Repères GMF

Portrait de votre pratique en GMF

FAQ – FOIRE AUX QUESTIONS

Dernière mise à jour : mars 2026

TABLE DES MATIÈRES

OBTENTION D'UN RAPPORT *REPÈRES GMF*.....2

GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LE RAPPORT 4

DESCRIPTION DE VOTRE CLIENTÈLE.....5

INDICATEURS DE LA DIMENSION « ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ » 7

INDICATEURS DE LA DIMENSION « EFFICACITÉ ».....7

INDICATEURS DE LA DIMENSION « SÉCURITÉ ».....8

FOIRE AUX QUESTIONS

À propos

Si vous avez des interrogations en examinant votre rapport *Repères GMF*, la foire aux questions (FAQ) qui suit vous permettra de trouver rapidement les renseignements dont vous avez besoin. Les éléments couverts par la FAQ sont divisés et présentés conformément à l'ordre des différentes sections du rapport auxquelles ils se rapportent.

Cette FAQ a été construite à partir des questions reçues à la suite de la diffusion de la première édition du rapport. Si vous n'y trouvez pas ce que vous cherchez, n'hésitez pas à consulter les autres documents de soutien mis à votre disposition ou à nous contacter (reperes.gmf@inesss.qc.ca), vous contribuerez ainsi à l'amélioration de nos produits.

OBTENTION D'UN RAPPORT *REPÈRES GMF*

- **Qui peut obtenir le rapport d'un GMF?**

  Les données contenues dans un rapport *Repères GMF* appartiennent au GMF concerné. Une personne du GMF autre que le médecin responsable peut demander le rapport, mais le médecin responsable doit minimalement être en copie conforme. Par ailleurs, les rapports sont envoyés à des adresses courriel sécurisées du RSSS, comme l'adresse sécurisée « .med ». Il est fortement recommandé de partager le rapport avec les autres membres de son équipe GMF, ou avec d'autres partenaires qui peuvent contribuer à la pratique réflexive (p. ex., un ARACQ, une personne du CISSS ou d'un DTMF).

- **À quelle fréquence peut-on recevoir un rapport *Repères GMF*?**

  Une seule édition du rapport est produite annuellement. Les rapports contenant les plus récents résultats d'indicateurs des GMF – c.-à-d. pour l'année financière précédente – sont rendus disponibles chaque hiver, et les milieux en sont alors avisés par l'INESSS. Il n'est pas possible pour l'INESSS de calculer les indicateurs à une fréquence plus rapprochée, puisque certaines banques de données utilisées ne sont définitivement fermées qu'une fois par année.

- **Y a-t-il une date limite pour faire une demande de rapport *Repères GMF*?**

  Non. Vous pouvez envoyer une demande à n'importe quel moment pour recevoir la dernière édition annuelle de votre rapport.

- **Doit-on faire une demande de rapport *Repères GMF* chaque année pour recevoir la plus récente édition?**

  Non. Tous les GMF qui demandent leur rapport seront automatiquement inscrits à la liste d'envoi de la prochaine édition de *Repères GMF* avec les adresses courriel

utilisées pour cet envoi, à moins d'un avis contraire ou d'instructions différentes de leur part.

- **Notre GMF est hybride : seule une partie de celui-ci est à vocation universitaire. Est-il possible de recevoir un rapport distinct pour chacune des parties?**

  Non. Les parties d'un GMF à vocation différente apparaissent comme un seul GMF dans les fichiers de données si elles sont enregistrées sous le même numéro de référence GMF (code RAMQ).

- **Notre GMF comporte plusieurs sites. Est-il possible de recevoir un rapport distinct pour chacun des sites?**

  Non. Pour l'instant, le calcul des indicateurs du rapport s'effectue en utilisant le numéro de référence GMF (code RAMQ), qui est le même pour tous les sites d'un même GMF.

