

## ÉTAT DES CONNAISSANCES

Regard sur les Groupes de médecine de famille au Québec et proposition de segmentation de la population pour appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité selon les besoins de santé

### Repères GMF

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence  
des modes d'intervention en santé





Regard sur les Groupes de médecine de  
famille au Québec et proposition de  
segmentation de la population pour  
appuyer les démarches d'amélioration  
continue de la qualité selon les besoins  
de santé

**Repères GMF**

*Rédaction*

Marie-Dominique Beaulieu  
Geneviève Martin

*Coordination scientifique*

Mélanie Martin

*Direction*

Catherine Truchon  
Élisabeth Pagé





Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

## Membres de l'équipe projet

### Auteurs principales

Marie-Dominique Beaulieu, M.D., C.M.F.C., F.C.M.F.  
Geneviève Martin, Ph. D.

### Collaborateurs et collaboratrices internes

Frédérique Baril, M. Sc.  
Véronique Baril, B. Comm.  
Jolyane Blouin-Bougie, M. Sc.  
Claude Boutin, M. Ps.  
Labanté Outcha Daré, Ing., M. Sc.  
Olivier Demers-Payette, Ph. D.  
Carl Drouin, Ph. D.  
Mamadou Diop, M. Sc.  
Ahmed Ghachem, Ph. D.  
Mireille Goetghebeur, Ing., Ph. D.  
Renée Latulippe, M. A.  
Louis Lochhead, M.B.A.  
José Perez, M. Sc.  
Maria Vutcovici Nicolae, M. Sc.  
Monika Wagner, Ph. D.

### Collaboratrice externe

Geneviève Ste-Marie, MAP

### Coordonnatrice scientifique

Mélanie Martin, Ph. D.

### Adjointe à la direction

Élisabeth Pagé, Ph. D., M.B.A.

### Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

### Directions associées

Mike Benigeri, Ph. D.  
Isabelle Ganache, Ph. D.  
Josée Plamondon, M. Ps., M.A.P.  
Marie-Claude Sirois, M. Sc., Ps. éd., M. Sc. adm.

### Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

### Soutien administratif

Jacinthe Clusiau

---

## Équipe de l'édition

Denis Santerre  
Hélène St-Hilaire  
Nathalie Vanier

**Sous la coordination de**  
Renée Latulippe, M.A.

**Avec la collaboration de**  
Micheline Lampron, révision linguistique  
Mark A. Wickens, traduction

---

## Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022  
Bibliothèque et Archives Canada, 2022  
ISBN 978-2-550-91358-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Regard sur les Groupes de médecine de famille au Québec et proposition de segmentation de la population pour appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité selon les besoins de santé – Repères GMF. État des connaissances rédigé par Marie-Dominique Beaulieu et Geneviève Martin. Québec, Qc : INESSS; 2022. 44 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

**M. Tarek Bouhali**, agent d'amélioration continue de la qualité, GMF-U de Chicoutimi\*

**M<sup>me</sup> Renée Charpentier**, coordonnatrice des services de première ligne par intérim, CISSS des Laurentides†

**M<sup>me</sup> Dominique Chrétien**, pharmacienne en GMF, Cliniques médicales Proactive Santé

**M. Arnaud Duhoux**, professeur agrégé, Université de Montréal

**M<sup>me</sup> Jeannie Haggerty**, professeure, Université McGill

**D<sup>re</sup> Marie Hayes**, médecin de famille, GMF-U Jacques-Cartier†

**M<sup>me</sup> Janie Houle**, professeure titulaire, Université du Québec à Montréal

**M<sup>me</sup> Lise Houle**, patiente partenaire collaboratrice

**M<sup>me</sup> Julie-Alexandra Langué Dubé**, conseillère cadre-qualité intégrée, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**M<sup>me</sup> Isabelle Levasseur**, infirmière praticienne spécialisée en première ligne, GMF Clinique médicale Saint-François

**M<sup>me</sup> Anne Maheu**, pharmacienne, GMF-U Bordeaux-Cartierville†

**D<sup>r</sup> Jean-Sébastien Paquette**, médecin de famille, GMF-U de Saint-Charles-Borromée

**M<sup>me</sup> Line Paré**, travailleuse sociale, professeure titulaire, Université Laval, et présidente du comité d'inspection professionnelle de l'OTSTCFQ†

**M<sup>me</sup> Ghislaine Rouly**, patiente partenaire collaboratrice

**M<sup>me</sup> Tatiana Shorstova**, agente de planification, de programmation et de recherche, Herzl Family Practice Center-GMF-R†

**M. Éric Vaillancourt**, travailleur social, GMF-U Charles-Le Moyne

*\*M. Bouhali a été remplacé par M<sup>me</sup> Shorstova pour la troisième rencontre du comité.*

*†Ces membres ont uniquement participé à la troisième rencontre du comité.*

## Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

**D<sup>r</sup> Roberto Boudreault**, médecin-conseil, Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, MSSS\*

**D<sup>re</sup> Élise Boulanger**, médecin, Collège québécois des médecins de famille (CQMF)

**M<sup>me</sup> Ginette Brousseau**, usagère des GMF et des services de première ligne

**M. Yves Couturier**, directeur scientifique du Réseau-1, Université de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Rana Farah**, adjointe exécutive au directeur général adjoint, Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, MSSS

**M. Jacques Fortin**, directeur qualité, évaluation, performance, éthique et Lean, CISSS de la Montérégie-Centre<sup>†</sup>

**D<sup>r</sup> Antoine Groulx**, directeur scientifique, Unité de soutien SSA Québec<sup>‡</sup>

**D<sup>r</sup> Claude Guimond**, directeur de la formation professionnelle, FMOQ

**D<sup>r</sup> Nebojsa Kovacina**, directeur amélioration continue de la qualité, Département de médecine de famille, Université McGill

**M<sup>me</sup> Christine Laliberté**, infirmière praticienne spécialisée en première ligne, AIPSQ

**M<sup>me</sup> Martine Maillé**, conseillère à la qualité de la pratique, OIQ

**M. Paul Morin**, directeur scientifique, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (recherche sur les pratiques de soins de santé et de services sociaux de première ligne)

**M. Sylvain Perron**, administrateur de GMF, Clinique Santé DIX30 S.E.C.

**D<sup>r</sup> Ernest Prigent**, directeur de l'amélioration de l'exercice, CMQ

**M<sup>me</sup> Marie-Michelle Racine**, conseillère cadre à l'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U du Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale<sup>†</sup>

**M<sup>me</sup> Marie-Line Renaud**, pharmacienne GMF, OPQ

**D<sup>r</sup> Jean-Philippe Roy**, médecin de famille, IUPLSSS de la Capitale-Nationale<sup>‡</sup>

**M<sup>me</sup> Chantal Samson**, membre du conseil d'administration, OTSTCFQ

**M<sup>me</sup> Christiane Sauvé**, usagère des GMF et des services de première ligne

*\*Initialement sollicité en 2019 en tant que chef du Département régional de médecine générale, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean*

*† Ils n'ont pas participé à la deuxième rencontre.*

*‡ En remplacement du Dr Alain Vanasse à la deuxième rencontre.*

*‡ En remplacement du Dr Antoine Groulx à la deuxième rencontre.*

## Informateurs clés

Pour ce rapport, les informateurs clés sont des médecins de famille, des professeurs chercheurs, des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, des représentants du MSSS, ainsi que des représentants du CMQ, de la FMOQ, de l'OPQ et de l'OTSTCFQ. Certains sont aussi membres des comités (consultatif, de suivi) ou apparaissent dans la section « autres contributions ».

La liste, non exhaustive, des informateurs clés comprend :

**D<sup>re</sup> Marie-Claude Beaulieu**, directrice du Réseau de recherche axé sur les pratiques de première ligne, Université de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Renée Charpentier**, coordonnatrice des services de première ligne par intérim, CISSS des Laurentides

**M. Yves Couturier**, directeur scientifique, Réseau-1 Québec

**D<sup>re</sup> Alix Dufresne**, médecin de famille, Clinique médicale 3000, Montréal

**M. Arnaud Duhoux**, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**M. Joe Guillaume**, directeur général, Unité de soutien SSA Québec

**D<sup>r</sup> Claude Guimont**, directeur de la formation professionnelle, FMOQ

**M. Alain Hébert**, chargé d'affaires professionnelles, OTSTCFQ

**D<sup>r</sup> William Hogg**, professor and director Faculty Affairs, University of Ottawa (en 2019)

**M<sup>me</sup> Manon Lambert**, directrice générale et secrétaire, OPQ

**D<sup>r</sup> Jean-Frédéric Lévesque**, chief executive, Agency for Clinical Innovation

**D<sup>r</sup> Yvan Mathieu**, médecin de famille, Centre médical de la Nouvelle-Beauce

**M. Paul Morin**, professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke

**M<sup>me</sup> Aude Motulsky**, professeure adjointe, École de santé publique, Université de Montréal

**D<sup>r</sup> Jean-Sébastien Paquette**, co-directeur du Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne, Université Laval (RRAPPL-UL)

**D<sup>r</sup> Ernest Prigent**, directeur du développement professionnel et de la remédiation, CMQ

**D<sup>re</sup> Isabelle Samson**, médecin-conseil à la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, MSSS (en 2019)

**M. Jean-Luc Tremblay**, adjoint en amélioration continue, performance et mandats organisationnels transversaux, CIUSSS-CN

**M<sup>me</sup> Brigitte Vachon**, professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal

**M. Alain Vanasse**, directeur scientifique, Unité de soutien SSA Québec (en 2019)

## **Patient et patiente**

Pour ce rapport, le patient et la patiente de l'équipe projet sont :

**M. Lionel-Alain Dupuis**

**M<sup>me</sup> Mélanie Lussier**

## Autres contributions

L'Institut tient à remercier tous les professionnels et gestionnaires de l'INESSS consultés pour ce projet ainsi que les personnes suivantes, qui ont contribué à la préparation du rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

**M<sup>me</sup> Nichole Austin**, étudiante postdoctorale, Université McGill

**D<sup>re</sup> Michèle de Guise**, vice-présidente scientifique, INESSS

**M<sup>me</sup> Marianne Laflamme-Lemay**, étudiante stagiaire en pharmacie, Université Laval

**D<sup>re</sup> Marie-Pascale Pomey**, médecin-conseil, INESSS

**M<sup>me</sup> Heather Richards**, executive Director, Performance, Partnerships and Methodologies Branch, Health Sector Information, Analysis and Reporting Division, Ministry of Health, British Columbia

**D<sup>r</sup> Denis Roy**, vice-président stratégie, INESSS

**M<sup>me</sup> Erin Strumpf**, professeure agrégée, économiste en santé, Université McGill

**P<sup>re</sup> Sabrina Wong**, professor, UBC School of Nursing et Centre for Health Services and Policy Research, Co-director, BC Primary Care Sentinel Surveillance Network

## Déclaration d'intérêts

D<sup>r</sup> Jean-Sébastien Paquette a déclaré être impliqué au sein du Réseau-1 Québec et être le directeur du réseau de recherche axé sur les pratiques de première ligne, de l'Université Laval (RRAPPL-UL). Il a précisé que ses activités ont pour but de favoriser le développement des pratiques en première ligne par la recherche axée sur le patient.

## Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.



# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	IV
GLOSSAIRE.....	VII
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
ASSISES CONCEPTUELLES.....	5
1 MÉTHODES.....	9
1.1 Question d'évaluation.....	9
1.2 Information issue de la littérature.....	9
1.2.1 Caractéristiques des modèles de segmentation proposés pour la population suivie en première ligne.....	9
1.2.2 Description des caractéristiques organisationnelles des GMF.....	10
1.3 Données clinico-administratives.....	10
1.3.1 Utilisation de l'outil <i>Grouper</i> de l'ICIS pour analyser les caractéristiques cliniques de la population inscrite en GMF.....	10
1.3.2 Indices de vulnérabilité matérielle et sociale.....	11
1.3.3 Caractéristiques organisationnelles des GMF.....	11
1.4 Information fournie par les parties prenantes.....	12
1.4.1 Entrevues avec les informateurs clés.....	12
1.4.2 Comité consultatif.....	12
1.4.3 Comité de suivi.....	12
1.4.4 Respect de la confidentialité et du code d'éthique.....	13
1.4.5 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	13
2 RÉSULTATS.....	14
2.1 Caractéristiques de la population inscrite en GMF et regroupement selon des besoins comparables.....	14
2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la clientèle inscrite en GMF.....	14
2.1.2 Analyse des modèles de segmentation proposés pour la première ligne.....	18
2.1.3 Application potentielle de l'outil <i>Grouper</i> de l'ICIS à une segmentation de la population inscrite en GMF.....	22
2.2 Caractéristiques organisationnelles des GMF.....	28
2.2.1 Caractéristiques générales des GMF.....	28
2.2.2 Taille, type de milieu clinique et mission des GMF.....	29
2.2.3 Soutien professionnel des GMF.....	32
2.2.4 Intégration de la responsabilité populationnelle au cadre GMF.....	33
DISCUSSION.....	34
RÉFÉRENCES.....	37

ANNEXE A .....	42
Informations complémentaires .....	42

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Statut d'inscription de la population identifiée dans les banques de données de la RAMQ .....	14
Tableau 2	Variables sociodémographiques et d'utilisation des services en date du 31 mars 2020 selon le statut d'inscription .....	15
Tableau 3	Répartition de la population inscrite en GMF et de la population orpheline selon les 16 profils de santé du modèle <i>Grouper</i> .....	16
Tableau 4	Description de trois modèles de segmentation repérés pour la première ligne .....	19
Tableau 5	Proposition de segmentation de la population inscrite en GMF et définition des segments .....	22
Tableau 6	Appariement des 16 profils du modèle <i>Grouper</i> de l'ICIS selon les segments proposés avec exemples de conditions issues des 164 branches associées à chaque profil .....	26
Tableau 7	Répartition des GMF selon les variables organisationnelles et certaines données clinico-administratives .....	30
Tableau 8	Description des cibles d'inscriptions pondérées selon les 12 niveaux de désignation des GMF .....	31
Tableau A-1	Professionnels selon le niveau (base de tous les GMF) .....	42
Tableau A-2	Ressources additionnelles prévues par le programme GMF dans les GMF-R .....	43
Tableau A-3	Ressources additionnelles prévues par le programme GMF dans les GMF-U* .....	44

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre d'analyse du projet Repères GMF illustrant les liens entre les différents cadres retenus .....	5
Figure 2	Répartition des usagers inscrits en GMF par groupe d'âge selon le nombre de conditions .....	17
Figure 3	Répartition des usagers inscrits en GMF par profils <i>Grouper</i> * selon le nombre de conditions .....	18
Figure 4	Proposition de segmentation de la population québécoise inscrite en GMF, incluant les besoins de santé, la proportion de la population concernée et les services-clés associés. Les pourcentages correspondent à la fréquence observée dans la population inscrite en GMF au Québec, en 2020 .....	24
Figure 5	Répartition des usagers inscrits en GMF selon le nombre de conditions, par segments .....	27

# RÉSUMÉ

## Introduction

Un groupe de médecine de famille (GMF) constitue un regroupement de médecins qui pratiquent aux côtés d'autres professionnels de la santé dans un environnement qui favorise le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration entre usagers et cliniciens. Les GMF doivent offrir des soins et des services de santé de première ligne qui sont accessibles, continus et de qualité à leurs patients inscrits. En mars 2021, le Québec comptait 365 GMF.

Malgré le rôle important qu'ils jouent dans le système québécois de santé et de services sociaux, les GMF disposent de peu de moyens pour implanter des activités d'amélioration continue de la qualité des pratiques cliniques et organisationnelles. C'est dans ce contexte que l'INESSS a amorcé le projet Repères GMF, dont le principal objectif est d'élaborer un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne mesurables à partir des banques de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès. Pour ce faire, une bonne compréhension des caractéristiques de la clientèle desservie par ce secteur et des caractéristiques organisationnelles des milieux cliniques qui prodiguent ces services est essentielle.

Le présent rapport vise, d'une part, à décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la clientèle inscrite en GMF au Québec, pour en proposer une segmentation (ou catégorisation) selon ses besoins de soins et services. D'autre part, il vise à décrire les caractéristiques organisationnelles des GMF, pour comprendre l'impact potentiel de leur variabilité sur la mesure de la qualité des soins et services.

## Méthodologie

Ce rapport s'appuie principalement sur une revue exploratoire de la littérature portant sur la segmentation des populations suivies en première ligne aux fins de l'organisation et de l'évaluation des services, sur la consultation des parties prenantes et sur l'utilisation des banques de données clinico-administratives. Les documents administratifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) relatifs aux GMF ont constitué la principale source de littérature pour décrire les caractéristiques organisationnelles des GMF.

La méthodologie *Grouper* de regroupement de la population, élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été retenue pour analyser le profil clinique des usagers inscrits en GMF. Cet outil regroupe la population en 16 profils présentant des besoins de santé et une utilisation des services comparables.

## Résultats

### *Caractéristiques cliniques de la population inscrite en GMF*

Des 8,3 millions d'individus identifiés dans les banques de données clinico-administratives du Québec, au 31 mars 2020, près de 5,4 millions (65,2 %) étaient inscrits auprès d'un médecin de famille qui exerce dans un GMF.

Comparativement à la clientèle sans médecin de famille, dite orpheline, on observe chez les clientèles inscrites (en GMF ou hors-GMF) une proportion plus élevée de femmes, de personnes âgées de 70 ans et plus et de personnes appartenant aux quintiles favorisés sur les plans matériel et social. La proportion de personnes n'ayant fait aucune visite à l'urgence ou n'ayant eu aucune hospitalisation dans la dernière année est comparable, peu importe le statut d'inscription, et représente la grande majorité des usagers de la première ligne.

Les profils cliniques de la population inscrite en GMF et de la population orpheline selon les 16 profils de santé du *Grouper* sont généralement comparables. Les affections mineures aiguës sont la catégorie la plus fréquente, suivie des affections modérées chroniques et des affections chroniques mineures. On observe une association croissante entre l'intensité de l'utilisation des services liée à un profil et le nombre de conditions différentes chez les usagers de ce profil.

### *Proposition de segmentation de la population inscrite en GMF*

La revue de la littérature a permis de repérer trois modèles de segmentation appliqués à la première ligne pour appuyer une approche nouvelle d'organisation des services offerts. Ces modèles proposent de catégoriser la population en quatre ou cinq segments.

Sur la base de l'exploration de la littérature, des caractéristiques cliniques de la population inscrite selon *Grouper* et des consultations auprès des parties prenantes, qui incluent des patients collaborateurs, l'INESSS propose de regrouper la population inscrite en GMF en quatre segments (ou catégories) :

1. En santé ou présentant des problèmes mineurs épisodiques;
2. Affections chroniques mineures;
3. Affections chroniques peu complexes avec risques de complication;
4. Affections complexes ou graves

### *Caractéristiques organisationnelles des GMF*

La majorité (73 %) des 365 GMF sont des GMF classiques. Les GMF universitaires (GMF-U) comptent pour 13 % et sont des milieux de formation pour des résidents en médecine de famille, des stagiaires de différentes professions et des étudiants.

Les GMF réseaux (GMF-R), qui représentent 14 % de l'ensemble des GMF, offrent les mêmes services que les GMF classiques, mais doivent aussi offrir des consultations à des individus non inscrits à leur GMF, des rendez-vous pour le lendemain et des services de prise de sang ou d'imagerie sur place. En avril 2021, un plan de transition des GMF a été mis en place, en attendant la révision du cadre de référence prévue en 2022. Les GMF-R ont été scindés en deux catégories : ceux effectuant moins de 20 000 consultations annuelles auprès d'individus dont le lieu d'inscription n'est pas le même GMF reçoivent la dénomination de « GMF accès » (GMF-A), et ceux effectuant 20 000 consultations ou plus auprès de ce type de clientèle conservent la dénomination de « GMF réseau » (GMF-R).

Près de 70 % des GMF sont constitués du regroupement d'au moins deux milieux cliniques. La majorité des GMF sont formés uniquement de sites en cabinet (72 %), alors que 16 % sont dits « mixtes » (site en cabinet et site en établissement). Enfin, la majorité sont de petite taille. En effet, les inscriptions pondérées se situent entre 6 000 et 18 000 dans près de 60 % des GMF.

## **Discussion**

L'ensemble des données et perspectives recueillies dans le cadre de ce travail vient appuyer le concept de l'organisation des soins et services de première ligne et de l'évaluation de la qualité selon des segments d'usagers inscrits qui partagent des besoins comparables de santé. L'élaboration d'une approche pour produire des indicateurs selon des regroupements pertinents sur le plan clinique ressort comme une priorité pour le projet Repères GMF.

Le présent rapport révèle les enjeux de production des indicateurs de qualité à un niveau GMF en lien avec les caractéristiques organisationnelles des GMF et les caractéristiques cliniques de la population inscrite en GMF. Il faudra notamment tenir compte du statut d'inscription de la clientèle des GMF-R, du mode de facturation des médecins et des professionnels, de la prévalence relativement faible de certaines conditions de santé observées chez la clientèle des GMF de petite taille, ainsi que de l'utilisation des services hospitaliers par cette clientèle. Des efforts devront aussi être faits pour favoriser l'élaboration d'indicateurs tenant compte du travail d'équipe, et pour tirer profit des banques de données qui contiennent des informations saisies par les professionnels de l'équipe autres que les médecins.

# SUMMARY

A look at Québec's family medicine groups and a proposal to segment the population to support continuous quality improvement approaches based on health needs

## Introduction

A family medicine group (FMG) is a group of physicians who practice with other health professionals in an environment that fosters teamwork, interprofessional collaboration, populational responsibility, and the development of collaboration and trusting relationships between users and clinicians. FMGs should offer accessible, continuous and quality primary care and services to their registered patients. In March 2021, there were 365 FMGs in Québec.

Despite the important role that they play in Québec's health and social services system, FMGs have limited resources for implementing continuous quality improvement activities of clinical and organizational practices. It was in this context that INESSS initiated the *Repères GMF* (FMG landmarks) project, whose main objective is to develop a set of measurable quality indicators for primary care and services, using the clinical administrative databases to which INESSS has access. To do this, a good understanding of the characteristics of the patient population served by this sector and of the organizational characteristics of the clinical settings that provide these services is essential.

The purpose of this report is twofold: first, to describe the sociodemographic and clinical characteristics of the patients registered with Québec FMGs in order to propose a segmentation (or categorization) based on their care and service needs, and second, to describe the FMGs' organizational characteristics in order to understand the potential impact of their differences on measuring the quality of care and services.

## Methodology

This report is based primarily on an exploratory review of the literature on primary care populations segmentation for the purpose of organizing and evaluating services, on stakeholder consultations, and on the use of clinical administrative databases. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) administrative documents concerning FMGs were the main literature source for describing their organizational characteristics.

The population grouping methodology, or Pop grouper, developed by the Canadian Institute for Health Information (CIHI), was used to analyze the clinical profile of users registered with FMGs. This tool groups the population into 16 profiles with comparable health needs and service utilization.

## Results

### *Clinical characteristics of the FMG-registered population*

Of the 8.3 million individuals identified in Québec's clinical administrative databases, as of March 31, 2020, close to 5.4 million (65.2%) were registered with a family physician practicing in an FMG.

Compared to people without a family physician, known as orphan patients, there was, a higher proportion of women, persons aged 70 and over, and persons in the more materially and socially privileged quintiles among individuals who were registered (with an FMG or non-FMG physician). The proportion of individuals with no emergency department visit or hospitalization during the previous year was comparable, regardless of registration status, and accounted for the vast majority of users of primary care services.

The clinical profiles of the FMG-registered population and the orphan population based on the 16 Pop grouper health profiles were generally comparable. Minor acute conditions were the most frequent category, followed by moderate chronic conditions and minor chronic conditions. There was an increasing association between the level of service utilization for a profile and the number of different conditions of the users in that profile.

### *Proposal for segmenting the FMG-registered population*

The literature review identified three segmentation models applied to primary care practice for supporting a new approach to organizing services. These models suggest categorizing the population into four or five segments.

Based on the literature review, the clinical characteristics of the FMG-registered population as per Pop grouper, and the consultations with stakeholders, which included patient collaborators, INESSS suggests grouping the FMG-registered population into four segments (or categories):

1. Healthy or with minor episodic problems;
2. Minor chronic conditions;
3. Low-complexity chronic conditions with a risk of complications;
4. Complex or serious conditions.

### *Organizational characteristics of FMGs*

Most (73%) of the 365 FMGs are conventional FMGs, while 13% are university FMGs (GMF-U), which are training environments for family medicine residents, trainees in different professions, and students.

