
- de conserver tous les documents ainsi que les pièces reliées à l'administration des ressources humaines et financières octroyées par le CSSS et par l'Agence, pendant une période d'au moins cinq (5) ans suivant l'expiration de cette convention. Il s'engage également à en permettre l'accès à un représentant autorisé par le CSSS ou par l'Agence;
- de conclure toute entente de service qui serait requise aux fins des présentes afin de pouvoir assumer les obligations qui sont siennes en vertu des présentes.

L'Agence, son DRMG et son Technocentre assureront :

- de favoriser et faciliter au GMF et CR intégrés la conclusion d'ententes de services réalisées conformément à l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- de fournir au GMF et CR intégrés, selon les modalités qu'édicté l'annexe B des présentes, les ressources financières décrites en annexe A de cette convention;
- conjointement avec le CSSS, d'effectuer un suivi et une évaluation des résultats atteints;
- de reconnaître que les professionnels et le personnel administratif et de soutien dont elle assume en partie le financement exercent leurs activités sous l'autorité hiérarchique du GMF et CR intégrés;

- de fournir aux GMF et CR intégrés les systèmes informatiques et branchements tel que spécifiés à l'annexe A.

En date de la signature du contrat, l'équipe médicale comprend ... médecins qui représentent ETP. Ces médecins (ou une partie de ces médecins) représentant ... ETP ont signé un mandat donnant au médecin-responsable le mandat de signer le présent. (Dans le cas où une personne autre que le médecin-responsable signe au nom du GMF et CR intégrés, ajouter le paragraphe suivant).

Le médecin responsable est chargé de l'affectation des sommes octroyées au GMF et CR intégrés de l'annexe A du présent contrat et de son suivi. L'affectation des sommes favorise la mise en place de conditions de pratique et d'un environnement professionnel propice à l'atteinte des résultats recherchés au plan de l'offre de service.

4. COMITÉ CONJOINT

Les signataires s'engagent à former un comité conjoint pour assurer le suivi du présent contrat. Ce comité s'assurera notamment :

- de définir les modalités d'implantation et les échéances pour la mise en place de l'offre de service;
- de déterminer les résultats à atteindre en matière de services;
- de faire périodiquement l'évaluation des résultats atteints afin d'apporter, si nécessaire, les correctifs appropriés et, au moins une fois l'an ou sur demande, faire rapport aux partenaires et à l'Agence;
- d'examiner tout litige et différend entre les signataires afin de mettre en œuvre les solutions appropriées;
- d'examiner les redditions de comptes produites par le GMF et CR intégrés au CSSS ainsi que par le CSSS à l'Agence.

Lorsqu'elles l'estiment opportun, les parties peuvent inviter un représentant de l'Agence et/ou du Comité directeur du département régional de médecine générale (DRMG) à s'y joindre.

5. ORIENTATIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT DES GMF ET CR INTÉGRÉS

Les signataires s'engagent à respecter les orientations pour le développement des GMF et CR intégrés produites et mises à jour par l'Agence apparaissant à l'annexe D des présentes.

6. AUTRES DISPOSITIONS

6.1. ARBITRAGE

Le GMF et CR intégrés et le CSSS conviennent de soumettre tout différend relatif à l'interprétation, l'application ou l'administration du présent contrat à un arbitre, à l'exclusion de tout tribunal civil ou administratif. L'arbitre est choisi conjointement par le GMF et CR intégrés et le CSSS parmi ceux dont le nom fait partie de la liste des arbitres constituée par le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans l'entente négociée entre eux dans le cadre de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie.

À défaut d'entente, l'une ou l'autre des parties peut demander à l'arbitre en chef de désigner l'arbitre à même la liste décrite plus haut. La compétence de l'arbitre, la procédure d'arbitrage et le caractère exécutoire de la décision sont ceux prévus au Code de procédure civile tel que modifié de temps à autre.

6.2. CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS NOMINATIFS

Le GMF et CR intégrés reconnaît que les renseignements confidentiels qui concernent les personnes physiques et qui permettent de les identifier sont assujettis aux dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) et de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., cp 39.1)

6.3. RÉSILIATION

En cas de non-respect des engagements prévus au contrat, l'une ou l'autre des parties peut mettre fin au contrat sur préavis de quatre-vingt-dix (90) jours ou par le paiement d'une indemnité en tenant lieu. À défaut d'entente sur le montant de l'indemnité, le différend est soumis à l'arbitrage prévu en 6.1.

6.4. RENOUELEMENT

Pour renouveler le contrat, le GMF et CR intégrés doit présenter une demande écrite au CSSS, au plus tard six (6) mois avant la date de terminaison du contrat. Pendant cette période, le CSSS, en collaboration avec l'Agence et son DRMG, complète une évaluation ayant pour objet l'atteinte des résultats attendus et l'usage de l'aide financière et des ressources humaines octroyées pendant la période couverte par le contrat venant à échéance.

6.5. DURÉE DU CONTRAT

Le présent contrat entre en vigueur le jour de sa signature. Sa durée est de cinq (5) ans.

7. SIGNATURES

Nom du signataire, titre
Nom de la clinique - pour le GMF et
CR intégrés

Nom du signataire, titre
Nom du CSSS - pour le CSSS

Et
intervenant au contrat pour signifier son accord,

David Levine, président-directeur général (DATE)
POUR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Documents à joindre au présent :

- A : Échelle de financement
- B : Modalités de financement
- C : Reddition de compte
- D : Orientations pour le développement des GMF et CR intégrés

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 