- **Est-ce que l'obtention d'un rapport *Repères GMF* engage le médecin responsable et son équipe à entreprendre une action d'ACQ au sein de leur GMF?**

  Non. Bien que le rapport se veuille un outil déclencheur pour mobiliser l'équipe dans des activités de pratique réflexive et d'ACQ, les GMF qui le reçoivent n'ont pas l'obligation de mener de telles activités. Si l'INESSS contacte les GMF afin de s'informer de la mise en œuvre d'actions d'ACQ découlant de la réception du rapport, ce n'est qu'à des fins d'évaluation du rapport, et ce, dans le but d'améliorer les éditions à venir. Les réponses fournies par les GMF dans ces questionnaires ou entrevues ne sont pas partagées ni diffusées.

- **Est-ce que recevoir un rapport *Repères GMF* peut mener à l'obtention de crédits de formation?**

  Oui. Pour en savoir davantage sur les heures d'activités de formation accréditées par la FMOQ en lien avec l'utilisation du *Portrait de votre pratique en GMF*, il suffit de contacter le responsable de formation de votre GMF ou de votre association. Sous réserve des exigences de leur ordre professionnel respectif, des heures de formation continue peuvent être déclarées par les autres professionnels de la santé du GMF pour certains types d'activités, comme la participation à des ateliers structurés de pratique réflexive. L'utilisation des données obtenues via le rapport *Portrait de votre pratique en GMF* et la réalisation d'une activité de réflexion en groupe constitue une action qui permet également d'obtenir des points dans le programme de désignation Choisir avec soin Québec pour les cliniques. L'INESSS a produit un outil de soutien pour la planification et la réalisation d'une activité d'ACQ.

- **Quoi faire suivant la réception de son rapport *Repères GMF*?**

  L'utilisation du rapport appartient à chaque milieu et dépend souvent des ressources en gestion ou en ACQ dont il dispose. Un bon point de départ consiste à rassembler l'équipe du GMF (idéalement, pas seulement les MD et les IPS) pour regarder le

rapport et obtenir les interprétations, impressions et idées de chacun des membres sur les différents contenus comme les résultats d'indicateurs, les rappels de bonnes pratiques et les idées de changements. En plus d'être enrichissant et de favoriser le sentiment d'appartenance, cet échange permet parfois de discerner des membres de l'équipe particulièrement motivés à apporter des changements et capables de susciter l'engagement de leurs pairs.

GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LE RAPPORT

- **Certains de nos résultats d'indicateurs sont non disponibles (p. ex. l'historique des trois dernières années). À quoi cela est-il dû?**

  Si le GMF ne s'était pas fait octroyer son numéro de référence (code RAMQ) au 31 mars de l'année financière, aucun indicateur ne peut être calculé pour cette année-là. D'autres situations particulières peuvent embrouiller le repérage de vos données dans les fichiers, comme un changement de nom et d'adresse du GMF, ou la fusion de celui-ci avec un autre GMF. Il peut être éclairant de vérifier si votre GMF a conservé le même numéro durant les années couvertes par l'historique.

  Par ailleurs, certains résultats de la continuité de lieu sont faussés par l'ouverture en cours d'année d'un GMF. Ceux-ci ont donc été retirés et remplacés par la mention *ND*.

  Enfin, pour éviter de présenter un pourcentage basé sur de très petits nombres bruts d'usagers (<5), il peut arriver que celui-ci soit remplacé par la mention *ND*.

- **Une partie seulement de notre GMF est à vocation universitaire. Pourquoi les GMF comparables choisis comme comparateurs sont-ils des GMF-U?**

  Dès qu'une affiliation universitaire est associée au numéro de référence d'un GMF (code RAMQ), celle-ci l'emporte dans le type de GMF comparables utilisé comme comparateur dans le rapport. Ce choix méthodologique repose sur le souci de proposer un comparateur juste, compte tenu des particularités qui s'observent dans les banques de données pour les GMF-U. Ces particularités découlent notamment des modalités entourant la supervision et la facturation des actes posés par les médecins résidents ainsi que du suivi des patients dans un contexte de stages de formation clinique. La présence d'un hôpital d'attache pour les GMF-U peut également influencer l'organisation et l'utilisation des services hospitaliers par leur clientèle. Le contexte de votre GMF est toujours à prendre en considération lors de la comparaison de vos résultats d'indicateurs avec ceux des groupes comparateurs proposés.