Network FMG (GMF-Réseau), accounting for 14% of all FMG, offer the same services as conventional FMGs but must also offer consults to individuals who are not registered with it, next-day appointments, and on-site blood-drawing and imaging services. In April 2021, an FMG transition plan was put in place, pending a review of the terms of reference

scheduled for 2022. Network FMGs were divided into two categories: a network FMG with fewer than 20,000 consults annually by patients registered elsewhere is referred to as an "access FMG" (GMF-A), and one with 20,000 or more consults by such patients retains the designation "network FMG" (GMF-R).

Close to 70% of the FMGs are a grouping of two or more clinical settings. Most FMGs consist solely of office-based sites (72%), while 16% are "mixed" (office-based and institutional sites). Lastly, most are small. Indeed, the weighted enrolment in nearly 60% of the FMGs is between 6,000 and 18,000.

## **Discussion**

All the data and perspectives gathered in the course of this work support the notion of organizing primary care and services and assessing quality according to segments of registered users who share similar health needs. Developing an approach to creating indicators according to clinically relevant groupings is emerging as a priority for the *Repères GMF* project.

This report reveals the challenges of producing quality indicators at a FMG level in relation to the organizational characteristics of FMGs and the clinical characteristics of the enrolled population. In particular, the registration status of the network FMGs' clientele, the billing method used by the physicians and other professionals, the relatively low prevalence of certain health conditions observed among the clientele of small FMGs, and this clientele's use of hospital services will need to be taken into consideration. As well, efforts will have to be made to promote the development of indicators that take teamwork into account and to take advantage of databases containing data entered by the team's non-physician professionals.

## GLOSSAIRE

Usager	Terme utilisé pour désigner toutes les personnes qui utilisent les services de santé et les services sociaux.
Segmentation (ou catégorisation)	<p>Regroupement d'une population (population totale d'un territoire ou d'une sous-population, comme la clientèle des milieux cliniques de première ligne) en un nombre relativement restreint de segments (ou catégories), incluant des personnes qui, bien qu'elles présentent des affections différentes, ont des besoins de santé comparables pouvant être comblés par une offre de services comparables [Lynn <i>et al.</i>, 2007].</p> <p>Dans le contexte du projet Repères GMF, la population inscrite en GMF est regroupée en un nombre restreint de segments qui présentent des besoins de santé comparables, pour appuyer une nouvelle approche d'organisation des services de première ligne.</p>
Segment	Terme qui désigne chacune des catégories d'utilisateurs qui présentent des besoins de santé comparables lors de la segmentation d'une population (population entière ou sous-populations).

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AACQ	Agent d'amélioration continue de la qualité
ACG	Adjusted Clinical Groups
ACGs	Ambulatory Care Groups
ACQ	Amélioration continue de la qualité
ADG	Aggregated Diagnostic Groups
AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
BDCU	Banque de données communes des urgences
CESSSS	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIM	Classification internationale des maladies
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CoMPAS+	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services
CQMF	Collège québécois des médecins de famille
DRMG	Département régional de médecine générale
ETP	Équivalent temps plein
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-A	Groupe de médecine de famille - Accès
GMF-GRL	Fichier d'inscription auprès des médecins de famille
GMF-R	Groupe de médecine de famille - Réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille - Universitaire
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
I-CLSC	Intégration CLSC
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IOM	Institute of Medicine
IPS-PL	Infirmière praticienne spécialisée – première ligne
IPS-SM	Infirmière praticienne spécialisée – santé mentale
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
OBH	Outcomes Based Healthcare
OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCIP	Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne
RCSSSP	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins de première ligne
Réseau-1	Réseau de connaissances en services et soins intégrés de première ligne
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient



# INTRODUCTION

Les services de première ligne visent à assurer un accès aux services de santé et services sociaux à l'ensemble de la population, indépendamment de la nature des problèmes et des caractéristiques sociodémographiques des personnes. Les fonctions de ce secteur sont l'accessibilité de premier contact, la continuité, la coordination et l'intégration, ainsi que la globalité des soins et des services. Cette dernière regroupe la prévention et la promotion de la santé, les actions à visée curative et de réadaptation et les soins palliatifs [OMS, 2021a; Lévesque *et al.*, 2011; Starfield *et al.*, 2005]. À la dimension centrée sur la personne dans sa globalité s'ajoute la dimension communautaire et populationnelle. Le secteur des services de première ligne doit en effet être ancré dans la communauté et s'adapter aux besoins de la population de son territoire [OMS, 2021a].

De ces fonctions découle une « épidémiologie des soins de première ligne », caractérisée par la prévalence élevée de problèmes de santé indifférenciés, de problèmes d'ordre psychosocial, de problèmes de santé aigus et chroniques fréquents [Maddocks *et al.*, 2020; Finley *et al.*, 2018; Peabody *et al.*, 2018], et, au bout du spectre, des problèmes complexes marqués par la multimorbidité [Fortin *et al.*, 2006]. Il faut souligner que l'action sur les déterminants sociaux de la santé, qui sont les principaux facteurs prédisposant à la survenue de conditions touchant la santé physique et la santé mentale, est au cœur de la mission des services de première ligne [OMS, 2021a]. Selon le dernier rapport de la *National Ambulatory Care Medical Survey*, 80 % des visites faites auprès de médecins de famille sont en lien avec une centaine de diagnostics [Peabody *et al.*, 2018]. Enfin, une analyse des consultations de plus de 3 millions d'adultes ayant utilisé des services de première ligne en Colombie-Britannique montre que 80 % de la clientèle suivie par des médecins de famille appartient au segment des personnes qui présentent des besoins de santé peu élevés [Langton *et al.*, 2020].

Le fait que la population suivie en première ligne n'est pas homogène et qu'elle ne requiert pas la même offre de services est reconnu depuis longtemps. Les concepteurs du *Modèle de gestion des maladies chroniques (Chronic Care Model)* reconnaissent que l'approche proposée pour une gestion de qualité des maladies chroniques ne demande pas de mobiliser l'entièreté de l'équipe et de ses ressources pour toute la population cible [Bodenheimer *et al.*, 2002]. Ils ont proposé un modèle de soins à trois niveaux sous la forme d'une pyramide, appelée *Pyramide de Kaiser* en référence à la Kaiser Permanente, un des plus importants consortiums de services de santé intégrés aux États-Unis, auquel ils sont affiliés. Selon cette pyramide, 70 à 80 % des personnes sont considérées à faible risque et ne nécessitent que des services courants, alors que 3 % de la population suivie pour des maladies chroniques présente des problèmes complexes qui demandent un accompagnement intensif [Ham, 2010]. Au Québec, aucun modèle ne permet de catégoriser la clientèle de première ligne selon des besoins de santé comparables pour appuyer l'organisation de l'offre de services, mis à part la liste des codes de vulnérabilité utilisée à des fins de rémunération des médecins. À sa

dernière révision, en 2017 [RAMQ, 2017], cette liste comptait une vingtaine de codes désignant notamment des diagnostics spécifiques.

### **Le groupe de médecine de famille (GMF)**

Le GMF constitue un regroupement de médecins qui travaillent avec d'autres professionnels de la santé dans un environnement qui favorise le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits entre les usagers et cliniciens, et ce, afin d'offrir des soins et des services de santé de première ligne qui sont accessibles, continus et de qualité [MSSS, 2017].

Les premiers GMF ont été créés en 2002 à la suite des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux [CESSSS, 2000], plus connue sous le nom de « Commission Clair ». Depuis ce temps, les GMF sont devenus une des pierres angulaires de l'organisation des soins et des services de première ligne au Québec. Bien que le cadre de gestion des GMF ait évolué considérablement depuis leur création, leurs caractéristiques fondamentales sont restées les mêmes, soit :

- le travail de groupe et interprofessionnel;
- l'inscription des individus et le suivi par un médecin de famille;
- une offre de services permettant aux individus inscrits de profiter de services de première ligne intégrés et offerts en heures étendues [MSSS, 2020a].

Une cible de 300 GMF pour le Québec était annoncée dans le rapport de la Commission Clair. Les GMF ont été implantés de façon progressive au cours des dix premières années qui ont suivi la publication de ce rapport, puis leur déploiement s'est accéléré. Le regroupement des différents milieux cliniques offrant des services de médecine de famille sur un même territoire (cabinets privés et centres locaux de services communautaires (CLSC)) a permis la croissance et le déploiement de GMF dans des milieux de plus faible densité populationnelle [Pomey *et al.*, 2009]. Le Québec comptait 365 GMF en mars 2021.

Le développement de l'équipe interprofessionnelle s'est aussi consolidé au cours des années. À leur création, les GMF n'intégraient que deux infirmières cliniciennes, quel que fût le nombre de médecins. En 2017, le *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* [MSSS, 2017] a permis d'augmenter le nombre et le type de professionnels pouvant être intégrés aux GMF. Le « noyau de base » de tous les GMF consiste en des médecins, des infirmières cliniciennes, des pharmaciens et des travailleurs sociaux, dont le nombre varie selon la taille de la clientèle inscrite. Les GMF de plus grande taille peuvent s'adjoindre d'autres professionnels, comme des nutritionnistes, des physiothérapeutes, des kinésithérapeutes, des psychologues ou des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne et en santé mentale (IPS-PL et IPS-SM), selon les besoins de leur clientèle. Avec le temps, certaines missions spécifiques ont émergé, soit la mission universitaire et la mission réseau.

En 2017, à l'occasion de la révision du cadre de gestion des GMF universitaires (GMF-U), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié un cadre de référence [Tremblay *et al.*, 2017] pour appuyer les activités d'amélioration continue de la qualité dans ces milieux. Des postes d'agent d'amélioration continue de la qualité (AACQ) ont été créés dans chaque GMF-U, engagés par le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) auquel le GMF est rattaché.

Le processus évolutif du déploiement des GMF au Québec a donc entraîné une grande disparité sur le plan organisationnel et au regard de la population inscrite, et ce, malgré la présence des trois caractéristiques fondamentales, qui sont les mêmes depuis 2002. Le cadre de référence est en cours de révision, et une nouvelle version est attendue en 2022. Un plan de transition a été mis en place en avril 2021 afin de permettre la mise en place progressive de certains changements [MSSS, 2021].

Malgré le rôle important qu'ils jouent dans le système de santé et de services sociaux du Québec, les GMF disposent de peu de moyens pour implanter des activités d'amélioration continue de la qualité des pratiques cliniques et organisationnelles, comparativement aux établissements du système de santé et de services sociaux. Les défis à relever concernent donc à la fois la capacité de production d'information sous forme d'indicateurs et la structuration d'activités de pratique réflexive et d'amélioration continue de la qualité.

C'est dans ce contexte que l'INESSS a amorcé le projet Repères GMF pour contribuer à l'effort d'amélioration continue de la qualité en GMF déployé dans le réseau. L'objectif visé est d'élaborer un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne, mesurables à partir des banques de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès. Ce projet est ainsi conçu pour être complémentaire aux différentes initiatives en cours, notamment le développement de la capacité d'analyse des pratiques cliniques à partir des dossiers médicaux électroniques des GMF et la collecte d'informations dans les CISSS ou les CIUSSS du Québec.

Afin d'orienter les travaux du projet Repères GMF, une trentaine d'entrevues ont été menées en 2019 par l'équipe projet auprès d'informateurs clés de la première ligne. Les personnes consultées ont notamment souligné qu'il était important de comprendre le modèle d'organisation des différents GMF et le rôle joué par les divers professionnels pour produire et interpréter des indicateurs. La proposition d'une approche pertinente et validée pour produire les indicateurs selon des segments de la population reflétant la nature de leurs besoins (problèmes de santé et déterminants sociaux de la santé) a aussi été retenue comme une priorité. Les principales raisons invoquées étaient que les services requis varient selon qu'une personne est relativement en santé ou plus malade, et qu'il est plus facile de trouver des solutions adaptées aux besoins lorsqu'on peut repérer le segment de la clientèle pour lequel les indicateurs de qualité ne sont pas optimaux.

Le présent rapport vise, d'une part, à décrire certaines caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la clientèle inscrite en GMF pour proposer une segmentation des usagers selon des besoins de soins et de services comparables et, d'autre part, à décrire certaines caractéristiques organisationnelles des GMF pour mieux comprendre l'impact potentiel de leur variabilité sur la mesure de la qualité des soins et services.

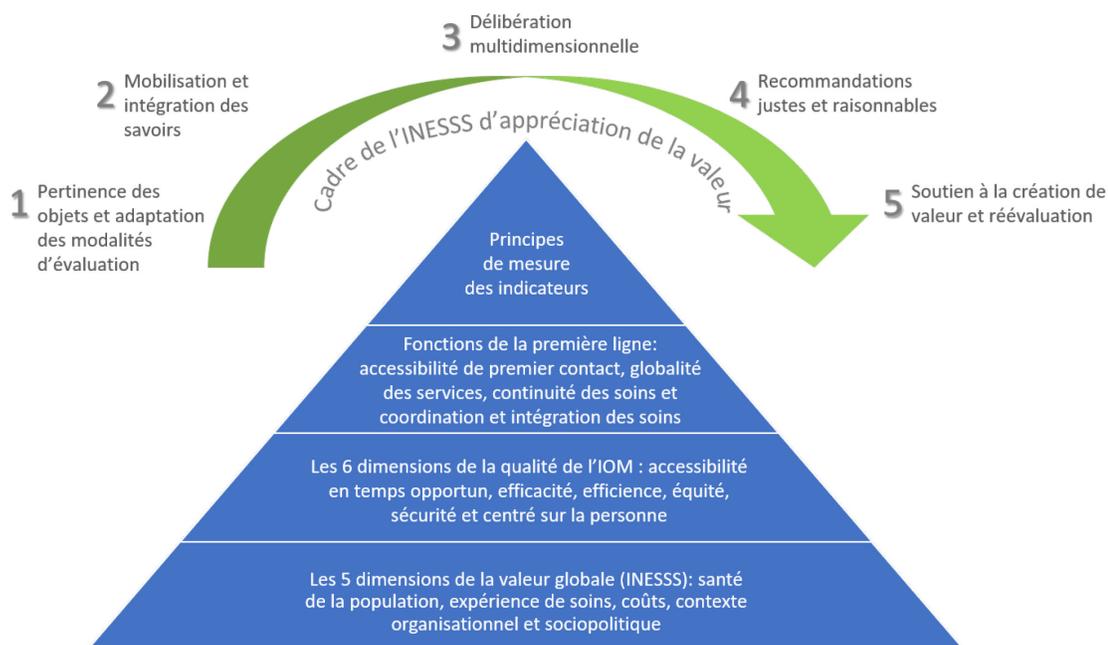
Une publication distincte [INESSS, 2022] propose un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et des services offerts en GMF, qui peuvent être produits à partir des banques de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès.

# ASSISES CONCEPTUELLES

L'élaboration d'indicateurs de qualité pour favoriser l'amélioration des parcours de soins et services des populations desservies en GMF s'inscrit dans les finalités du système de santé et de services sociaux. Les dimensions de la valeur globale, reprises par l'INESSS [2021], sont la triple finalité des systèmes de santé : l'amélioration de l'expérience de soins, l'amélioration de la santé des populations et la réduction ou l'optimisation des coûts [Berwick *et al.*, 2008], en considérant les contextes organisationnel et socioculturel. La définition de la qualité s'appuie sur les six dimensions de l'IOM [2001]. Le choix des indicateurs de qualité doit tenir compte des fonctions de la première ligne et des caractéristiques organisationnelles des GMF [Lévesque *et al.*, 2011; Starfield *et al.*, 2005]. Enfin, cinq critères peuvent servir pour évaluer la validité d'un indicateur selon un modèle d'élaboration et d'évaluation des mesures [MacLean *et al.*, 2018].

La [figure 1](#) illustre les liens entre les cadres théoriques retenus pour constituer le cadre global d'analyse du projet Repères GMF. Pour plus de détails, veuillez consulter le rapport qui propose un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne [INESSS, 2022].

**Figure 1 Cadre d'analyse du projet Repères GMF illustrant les liens entre les différents cadres retenus**



## **Planifier les services de santé et les services sociaux et en évaluer la qualité selon les besoins des différentes populations desservies**

Les territoires qui gèrent des systèmes de santé cherchent à comprendre comment sont utilisés les services pour mieux les planifier et les financer. Les premiers modèles prédictifs des risques et des coûts relatifs ont été élaborés aux États-Unis dans les années 1980 et 1990. Les modèles les plus connus sont les *Aggregated Diagnostic Groups* (ADG) et les *Adjusted Clinical Groups* (ACG), de la Johns Hopkins University [2003]. Ces derniers se voulaient des solutions de remplacement aux modèles démographiques simples jusqu'alors utilisés pour ajuster les paiements par capitation aux organisations de santé, principalement aux hôpitaux. Dans la foulée de ces travaux, une équipe de Johns Hopkins a élaboré un modèle conçu pour être appliqué au secteur des soins de première ligne, les *Ambulatory Care Groups* (ACGs) [Starfield *et al.*, 1991]. Les autres modèles conçus à cette époque sont le *Charlson Comorbidity Index* [Charlson *et al.*, 1987] et l'*Elixhauser Co-Morbidity Index* [Elixhauser *et al.*, 1998]. Les modèles américains (particulièrement les ADG, ACG et ACGs) ont été longtemps utilisés par les chercheurs et planificateurs canadiens. Des algorithmes applicables aux banques de données québécoises ont aussi été validés. Ces modèles proposent néanmoins des classifications assez complexes (p. ex. : 51 profils pour l'ACG [Starfield *et al.*, 1991] et 31 pour l'index Elixhauser [Elixhauser *et al.*, 1998]).

Dans la foulée de la publication du rapport *Crossing the Quality Chasm*, de l'IOM [2001], Lynn et ses collaborateurs [2007] ont remis en question l'utilité des modèles de prédiction fondés sur les coûts par unité de soins, et ils ont proposé un nouveau concept : le *Bridges to Health Model*. Le postulat est le suivant : pour atteindre l'objectif de donner à la population des services de haute qualité, telle que définie par les six dimensions de la qualité de l'IOM, il faut en repenser l'organisation selon les besoins de la population desservie, et non pas en fonction des unités de soins et des coûts. Les auteurs de l'étude ont élaboré un modèle de classification qui permet de répartir la population entière couverte par les programmes *Medicare* et *Medicaid* des États-Unis en huit segments présentant des besoins de santé et de services comparables, et nécessitant donc une organisation des services spécifiquement adaptée à leurs besoins. Lynn et ses collaborateurs proposent aussi des exemples d'indicateurs d'amélioration de la qualité des services selon les six dimensions de l'IOM.

Au Canada, la Colombie-Britannique a suivi cette voie et a élaboré un modèle de segmentation de la population à huit catégories, le *British Columbia Health System Matrix* [Ministry of Health, 2015]. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a pour sa part créé un modèle de segmentation à 16 catégories, appelé *Grouper* ou « Méthodologie de regroupement de la population » [ICIS, 2020]. Au Royaume-Uni, les experts de la Outcomes Based Healthcare ont produit un rapport détaillé en deux volets basés sur les principes de Lynn [2007] pour appuyer un projet intitulé *Segmentation approaches for outcomes based commissioning* [OBH, 2016-Part 1; OBH, 2016-Part 2]. Ils ont illustré comment il serait possible de segmenter la population à des fins de planification et d'évaluation des services en appliquant ce modèle à l'infrastructure de données du National Health Service (NHS) [OBH, 2016-Part 2].

Les caractéristiques d'un modèle de segmentation sont les suivantes [OBH, 2016-Part 1; OBH, 2016-Part 2; Lynn *et al.*, 2007].

- Chaque segment doit être constitué de manière assez homogène, c'est-à-dire regrouper des caractéristiques communes définies selon la finalité de la segmentation (besoins de santé, utilisation des services, coûts, sévérité, etc.).
- Les segments doivent être suffisamment distincts les uns des autres, c'est-à-dire représenter des besoins de santé et de services uniques.
- L'ensemble des segments doit inclure toutes les personnes constituant la population concernée, et tenir compte du fait que certaines personnes changeront de segment selon l'évolution de leur état de santé.
- Le nombre de segments doit être restreint.
- Chaque définition doit être assez précise pour permettre de déterminer le nombre de personnes appartenant à chaque segment à un moment donné.

Le concept de système de santé axé sur la création de valeur a été mis de l'avant par Porter [2010; 2009], au tournant des années 2010, et développé par certains chercheurs depuis [Meneau *et al.*, 2019]. Tout comme le *Bridges to Health Model* de Lynn et ses collaborateurs [2007], la proposition de Porter est basée sur le principe fondamental que l'organisation des systèmes de santé et leur évaluation doivent s'appuyer sur les priorités de santé et des mesures de résultats définies par les usagers et leurs proches. Ainsi, une intervention apporte de la valeur si son usage ou sa mise en place contribue à l'amélioration de l'expérience des usagers et des résultats de santé, tout en diminuant les coûts ou en favorisant l'optimisation de l'utilisation des ressources [Porter, 2009]. En 2013, Porter applique le concept à l'organisation des services de première ligne qui, selon lui, doit faire l'objet d'une réorganisation fondée sur la réponse aux besoins différents des populations desservies.

Le modèle de Porter [2013] n'est pas présenté ici de façon exhaustive, mais les principales étapes qu'il propose pour élaborer une offre de services de première ligne qui produira de la valeur sont les suivantes.

1. Diviser la population entière dont on est responsable en un nombre relativement petit de groupes qui rendent compte des principales différences dans les besoins de santé et situations qui représentent la première ligne. Les regroupements doivent se traduire par une offre de services et une composition différente de celles de l'équipe de soins.
2. Élaborer et mettre en place les modalités d'offre de services adaptées aux besoins de ces différents groupes.
3. Évaluer la valeur globale produite pour chaque groupe en définissant des mesures de résultats qui importent pour les usagers de chacun des groupes.
4. Adapter les modes de rémunération et de financement selon la valeur globale.

Cette approche de l'organisation des soins et services de première ligne est encore assez nouvelle et peu implantée. L'organisation et l'évaluation des soins et services médicaux de première ligne sont abordées de façon assez monolithique, sans égard à la diversité des clientèles [Rosen, 2018; Porter *et al.*, 2013].

Ces assises conceptuelles ont donc été le point de départ de la réflexion sur les GMF.

# 1 MÉTHODES

La réalisation de ce rapport s'appuie sur 1) une revue exploratoire de la littérature portant sur les modèles de segmentation, 2) l'utilisation des banques de données clinico-administratives et 3) la consultation des parties prenantes.

## 1.1 Question d'évaluation

Ce rapport vise à répondre aux questions suivantes :

- 1) Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la clientèle inscrite en GMF?
  - a. Quel modèle de segmentation de la clientèle pourrait être proposé pour appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité des services de première ligne, selon une offre de services adaptés aux besoins?
    - i. L'outil *Groupier* de l'ICIS peut-il être utilisé à cette fin pour segmenter la population inscrite en GMF?
- 2) Quelles sont les caractéristiques organisationnelles des GMF?
  - a. Quel est l'impact potentiel de la variabilité organisationnelle des GMF sur la mesure de la qualité des soins et services, plus précisément sur :
    - i. la capacité de produire des indicateurs pertinents et fiables;
    - ii. la présentation du profil de chacun des GMF et la création de groupes de GMF possiblement comparables à des fins de rétroaction?

## 1.2 Information issue de la littérature

### 1.2.1 Caractéristiques des modèles de segmentation proposés pour la population suivie en première ligne

Pour bonifier l'information présentée dans un rapport de stage d'un étudiant post-doctoral à l'INESSS, portant sur la segmentation des populations aux fins d'identification de sous-populations présentant des besoins complexes<sup>1</sup>, une recherche a été effectuée dans MEDLINE avec les termes « Population segmentation AND Primary Care » et « Value-based Primary Care » pour repérer des documents pertinents publiés entre 2015 et 2019. Cela a permis de cerner les principaux modèles de segmentation de la clientèle de première ligne publiés au Canada et à l'international.

---

<sup>1</sup> Les besoins complexes en santé et en services sociaux : analyse conceptuelle et approche de segmentation pour soutenir l'action. Auteurs : El Kebir Ghandour, Michèle Archambault, Marie-Hélène Raymond, Patrick Archambault, Denis Roy (communication personnelle; document non publié).

De plus, les neuf modèles de rétroaction sur la qualité des soins et services de première ligne, retenus à l'étape du repérage des indicateurs, ont été analysés pour déterminer si le concept de segmentation des clientèles était considéré pour la production des indicateurs. Ces modèles sont présentés plus en détail dans une publication distincte de l'INESSS [2022].

### **1.2.2 Description des caractéristiques organisationnelles des GMF**

Les documents administratifs du MSSS relatifs aux GMF ont constitué la principale source de littérature pour décrire les caractéristiques organisationnelles des GMF. Seules les versions les plus récentes ont été retenues puisque l'objectif n'était pas de documenter l'évolution du cadre de référence des GMF à travers le temps.