- **Pourquoi le rapport *Repères GMF* ne comprend-il pas de résultats d'indicateurs concernant la clientèle locale non inscrite auprès d'un médecin de famille (p. ex. les patients qui transitent par le GAP)?**

  L'INESSS a constaté l'intérêt grandissant du réseau à recevoir des données sur tous leurs usagers et évalue la possibilité de produire d'autres données qui permettraient de cibler la population de tout le territoire.

- **Est-ce que l'INESSS peut fournir au GMF une liste nominative de ses patients inscrits qui ont été repérés par un ou plusieurs indicateurs du rapport?**

  Non. L'INESSS n'est pas en mesure d'identifier aucun usager inclus dans un rapport *Repères GMF*, car les analyses s'effectuent sur des données dénominalisées grâce à l'utilisation d'un identifiant banalisé pour chacun des usagers.

- **Comment savoir qui sont les patients repérés par un indicateur afin de pouvoir mettre en place une action d'ACQ des soins les concernant?**

  La clientèle spécifique que vous souhaitez viser par votre action d'ACQ doit être définie à partir de critères repérables dans des sources de données accessibles localement, comme les DMÉ. Selon votre fournisseur de DMÉ, des modules analytiques ou des fonctionnalités de production de rapports vous sont peut-être disponibles. Des registres de patients peuvent également être créés manuellement en interrogeant le DSQ ou en faisant passer un questionnaire à votre clientèle. L'INESSS est sensible à ce besoin des milieux et saisit les occasions de produire des outils qui soutiennent l'exploitation locale des sources de données accessibles aux équipes des GMF (p. ex. l'outil d'aide à l'utilisation des données locales dans l'amélioration continue de la qualité des soins et services aux usagers avec une MPOC, élaboré dans le cadre des ateliers CoMPAS+).

DESCRIPTION DE VOTRE CLIENTÈLE

- **Comment est calculé le nombre d'usagers inscrits auprès de notre GMF apparaissant dans le rapport *Repères GMF*?**

  Vous pouvez consulter la méthodologie détaillée du calcul, mais en résumé, pour qu'un usager soit inclus, les trois conditions suivantes doivent être remplies :

  a) Être admissible au régime d'assurance maladie du Québec au moins 1 jour au cours de l'année financière visée;

  b) Être âgé d'un an ou plus au 1er avril de l'année financière visée;

  c) Être inscrit toute l'année financière (du 1er avril au 31 mars) auprès d'un seul médecin de famille partenaire du GMF.

Le partenariat entre le médecin et le GMF est validé au 31 mars. Cela permet de déterminer le GMF d'inscription des usagers. Seuls les bénéficiaires qui vivent dans la communauté sont retenus. Tout bénéficiaire avec au moins 1 séjour en CHSLD durant l'année financière visée est exclu.

Dans les banques de données clinico-administratives, les patients ne peuvent être inscrits qu'auprès d'un médecin de famille, et ce, même s'ils sont suivis dans la pratique par une IPSPL ou par un médecin résident. Bien que l'implication de l'IPSPL comme professionnelle principale responsable soit de plus en plus favorisée au Québec, il n'existait pas – jusqu'à tout récemment (avril 2024) – de mécanisme d'inscription auprès d'une IPSPL. Lorsque cette nouvelle réalité touchera les GMF, l'inscription auprès d'une IPS pourra éventuellement être prise en compte dans les éditions futures du rapport *Repères GMF*.