## **1.3 Données clinico-administratives**

### **1.3.1 Utilisation de l'outil *Grouper* de l'ICIS pour analyser les caractéristiques cliniques de la population inscrite en GMF**

À notre connaissance, la méthode *Grouper* de regroupement de la population élaborée par l'ICIS [2020] est le seul outil de segmentation basé sur des données canadiennes qui, en plus de prédire l'utilisation des services et les coûts, peut servir à la surveillance et la planification des services.

L'INESSS, en collaboration avec l'ICIS, a adapté l'outil *Grouper* aux banques de données clinico-administratives du Québec. Chaque année, les données des trois années précédentes sont utilisées pour déterminer le profil *Grouper* à partir des banques suivantes :

- maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) (hospitalisations et chirurgies d'un jour);
- banque de données communes des urgences (BDCU) (visites à l'urgence);
- services rémunérés à l'acte (rémunération à l'acte des médecins).

L'outil ne tient pas compte des services non rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ni des services donnés dans le réseau des CLSC.

Un seul des 16 profils du *Grouper*<sup>2</sup> est assigné à chaque individu, soit celui qui représente le plus haut niveau d'utilisation des ressources. À titre d'exemple, une personne qui a reçu un diagnostic de migraine de son médecin de famille (affection mineure aiguë) et qui a été hospitalisée pour une fracture du fémur (affection majeure aiguë) sera classée dans le profil « affection majeure aiguë » pour cette période. Des exemples de conditions pour

---

<sup>2</sup> Ces profils résultent du regroupement de 27 478 codes diagnostics de la classification internationale des maladies (CIM)-9 et CIM-10 en 226 conditions. Ainsi, un individu peut avoir plusieurs diagnostics qui sont regroupés en conditions. Ensuite, une seule des 164 branches est attribuée à un individu. Ces branches regroupent des conditions qui sont similaires cliniquement en termes de besoins et qui engendrent des coûts similaires en termes de ressources. Les personnes sont assignées à la branche représentant le plus haut niveau d'utilisation des ressources. Ce sont ces 164 branches qui sont ensuite ramenées à 16 profils [ICIS, 2020].

chaque profil sont présentés à la section 2.1.3 (application potentielle du modèle *Grouper* de l'ICIS à une segmentation de la population inscrite en GMF).

### **1.3.2 Indices de vulnérabilité matérielle et sociale**

L'INESSS a validé un indice de vulnérabilité matérielle et un indice de vulnérabilité sociale applicables selon une approche écologique. Les données du recensement de 2016 permettent de classer les individus selon les caractéristiques économiques de leur aire de diffusion de résidence [Statistique Canada, 2019].

L'indice de vulnérabilité matérielle est calculé à partir des trois variables suivantes :

- le taux de chômage de la population de 15 ans et plus;
- le revenu médian après impôt des personnes de 15 ans et plus ayant un revenu;
- la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant une faible scolarité.

Cet indice s'apparente à celui de la défavorisation matérielle produit par l'INSPQ [2021]. Il n'est cependant pas ajusté pour l'âge, en raison de contraintes de disponibilité de données.

L'indice de vulnérabilité sociale est, quant à lui, calculé à partir des trois variables suivantes :

- la proportion de personnes de 15 ans et plus dans les ménages privés vivant seules dans leur domicile;
- la proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves;
- la proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants.

Cet indice s'apparente à celui de la défavorisation sociale produit par l'INSPQ [2021], bien qu'il y ait quelques différences au regard du dénominateur des familles avec enfants et de la méthode de calcul.

### **1.3.3 Caractéristiques organisationnelles des GMF**

Le MSSS a transmis à l'INESSS de l'information générale et de l'information sur les ressources professionnelles des GMF (statut et type de GMF, nombre d'inscriptions pondérées, niveau du GMF, nombre d'équivalents temps plein de pharmaciens, de personnel infirmier, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels). Ces informations datent du mois de mars 2021.

## 1.4 Information fournie par les parties prenantes

### 1.4.1 Entrevues avec les informateurs clés

À la phase de cadrage du projet, une trentaine d'entrevues ont eu lieu auprès de partenaires stratégiques de la première ligne. Ces derniers ont notamment été invités à se prononcer sur la pertinence de concevoir ou présenter les indicateurs selon les clientèles types plutôt que selon les maladies spécifiques. Les principaux constats à ce sujet sont présentés dans l'introduction et la discussion du présent rapport.

De plus, deux entrevues ont été menées auprès d'expertes sur les modèles canadiens de segmentation, soit la professeure Sabrina Wong et madame Heather Richards, qui ont contribué à l'élaboration de modèles de segmentation de la population à partir de données populationnelles canadiennes. L'objectif de ces entrevues étaient de mieux comprendre les méthodes utilisées pour élaborer les catégories du modèle de segmentation ainsi que de déterminer les forces et les limites de l'outil *Grouper*.

### 1.4.2 Comité consultatif

Le comité consultatif a pour mandat d'accompagner les travaux de l'INESSS afin d'assurer la qualité scientifique, la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles.

Le comité est formé de membres indépendants reconnus pour leur expertise dans le domaine des soins et services de première ligne. Ses membres ont été sélectionnés avec un objectif de diversité de genre, de profession et de localisation géographique. Ce sont des personnes qui détiennent des connaissances scientifiques et possèdent l'expérience clinique pertinente. Cette mixité d'experts et la présence de patients partenaires, qui ont l'expérience d'être suivis en GMF, permettent de couvrir des enjeux plus larges que ceux strictement de santé et d'englober les enjeux psychosociaux. Les noms et affiliations des membres du comité consultatif sont précisés dans les pages liminaires du présent rapport.

La première rencontre du comité a eu lieu le 30 mars et la seconde, le 2 juin 2021. Des rencontres en petits groupes se sont aussi tenues entre les deux premières. Une troisième rencontre, dont l'objectif était de prioriser les indicateurs, a eu lieu le 12 octobre 2021.

### 1.4.3 Comité de suivi

Le rôle du comité de suivi consiste à :

- informer l'équipe projet des travaux en cours dans leur milieu ou dans le réseau devant être pris en considération dans le développement et la mise en œuvre du projet;
- éclairer l'équipe projet dans son évaluation des besoins des équipes GMF et des moyens proposés pour y répondre;

- faire état des barrières et des facilitateurs liés à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet;
- faciliter le recrutement de membres ou d'organisations pouvant contribuer activement à l'élaboration du projet.

Le comité de suivi est composé, entre autres, de représentants de groupes professionnels, en l'occurrence l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), le Collège québécois de médecins de famille (CQMF), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), ainsi que de cadres du réseau de la santé et des services sociaux, de médecins de famille et d'usagers des GMF. Les noms et affiliations des membres du comité de suivi sont précisés dans les pages liminaires du présent rapport.

Une première rencontre a eu lieu le 18 décembre 2019 et une seconde, le 1<sup>er</sup> décembre 2021.

#### **1.4.4 Respect de la confidentialité et du code d'éthique**

Toute information de nature personnelle fournie par les parties prenantes consultées a été anonymisée pour protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'Institut et les collaborateurs qui ont participé aux travaux ont pris connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

#### **1.4.5 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles**

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce dossier ont déclaré les intérêts personnels qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils fussent commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elles ont également divulgué les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Leur déclaration a été faite au moyen du formulaire standardisé propre à l'INESSS. Les déclarations remplies ont fait l'objet d'une évaluation par l'Institut, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations.

## 2 RÉSULTATS

La première section des résultats présente certaines caractéristiques cliniques et sociodémographiques de la population inscrite en GMF, la revue exploratoire de la littérature sur les modèles de segmentation des populations suivies en première ligne ainsi que les propos recueillis lors de la consultation des membres du comité consultatif. Cette section se termine par une proposition de segmentation qui pourrait être appliquée à la population inscrite en GMF.

La seconde section présente les caractéristiques organisationnelles des GMF et leur impact potentiel sur la mesure de la qualité des soins et services de première ligne.

### 2.1 Caractéristiques de la population inscrite en GMF et regroupement selon des besoins comparables

#### 2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la clientèle inscrite en GMF

Parmi 8,3 millions d'individus identifiés dans les banques de données clinico-administratives du Québec au 31 mars 2020, près de 5,4 millions (65,2 %) étaient inscrits à un GMF. Le statut d'inscription de la population identifiée dans les banques de données de la RAMQ est présenté au [tableau 1](#). Le présent rapport cible plus particulièrement les individus inscrits auprès d'un médecin de famille qui exerce en GMF.

**Tableau 1 Statut d'inscription de la population identifiée dans les banques de données de la RAMQ**

Statut	Nombre	Pourcentage
Individus inscrits auprès d'un médecin de famille qui exerce en GMF <sup>†</sup>	5 397 334	65,2 %
Individus inscrits auprès d'un médecin de famille qui n'exerce pas en GMF <sup>†</sup>	984 379	11,9 %
Individus qui n'ont pas de médecin de famille	1 892 211	22,9 %
Total de la population identifiée dans les banques de données de la RAMQ*	8 273 924	100 %

\* L'INESSS exclut les personnes jugées non admissibles au régime d'assurance maladie du Québec, ce qui en principe permet de cibler un nombre important de personnes hors-Québec. Toutefois, l'algorithme d'admissibilité n'a pas encore intégré le lieu de résidence comme critère d'inclusion dans le calcul. Il est donc possible que des personnes en période de résidence temporaire hors-Québec ainsi que celles avec une adresse de résidence manquante ou incomplète ne soient pas considérées.

<sup>†</sup> Le nombre total de la population de référence est calculé à partir du fichier FIPA, dont la période d'admissibilité RAMQ est valide au 31 mars 2020 (tous âges confondus).

Le [tableau 2](#) présente la distribution de quelques variables sociodémographiques et d'utilisation des services hospitaliers selon le statut d'inscription de la clientèle auprès d'un médecin de famille. En comparaison de la clientèle orpheline, on observe chez les clientèles inscrites (en GMF ou hors-GMF) une proportion plus élevée de femmes, de personnes âgées de 70 ans et plus et de personnes appartenant aux quintiles favorisés sur les plans matériel et social. La proportion de personnes n'ayant fait aucune visite à l'urgence ou n'ayant eu aucune hospitalisation dans la dernière année est comparable dans les trois groupes et représente la grande majorité des usagers de la première ligne.

**Tableau 2 Variables sociodémographiques et d'utilisation des services en date du 31 mars 2020 selon le statut d'inscription**

Caractéristiques		Clientèle inscrite auprès d'un médecin qui exerce en GMF	Clientèle inscrite auprès d'un médecin qui exerce hors- GMF	Clientèle orpheline (sans médecin de famille)
Sexe	Femmes	53,4 %	53,6 %	41,2 %
	Hommes	46,6 %	46,4 %	58,8 %
Âge	0-4 ans	5,2 %	2,6 %	6,5 %
	5-17 ans	13,3 %	9,4 %	18,1 %
	18-69 ans	66,3 %	67,8 %	68,4 %
	70 ans et plus	15,2 %	20,3 %	7,0 %
Visites à l'urgence	Aucune	76,2 %	76,2 %	79,0 %
	1 ou 2	19,2 %	19,4 %	17,4 %
	3 et plus	4,1 %	4,4 %	3,7 %
Hospitalisations de courte durée	Aucune	93,3 %	93,4 %	94,0 %
	1 ou 2	6,3 %	6,2 %	5,6 %
	3 et plus	0,4 %	0,5 %	0,4 %
Vulnérabilité matérielle	Favorisé (quintile 1)	20,6 %	19,7 %	17,5 %
	Défavorisé (quintile 5)	17,3 %	20,5 %	22,4 %
Vulnérabilité sociale	Favorisé (quintile 1)	22,5 %	21,0 %	17,9 %
	Défavorisé (quintile 5)	17,2 %	18,4 %	19,3 %

Les profils cliniques de la population inscrite auprès d'un médecin qui exerce en GMF et de la population orpheline sont présentés selon les 16 profils de santé du *Grouper* au [tableau 3](#)<sup>3</sup>. Le profil clinique de la population inscrite en GMF et celui de la population orpheline sont comparables, si on exclut l'importante différence dans la proportion d'individus n'ayant pas utilisé les soins et services (c.-à-d. les non-utilisateurs) chez la clientèle orpheline (21 % contre 2,5 % chez la clientèle inscrite). Les conditions mineures aiguës (p. ex. : infections respiratoires, plaies, dyspepsie, problèmes locomoteurs, céphalée, etc.) sont la catégorie la plus fréquente et représentent environ 31 % de la clientèle inscrite à un GMF ou non inscrite.

<sup>3</sup> Aux fins de la rémunération des intervenants, les usagers inscrits se voient attribuer un code de vulnérabilité parmi 20 codes possibles. Près de la moitié des usagers inscrits n'ont pas de code et certains peuvent en avoir jusqu'à trois. Pour ces raisons, ce rapport se limite à la présentation des profils *Grouper*.

Selon le modèle *Grouper*, environ 13 % de la clientèle inscrite en GMF est composée d'utilisateurs sans affection. Des analyses exploratoires ont été réalisées pour tenter de décrire ces utilisateurs. Selon les données de facturation en date du 31 mars 2019, les diagnostics ne sont pas précisés dans 50 % des cas<sup>4</sup>, et des codes diagnostiques non inclus dans les algorithmes du *Grouper*<sup>5</sup> sont retrouvés dans 50 % des cas. Cette même analyse a aussi démontré que la proportion d'utilisateurs sans affection varie peu selon le type de GMF (données non présentées).

**Tableau 3 Répartition de la population inscrite en GMF et de la population orpheline selon les 16 profils de santé du modèle *Grouper***

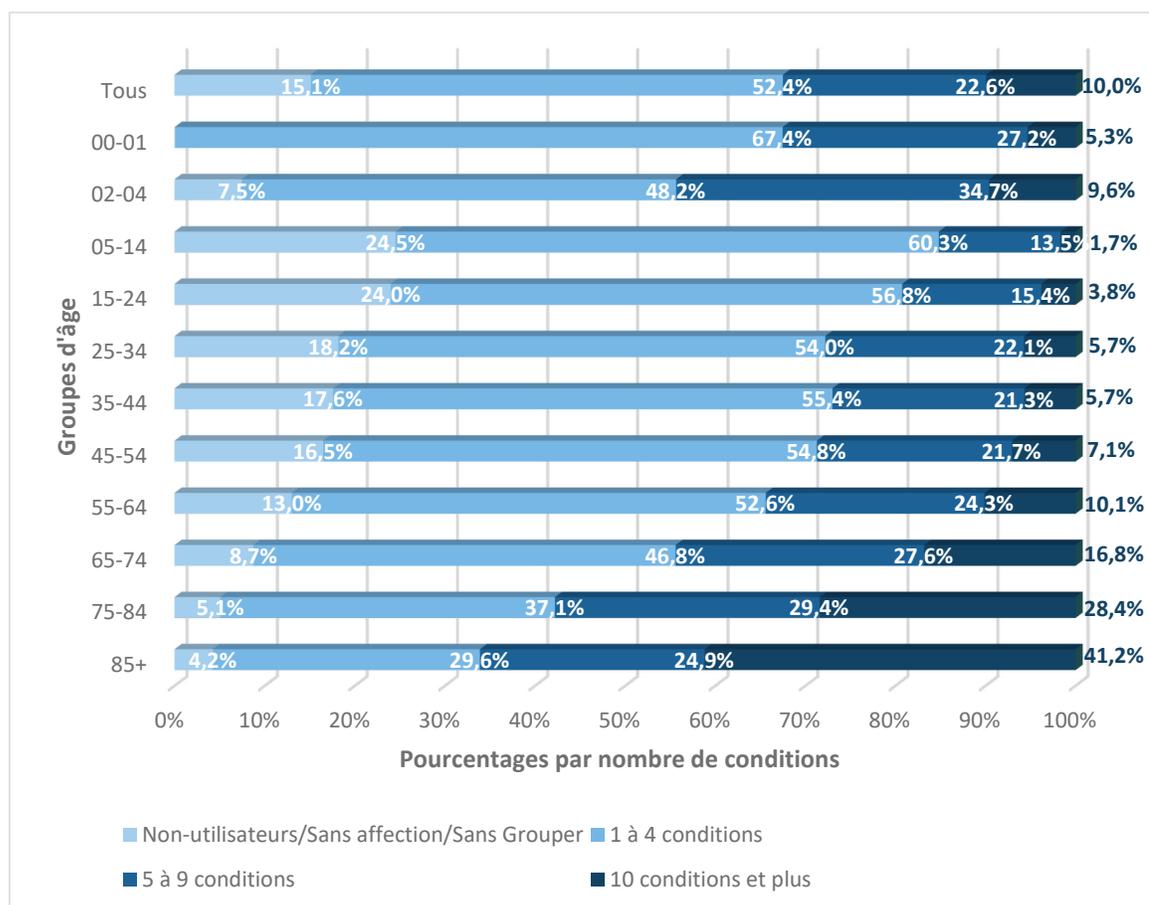
Profils de santé du <i>Grouper</i>	Clientèle inscrite en GMF	Clientèle orpheline
12-Affection mineure aiguë	31,4 %	30,9 %
08-Affection modérée chronique	13,9 %	6,4 %
15-Utilisateurs sans affection	12,6 %	12,6 %
13-Affection mineure chronique	8,6 %	6,3 %
10-Autre trouble de santé mentale	6,3 %	4,5 %
03-Affection majeure chronique	5,3 %	3,1 %
02-Affection majeure aiguë	4,3 %	2,9 %
07-Affection modérée aiguë	4,3 %	2,8 %
11-Obstétrique	2,7 %	1,9 %
06-Cancer majeur	2,7 %	0,9 %
16-Non-utilisateurs	2,5 %	21,0 %
05-Trouble de santé mentale majeur	1,7 %	2,1 %
14-Nouveau-né en santé	1,5 %	2,1 %
09-Autres cancers	1,5 %	0,5 %
04-Affection majeure d'un nouveau-né	0,7 %	1,1 %
01-État palliatif	0,0 %	0,1 %
Sans <i>Grouper</i>	0,0 %	0,8 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

<sup>4</sup> Il n'est pas obligatoire pour un médecin d'inscrire un diagnostic pour facturer une visite.

<sup>5</sup> Quelques exemples : examen général de routine incluant la surveillance du nouveau-né (26,1 %), la contraception (1,4 %), l'hypertension essentielle, le diabète sucré (diabète de type 1 et de type 2) ou l'asthme sans précision (1,3 %), etc.

Comme les profils de santé du *Grouper* sont dérivés de 226 conditions, il est possible de déterminer le nombre de conditions pour chacune des personnes. Pour l'ensemble de la population inscrite en GMF, environ 52,4 % d'individus ont entre 1 et 4 conditions, alors que près de 22,6 % ont entre 5 et 9 conditions. Le nombre de conditions augmente généralement avec l'âge, à l'exception de la petite enfance, période au cours de laquelle plusieurs conditions peuvent être diagnostiquées (figure 2). Plus du quart de la clientèle des 5 à 24 ans est composée de non-utilisateurs, d'utilisateurs sans affection ou sans profil *Grouper* (c.-à-d. qu'ils ne sont pas repérés par le *Grouper*).

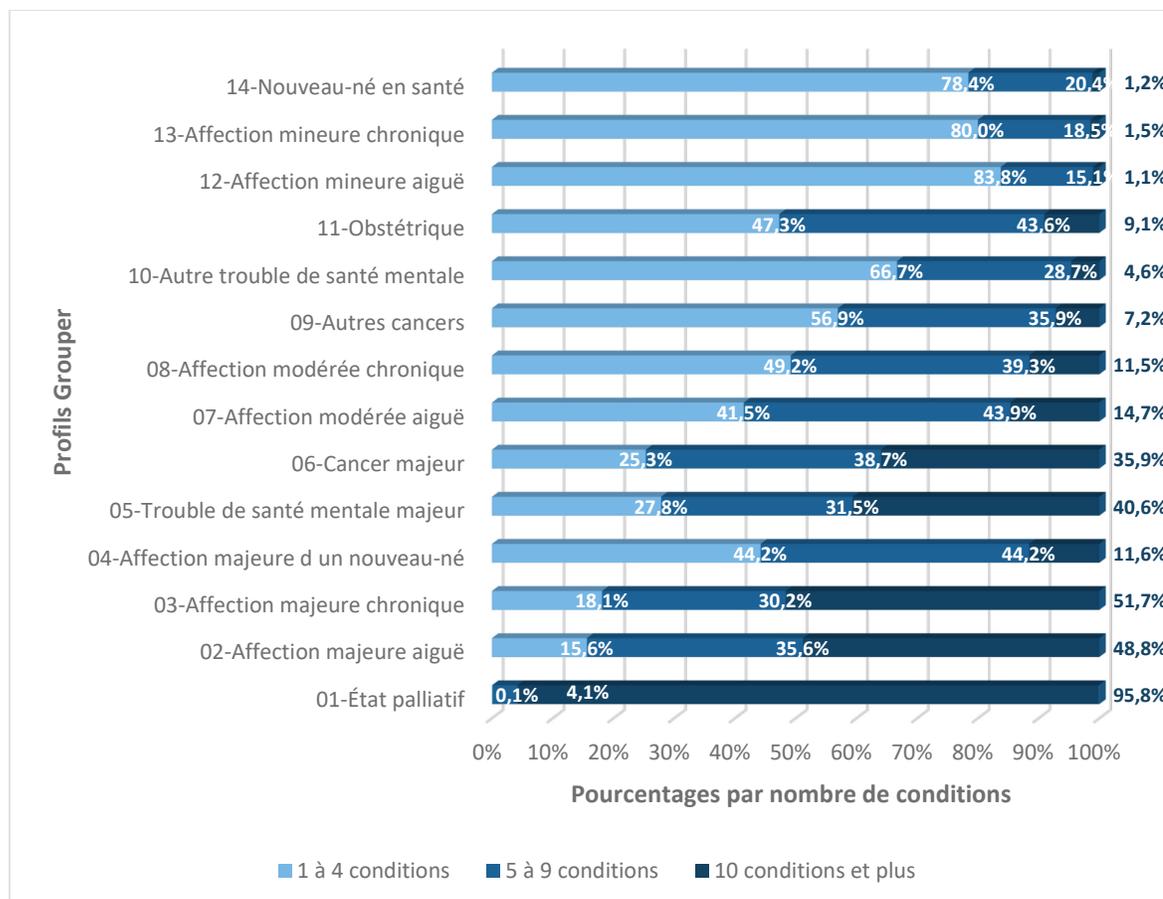
**Figure 2 Répartition des usagers inscrits en GMF par groupe d'âge selon le nombre de conditions**



L'attribution d'un profil *Grouper* à un individu dépend de l'affection représentant le plus haut niveau d'utilisation des ressources en trois ans. Conséquemment, il pourrait arriver que le niveau d'utilisation des ressources attribuées à un individu ne reflète pas l'utilisation des services en première ligne et vice versa. Par exemple, un usager pourrait se voir attribuer la catégorie « problème aigu majeur » en raison d'une fracture du fémur, mais avoir mobilisé l'équipe de première ligne à cause de son problème de santé mentale qui aurait été « occulté » par l'incident aigu. Cela peut avoir un impact si l'on veut utiliser *Grouper* pour caractériser la population des GMF selon les besoins en matière de soins et services de première ligne.

Pour mieux comprendre le tableau clinique global de la population inscrite en GMF, la répartition du nombre de comorbidité associée à chacun des profils *Grouper* a été explorée (figure 3). On observe une association croissante entre le nombre de conditions et la condition représentant le plus haut niveau d'utilisation des ressources au cours de la période d'observation de trois ans. En somme, les personnes ayant connu un événement aigu majeur sont aussi, en général, celles présentant un nombre de conditions plus élevé, ce qui se répercutera probablement sur l'intensité des services de première ligne.

**Figure 3 Répartition des usagers inscrits en GMF par profils *Grouper* \* selon le nombre de conditions**



\* Les profils 15 (utilisateurs sans condition) et 16 (non-utilisateurs) ne sont pas présentés puisque, par définition, les algorithmes de *Grouper* basés sur les diagnostics et l'utilisation ne peuvent les prendre en compte.

### 2.1.2 Analyse des modèles de segmentation proposés pour la première ligne

La revue exploratoire de la littérature a permis de repérer trois modèles de segmentation appliqués à la première ligne pour appuyer une approche d'organisation et d'évaluation des services offerts spécifique à chaque segment. Porter et ses collaborateurs [2013] proposent une segmentation à cinq catégories, alors que Rosen [2018] ainsi que Langton et ses collaborateurs [2020] en suggèrent une à quatre catégories (tableau 4).