- **Nous aimerions reproduire la segmentation de notre clientèle selon le profil de santé à partir des informations contenues dans notre DMÉ. Quels sont les critères servant à définir les différents segments?**

  La segmentation par profil de santé est réalisée à l'aide de la méthodologie de regroupement de la population *Pop-Grouper* de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle utilise l'ensemble des diagnostics documentés dans les banques de données de la RAMQ, sur une période de 3 ans, pour chaque usager lors d'hospitalisations, de chirurgies d'un jour, de visites aux urgences ou lors de consultations avec un médecin rémunéré à l'acte. Ces diagnostics sont d'abord regroupés sous 226 affections qui sont ensuite classées en 164 groupes selon leurs similarités en termes de complexité clinique et de besoins en ressources.

  Un usager peut avoir plusieurs diagnostics qui sont regroupés en affections, puis en branches, mais une seule branche est retenue et lui est assignée : celle représentant le plus haut niveau d'utilisation des ressources. Les 164 branches sont catégorisées en 16 profils de santé mutuellement exclusifs. La description de la méthodologie *Pop-Grouper* et de l'utilisation qu'en fait l'INESSS dans ses travaux est résumée dans ce court outil.

  Outre la complexité de la méthode, il convient de rappeler que les codes de diagnostics documentés dans le DMÉ ne comprennent probablement pas ceux relatifs à tous les épisodes d'hospitalisation ou de consultation aux urgences, ce qui rendra incomplet le portrait global des conditions de santé et besoins des usagers sur lequel baser une segmentation.

INDICATEURS DE LA DIMENSION « ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ »

- **Pourquoi y a-t-il des discordances entre les données fournies pour l'indicateur de continuité du rapport *Repères GMF* et celles d'autres sources?**

  La continuité de lieu présentée dans *Repères GMF* se distingue du taux d'assiduité calculé par la RAMQ, car contrairement à celui-ci, elle ne prend pas en compte les visites aux urgences dans le nombre total de visites effectuées par les usagers.

  Il existe par ailleurs certaines difficultés pour capter l'information concernant les visites en première ligne, ce qui affecte aussi le calcul de l'indicateur de continuité auprès du GMF. La documentation des visites faites auprès des IPSPL dans le registre des consultations est très variable, et seules les consultations des IPSPL de la banque GMF/GRL sont utilisées pour le calcul, car l'INESSS n'a pas accès au registre de consultations des bénéficiaires. Les consultations auprès de ces professionnels sont donc sous-estimées.

INDICATEURS DE LA DIMENSION « EFFICACITÉ »

- **Est-ce que le nombre d'usagers présenté au dénominateur de l'indicateur portant sur l'usage d'un traitement pharmacologique chez les personnes atteintes de diabète correspond à l'entièreté de notre clientèle diabétique adulte?**

  Non. Cet indicateur, comme tous les autres indicateurs qui concernent des médicaments, n'inclut pas les usagers qui sont couverts par un régime privé d'assurance médicaments, soit environ 28 % des personnes diabétiques de 20 ans et plus. Pour connaître la façon dont sont repérés les usagers diabétiques, vous pouvez consulter la méthodologie utilisée pour le calcul des indicateurs.

- **Est-ce que la prévalence de la MPOC au sein de notre GMF correspond au nombre d'usagers présenté au dénominateur de l'indicateur portant sur l'usage d'un traitement de bronchodilatateur à longue durée d'action?**

  Non. Cet indicateur, comme tous les autres indicateurs qui concernent des médicaments, n'inclut pas les usagers qui sont couverts par un régime privé d'assurance médicaments, soit environ 22 % des personnes de 35 ans et plus avec une MPOC diagnostiquée. Vous pouvez consulter la méthodologie utilisée pour le calcul des indicateurs pour plus de détails.

- **Comment doit-on interpréter l'indicateur portant sur l'usage d'antibiotiques?**

  Cet indicateur est présenté dans *Repères GMF* afin de sensibiliser les prescripteurs de la première ligne à l'usage inutile des antibiotiques. Toutefois, il ne permet pas de déterminer si les antibiotiques prescrits par les médecins de votre GMF étaient justifiés

par la situation clinique ou non. Il est donc important d'interpréter cet indicateur selon une logique de comparaison avec les comparateurs disponibles (GMF comparables, GMF de l'ensemble du Québec). Un écart important entre le résultat de votre GMF et celui des comparateurs pourrait suggérer qu'une proportion de prescriptions d'antibiotiques était potentiellement inutile et pourrait être réduite de façon sécuritaire (p. ex., pour des infections des voies respiratoires qui sont le plus souvent virales).

Comme pour les autres indicateurs portant sur des médicaments, le calcul utilise les réclamations faites au régime public d'assurance médicaments (RPAM) suivant le service de médicaments en pharmacie communautaire. Afin d'obtenir des résultats probants, l'indicateur vise donc uniquement votre clientèle âgée de 65 ans et plus parce que celle-ci est en très grande majorité (91 %) inscrite au RPAM, mais le principe vaut pour votre clientèle de tous âges.

INDICATEURS DE LA DIMENSION « SÉCURITÉ »

- **Pourquoi le nombre au dénominateur des indicateurs pharmacologiques portant sur notre clientèle âgée diffère-t-il du nombre d'usagers de 65 ans et plus qui figure dans le tableau descriptif de notre clientèle?**

  Les indicateurs liés aux traitements pharmacologiques sont calculés à partir des données du fichier des services pharmaceutiques de la RAMQ (SMED) qui contient l'ensemble des renseignements relatifs aux services et aux médicaments facturés par les pharmaciens-propriétaires à la RAMQ dans le cadre du Régime public d'assurance médicament (RPAM). Ainsi, pour être pris en compte dans le calcul d'un indicateur pharmacologique, un usager doit avoir été inscrit au RPAM pendant toute l'année financière. Environ 9 % des individus de 65 ans et plus ne se retrouvent pas dans ce fichier parce qu'ils sont assurés par un régime d'assurance médicaments privé.

- **Est-ce que les bronchodilatateurs inhalés combinés sont pris en compte dans le calcul des indicateurs pharmacologiques concernant les usagers avec une MPOC?**

  Oui. Par exemple, pour l'indicateur sur l'usage d'un corticostéroïde inhalé (CSI) en monothérapie, on dénombre d'abord parmi votre clientèle les personnes avec un diagnostic de MPOC qui étaient inscrites au RPAM durant toute l'année financière et qui ont fait, à au moins une reprise au cours de cette période, une réclamation de CSI dans une pharmacie communautaire – incluant les β2-agonistes à longue action (BALA) et CSI en combinaison. Puis, on calcule la proportion d'entre elles qui, durant

cette même année, n'ont fait aucune réclamation de bronchodilatateur inhalé à longue durée d'action (seuls ou combinés).

- **Comment la notion de concomitance est-elle définie dans le calcul d'indicateurs tels que l'usage d'un CSI en monothérapie et la polypharmacie?**

  Les critères employés ici pour repérer les situations référant à une notion de concomitance sont peu restrictifs. Par exemple, pour l'indicateur sur l'usage d'un CSI en monothérapie, un usager qui a fait une réclamation de bronchodilatateur à longue durée d'action en avril, puis une réclamation de CSI une dizaine de mois plus tard, ne sera pas considéré comme ayant utilisé un CSI en monothérapie. Pourtant, il est probable que les deux traitements n'aient pas été concomitants comme le recommandent les lignes directrices. Ce choix méthodologique conservateur permet de pallier des situations où un bronchodilatateur à longue durée d'action est pris par l'usager, mais qu'il n'est pas détectable dans le fichier des services pharmaceutiques de la RAMQ (p. ex. une pompe reçue à l'hôpital). Rappelons que l'objectif premier des indicateurs du rapport est de déclencher une réflexion quant aux écarts qui pourraient être observés entre la pratique et les recommandations cliniques.

  Concernant l'indicateur de polypharmacie, les critères utilisés pour son calcul n'incluent pas de durée de traitement comme d'autres définitions trouvées dans la littérature (voir le portrait provincial sur la polypharmacie publié par l'INESSS), et donc la notion de concomitance n'est pas à proprement définie.