Les travaux de Porter et ses collaborateurs [2013] s'appuient sur une réflexion théorique fondée sur le concept de *value-based care* et une connaissance de l'organisation des soins de première ligne aux États-Unis. Ceux de Rosen [2018] sont le résultat d'une commande du Nuffield Trust, pour réaliser une étude sur l'impact d'une approche de planification des soins de première ligne au Royaume-Uni qui serait fondée sur le concept de segmentation des clientèles. Ces travaux sont basés sur la consultation d'experts, une analyse des caractéristiques de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et d'histoires de cas d'organisations de première ligne au Royaume-Uni ayant procédé à une réorganisation de leur offre de services selon cette approche [Rosen, 2018]. Enfin, les travaux de Langton [2020] sont le résultat d'une initiative concertée de plusieurs équipes de recherche au Canada en vue de créer un ensemble d'indicateurs de qualité dans le domaine des soins et services de première ligne [IRSC, 2017]. Les travaux initiaux ont été réalisés à partir d'un échantillon de près de 3,5 millions d'individus des banques de données clinico-administratives de la Colombie-Britannique et ont été guidés par les propositions de Lynn [2007] et de Porter [2013] ainsi que par la consultation de partenaires, incluant des patients, des décideurs et des cliniciens [Langton *et al.*, 2020].

**Tableau 4 Description de trois modèles de segmentation repérés pour la première ligne**

<b>Porter <i>et al.</i>, 2013 États-Unis</b>	<b>Rosen, 2018 Royaume-Uni</b>	<b>Langton <i>et al.</i>, 2020 Canada</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En santé</li> <li>2. En santé avec une condition aiguë complexe</li> <li>3. À risque</li> <li>4. Condition chronique (au moins une condition chronique avec un effet continu sur l'état fonctionnel ou un risque de complication à long terme)</li> <li>5. Complexe (conditions chroniques multiples accompagnées de complications ou de conditions invalidantes qui nécessitent plusieurs services spécialisés)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conditions ou symptômes mineurs <i>pouvant être gérés par une consultation virtuelle</i></li> <li>2. Conditions ou symptômes mineurs <i>nécessitant une consultation face à face</i></li> <li>3. Condition instable OU détérioration d'une condition connue OU symptômes non différenciés ou inexplicables</li> <li>4. Besoins de santé complexes qui persistent OU avec une condition aiguë sévère</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faibles besoins (tout au plus une condition chronique sans événement qui indique une complexité)</li> <li>2. Morbidité multiple (deux conditions chroniques ou plus sans événement qui indique une complexité)</li> <li>3. Complexité (une condition chronique ou plus ET un événement aigu associé à une condition chronique qui indique une complexité)</li> <li>4. Fragilité (âgé de 65 ans ou plus en milieu d'hébergement ou en soins palliatifs OU qui répond à au moins deux critères de l'échelle de fragilité d'Edmonton)</li> </ol>

Ces trois modèles ont ceci **en commun** :

- un nombre restreint de segments (cinq au maximum) et une première catégorie qui regroupe les personnes ayant peu de besoins au-delà de la gestion de problèmes courants;
- la prise en compte de la survenue d'une affection aiguë sévère nécessitant une intensification du suivi, soit dans un segment dédié (le segment 2 de Porter) ou dans un segment regroupant des personnes avec des besoins complexes (le segment 4 de Rosen et le segment 3 de Langton);
- un segment distinct pour les personnes présentant des problèmes chroniques considérés comme complexes, définis un peu différemment, mais allant au-delà de la simple addition du nombre de conditions chroniques (le segment 5 de Porter, le segment 4 de Rosen et le segment 3 de Langton).

On note **certaines différences** :

- Rosen différencie en deux segments les personnes présentant des affections ou symptômes mineurs *selon que ces problèmes peuvent être pris en charge de façon virtuelle ou non*, signe de l'importance que prend le développement des services virtuels en Grande-Bretagne.
- Rosen est la seule à avoir un segment dédié au concept de « détérioration de l'état de santé » (détérioration d'un problème connu ou survenue d'un nouveau problème ou instabilité clinique).
- Langton a une catégorie « Fragilité », qui inclut les personnes de 65 ans et plus en soins de longue durée ou en soins palliatifs ou répondant positivement à deux critères sur l'échelle de fragilité d'Edmonton [Rolfson *et al.*, 2006].

Il n'y a pas de catégorie dédiée aux problèmes de santé mentale. Ils sont inclus dans les différents segments selon leur gravité ou complexité, comme dans les modèles visant les populations entières [Lynn *et al.*, 2007].

En plus de présenter une définition de leur modèle de segmentation fondée sur les besoins de santé, Porter et ses collaborateurs [2013] et Rosen [2018] illustrent comment l'offre de services pourrait être adaptée aux besoins de santé associés à chaque catégorie selon :

- le mode des visites : en personne, en groupe, de façon virtuelle, etc.;
- le type de professionnel le plus approprié pour être « principal » responsable des soins;
- les membres clés de l'équipe à mobiliser;
- les types de services clés : prévention et promotion de la santé, intervenant pivot, etc.

Porter [2013] ainsi que Lynn [2007] rappellent qu'il est essentiel que les territoires définissent le modèle de segmentation le plus approprié selon la démographie de la

population considérée et les ressources matérielles et humaines constituant la base de l'offre de services.

Enfin, l'analyse des neuf modèles de rétroaction retenus comme sources potentielles d'indicateurs de qualité<sup>6</sup> a révélé que peu de territoires utilisent une approche de segmentation dans leur modèle d'indicateurs de qualité ou dans le rapport présenté aux milieux cliniques. Seulement trois de ces modèles y font référence pour certains indicateurs. Le modèle de rétroaction suédois présente les résultats de la continuité relationnelle des soins selon quatre catégories d'utilisateurs : clientèle générale, patients avec des maladies chroniques, patients avec comorbidité et patients atteints de troubles mentaux [André *et al.*, 2018]. En Ontario, le rapport *MyPractice* [HQO, 2021] fait état de la distribution de la clientèle selon six catégories regroupées des ACG qui compte à l'origine 51 catégories [Starfield *et al.*, 1991]. En Alberta, le *Primary Healthcare Panel Report* présente la distribution de la clientèle selon les 16 catégories du *Groupier* [HQCA, 2021]. En Ontario, comme en Alberta, ces informations sont fournies à titre d'indicateurs descriptifs de la clientèle inscrite, mais ne servent pas à analyser les indicateurs de qualité du point de vue de l'équité.

Le Health Quality Council of Alberta (HQCA) a élaboré un cadre conceptuel nommé *Health Quality Matrix* [HQCA, 2005]. Ce cadre propose d'organiser les services selon une matrice conçue sur deux axes : six dimensions de la qualité (une adaptation des dimensions de l'IOM) se trouvent sur l'axe horizontal et quatre types de besoins de santé des usagers, sur l'axe vertical, soit :

1. être en santé : demeurer en santé et prévenir la survenue d'accidents, de maladies et de conditions chroniques qui peuvent entraîner des incapacités;
2. recouvrer la santé : guérir d'une blessure ou d'une maladie aiguë;
3. vivre avec la maladie et des invalidités : obtenir des soins et du soutien pour des maladies récurrentes ou des incapacités;
4. être en fin de vie : obtenir des soins et du support, dont les objectifs sont de soulager la souffrance et d'améliorer la qualité de vie en lien avec un problème de santé dont l'issue est fatale, ainsi que du soutien pour les proches (deuil).

Les types de diagnostics et d'indicateurs associés aux quatre groupes ne sont toutefois pas définis par le HQCA. Une communication récente avec l'organisme a confirmé que l'implantation de ce cadre conceptuel dans le réseau est présentement à l'étude.

---

<sup>6</sup> Il s'agit de modèles élaborés au Canada dans les provinces de l'Ontario [HQO, 2021], de l'Alberta [HQCA, 2021] et du Manitoba [Manitoba Health, 2020], en plus du modèle de l'ICIS [2012] et de celui du Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) [2021]. Sur la scène internationale, les modèles du Royaume-Uni [NHS, 2021] et de la Suède [André *et al.*, 2018] ont été retenus. Les modèles en mode pilotage du Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne (RCIP) [2020] et celui conçu par les 12 équipes en soins de santé communautaire de première ligne des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) [2017] ont aussi été considérés. Ces modèles sont présentés plus en détail dans une publication distincte de l'INESSS (2022).

### 2.1.3 Application potentielle de l’outil *Grouper* de l’ICIS à une segmentation de la population inscrite en GMF

Cette section présente la proposition de segmentation de la clientèle inscrite en GMF ainsi qu’une exploration de la capacité de l’INESSS à appuyer une telle approche à partir de l’outil *Grouper* de l’ICIS. Cette proposition s’inspire des trois modèles recensés, présentés dans la section précédente, en considérant les contraintes imposées par la structure des systèmes d’information disponibles au Québec.

L’INESSS propose une segmentation de la population inscrite en GMF en quatre catégories, soit :

1. en santé ou présentant des affections épisodiques mineures;
2. affections chroniques mineures;
3. affections chroniques peu complexes, mais présentant des risques de complication à long terme;
4. affections complexes, incluant les déficiences physiques et mentales, des épisodes aigus pour des problèmes graves et la fin de vie.

Le [tableau 5](#) présente la définition des segments.

**Tableau 5 Proposition de segmentation de la population inscrite en GMF et définition des segments**

Segment	Définition
<b>En santé ou présentant des affections mineures épisodiques</b>	Personnes en bonne santé qui ne présentent que des besoins liés aux cycles de vie (périnatalité, petite enfance, adolescence, grossesse, etc.) et des problèmes épisodiques
<b>Affections chroniques mineures</b>	Personnes qui présentent des conditions chroniques mineures sans impact fonctionnel et sans risque élevé de détérioration à court terme, mais nécessitant un suivi périodique
<b>Affections chroniques peu complexes, mais présentant des risques de complication à long terme</b>	Personnes qui nécessitent un suivi régulier pour des problèmes chroniques sans atteinte fonctionnelle importante, mais présentant des risques de complication à long terme
<b>Affections complexes, incluant les déficiences physiques et mentales, des épisodes aigus pour des problèmes graves et la fin de vie</b>	Personnes qui présentent des conditions complexes, incluant des atteintes fonctionnelles physiques ou intellectuelles importantes, une situation d’inégalité et de précarité ou des maladies chroniques ou aiguës sévères avec risques fréquents de détérioration

Cette proposition s'appuie sur les principes de la segmentation en première ligne, énoncés dans la section sur les assises théoriques, et sur l'analyse de la distribution de la clientèle des GMF selon les profils de *Grouper*. Elle tient aussi compte du fait que les banques de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès ne permettent pas d'établir de façon satisfaisante le profil de risque<sup>7</sup> des individus. Il est donc difficile de créer un segment « à risque », comme Porter l'a fait [2013]. Par ailleurs, l'INESSS n'a pas accès à la banque de données des diagnostics pour les personnes en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ni aux résultats à l'échelle de fragilité d'Edmonton. Par conséquent, il est difficile de créer un segment « fragilité et fin de vie », comme celui de Langton et ses collaborateurs [2020].

- Les membres du comité consultatif ont soulevé les principaux conseils et enjeux suivants concernant la proposition de segmentation.
  - Les personnes suivies en obstétrique et les nouveau-nés en santé devraient être associés au segment « En santé », même s'ils nécessitent des services plus concentrés pendant cette période.
  - Un segment devrait inclure les personnes nécessitant un suivi régulier pour des problèmes chroniques mineurs qui présentent un nombre un peu plus élevé de conditions concomitantes que les personnes en santé.
  - La segmentation ne devrait pas comprendre un segment consacré à l'ensemble des problèmes de santé mentale, puisqu'ils ne requièrent pas tous la même intensité de ressources et de services.

La [figure 4](#) propose un énoncé sur les besoins de santé<sup>8</sup> et les types de services pour chaque segment. Ces propositions sont basées sur les travaux de Lynn et ses collaborateurs [2007], sur les trois modèles de segmentation repérés pour la première ligne [Langton *et al.*, 2020; Rosen, 2018; Porter, 2013] ainsi que sur les propos recueillis lors de la consultation des membres du comité consultatif.

- Les membres du comité consultatif ont bonifié la définition des besoins de santé associés à chaque segment ainsi que des services clés à considérer. Ils ont aussi souligné le fait que tous les services ne sont pas nécessairement accessibles dans le réseau public et que cela pose des enjeux d'équité, en termes de qualité, qui doivent être soulevés.

---

<sup>7</sup> Ces données seraient potentiellement disponibles dans le dossier médical électronique auquel l'INESSS n'a pas accès.

<sup>8</sup> Le terme « santé » est pris dans son sens large, comme dans les principes énoncés dans le préambule de la constitution de l'OMS, entrée en vigueur en 1948 : la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [OMS, 2021b].

**Figure 4 Proposition de segmentation de la population québécoise inscrite en GMF, incluant les besoins de santé, la proportion de la population concernée et les services-clés associés.** Les pourcentages correspondent à la fréquence observée dans la population inscrite en GMF au Québec, en 2020.



En ce qui concerne les membres de l'équipe de soins et services mobilisés selon les segments, certains sont communs à tous (équipe de base du GMF, incluant d'autres professionnels de façon épisodique, CLSC, organismes communautaires, usagers et proches aidants), alors que d'autres peuvent varier. À titre d'exemple, certaines femmes du segment « en santé » pourraient avoir besoin de services intrapartum (sage-femme), alors que des personnes du segment « affections complexes » pourraient avoir recours à un intervenant en soins spirituels.

- Les membres du comité consultatif ont encouragé l'équipe projet à faire preuve de discrimination dans la détermination des membres essentiels de l'équipe de première ligne pour chaque segment. Il apparaît utile d'amener les GMF à réfléchir à l'optimisation de la contribution des professionnels constituant l'équipe de base de tous les GMF.

Les six dimensions de la qualité des soins peuvent s'opérationnaliser différemment selon les segments. Par exemple, les activités de promotion de la santé et de prévention sont au cœur de la notion de soins efficaces pour les personnes ayant de faibles besoins de santé, alors que ce sera principalement le contrôle des symptômes et le maintien de l'autonomie pour les personnes ayant des besoins complexes.

- Selon Sabrina Wong et Heather Richards, deux expertes canadiennes en matière de modèles de segmentation, *Grouper* est un modèle de classification qui a une grande validité clinique et méthodologique. Il est un bon point de départ pour concevoir un modèle de segmentation de la population. De plus, lorsqu'apparié avec des données d'utilisation, l'outil *Grouper* peut être utile pour comprendre, planifier et évaluer les services fournis à la population par les milieux de première ligne.

Le [tableau 6](#) apparie les 16 profils *Grouper* à chacun des quatre segments en indiquant la fréquence observée dans la population inscrite en GMF en 2020 et en donnant quelques exemples de diagnostics associés à chaque profil.

**Tableau 6 Appariement des 16 profils du modèle *Grouper* de l'ICIS selon les segments proposés avec exemples de conditions issues des 164 branches associées à chaque profil**

Segment	Profils du <i>Grouper</i> ( <i>inscrite</i> )*	Exemples de conditions des 164 branches
<b>En santé ou présentant des affections mineures épisodiques</b>	12- Affection mineure aiguë (31,4 %)	Dermatite, infection des voies respiratoires supérieures, lombalgie, dyspepsie, insomnie
	15- Utilisateurs sans affection (12,6 %)	s.o.
	11- Obstétrique (2,7 %)	Tous les codes CIM-10 liés à l'obstétrique
	16- Non-utilisateurs (2,5 %)	s.o.
	14- Nouveau-nés en santé (1,5 %)	Nouveau-né en santé (un code CIM-10)
<b>Affections chroniques mineures</b>	13- Affection mineure chronique (8,6 %)	Hypertension, asthme, désordre des tissus mous, trouble menstruel (inclut ménopause), obésité, dyslipidémie, gastrite
<b>Affections chroniques peu complexes, mais présentant des risques de complication à long terme</b>	08- Affection modérée chronique (13,9 %)	Maladie cardiovasculaire et arythmie sans insuffisance cardiaque, ostéoarthrite et polyarthrite rhumatoïde, cataracte, MPOC sans pneumonie
	10- Autre trouble de santé mentale (6,3 %)	Dépression, trouble anxieux, trouble de la personnalité, trouble comportemental ou émotif chez adolescent, abus de substance, trouble du développement incluant le spectre de l'autisme
	07- Affection modérée aiguë (4,3 %)	Ischémie cérébrale transitoire, convulsion, insuffisance rénale aiguë, diabète sans hypoglycémie ou atteinte organe cible, appendicite, tunnel carpien
	09- Autres cancers (1,5 %)	Cancer du sein et de la prostate, cancer de la peau/thyroïde
<b>Affections complexes, incluant les déficiences physiques et mentales, des épisodes aigus pour des problèmes graves et la fin de vie</b>	03- Affection majeure chronique (5,3 %)	Diabète/ hypoglycémie/ atteinte organe cible, insuffisance cardiaque, syndrome paralytique
	02- Affection majeure aiguë (4,3 %)	Majeur musculosquelettique (fracture du fémur), infarctus aigu du myocarde, péritonite, MPOC avec pneumonie, angine instable, AVC
	06- Cancer majeur (2,7 %)	Cancer du poumon, du colon, de l'ovaire, leucémie, lymphome
	05- Trouble de santé mentale majeur (1,7 %)	Démence, trouble délirant, condition unie ou bipolaire, trouble de l'alimentation
	04- Affection majeure d'un nouveau-né (0,7 %)	Nouveau-né avec autre complication, petit poids extrême
	01- État palliatif (0,0 %) ( <i>n</i> =1 310/5 397 334)	État palliatif aigu (un code CIM-10)

\* Pourcentage de la population inscrite en GMF dans chaque profil *Grouper* ([tableau 3](#)).

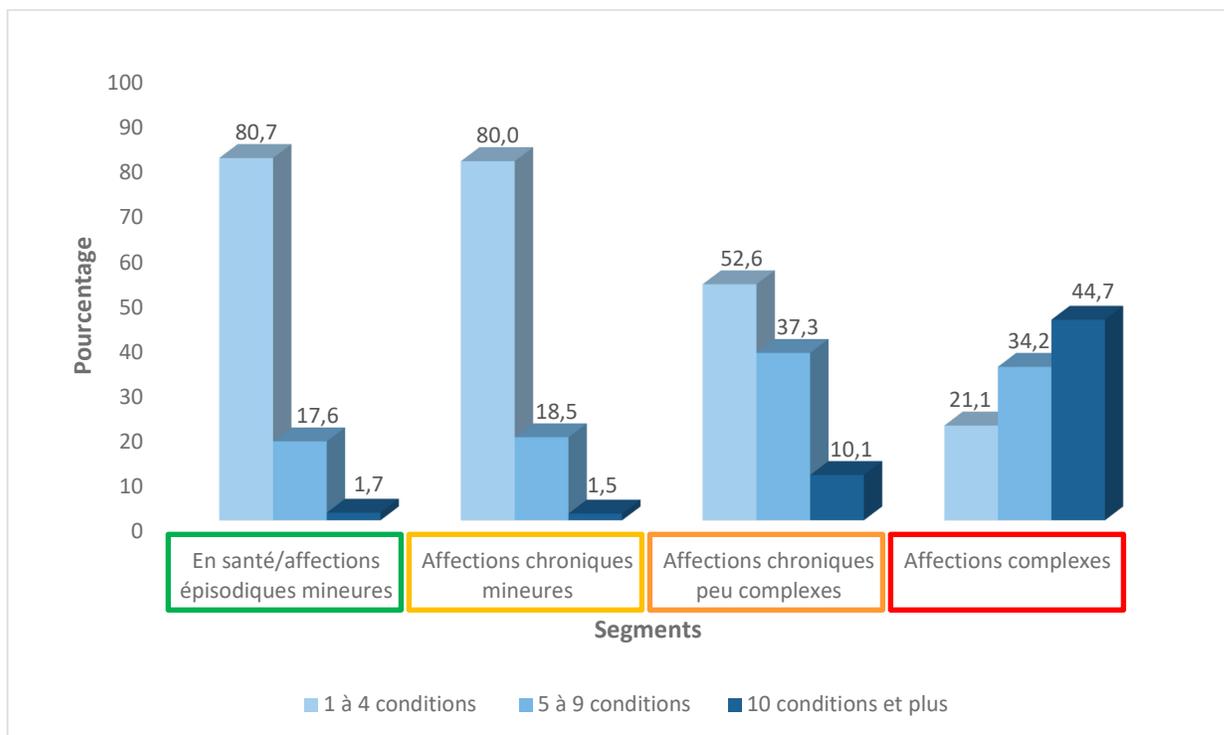
Abréviations : AVC : accident vasculaire cérébral; CIM : classification internationale des maladies; MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique; s.o. : sans objet.

Cette proposition de segmentation ne remet pas en question le regroupement des 164 branches, tel que défini par l'ICIS.

- Les membres du comité consultatif ont toutefois émis des réserves sur l'inclusion par *Grouper* des problèmes de toxicomanie et d'abus de substance dans le profil « Autre problème de santé mentale », plutôt que dans le profil « Trouble de santé mentale majeur ». De leur point de vue, il s'agit d'une affection qui exige parfois plus de ressources en première ligne que le suivi des personnes souffrant de troubles psychotiques ou de troubles graves de l'humeur.

Les profils *Grouper* n'informent pas sur le nombre de conditions différentes associées à chaque personne. Pour estimer la comorbidité associée à chacun des segments, le nombre de conditions observé pour chaque profil *Grouper* a été analysé (figure 5). Les résultats montrent que le nombre de conditions que présentent les usagers inscrits en GMF augmente avec la gravité des affections et la complexité des soins et services associés à chaque segment. En effet, moins de 2 % des usagers présentent 10 conditions et plus pour les segments « En santé » et « Affections chroniques mineures », alors que ce pourcentage augmente à près de 10 % et de 45 % pour les segments « Affections chroniques peu complexes » et « Affections complexes », respectivement.

**Figure 5 Répartition des usagers inscrits en GMF selon le nombre de conditions, par segments**



Enfin, la proposition de segmentation respecte la logique de la progression de l'intensité des besoins de santé et des ressources engagées associées aux 16 profils. Bien qu'il ne capte pas les services de CLSC ou les services offerts au privé, *Grouper* tient compte des suivis spécialisés et des hospitalisations qui contribuent à la complexité du suivi, une information qui n'est pas toujours accessible à partir des dossiers médicaux électroniques.

Cette proposition de segmentation a pour but d'appuyer les GMF dans leurs efforts d'amélioration de l'organisation des soins et services adaptés aux besoins de leurs différentes clientèles. Elle ne remet pas en cause la nécessité d'un registre de la clientèle, qui peut être créé à partir des dossiers médicaux électroniques à des fins de suivi clinique et de prise en compte de la situation de vie de chaque personne, incluant l'impact des différents déterminants sociaux de la santé et des facteurs d'équité.

## 2.2 Caractéristiques organisationnelles des GMF

Cette section présente les caractéristiques organisationnelles des GMF, issues des documents consultés et des banques de données, pour comprendre leurs impacts potentiels sur la production et l'interprétation des indicateurs de qualité. Certaines modifications ont été apportées au cadre de référence des GMF le 1<sup>er</sup> avril 2021, dans le contexte d'une transition vers un nouveau cadre en 2022 [MSSS, 2021]. Nous tenons compte de ces modifications dans le texte, mais elles ne se reflètent pas encore dans les tableaux puisque les données dont l'INESSS dispose datent de mars 2021.

### 2.2.1 Caractéristiques générales des GMF

À la base, la création d'un GMF est un projet proposé par un groupe de médecins. Pour être admissibles au *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* [MSSS, 2017], les médecins du groupe doivent conclure une entente en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* et pratiquer ensemble au sein d'un cabinet ou d'une installation exploitée par un établissement de santé. Les fondements du programme sont « l'adhésion volontaire des médecins et une structure de financement d'équipe ». De plus, la structure du programme « impose d'assurer aux patients inscrits un accès raisonnable en temps opportun » [MSSS, 2017].

Tous les médecins membres d'un GMF ont accès à l'ensemble des dossiers médicaux des usagers inscrits. L'utilisateur peut également avoir accès à des services de suivi auprès d'une infirmière, d'un travailleur social ou d'un autre professionnel de la santé du GMF [Gouvernement du Québec, 2021]. En mars 2021, 365 GMF étaient dénombrés au Québec<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Selon l'information disponible à l'INESSS (communication du MSSS).

## 2.2.2 Taille, type de milieu clinique et mission des GMF

Les GMF sont généralement constitués de différents milieux cliniques qui se sont réunis pour offrir des services à une population inscrite. Ils sont catégorisés selon trois caractéristiques qui définissent entre autres la hauteur de l'investissement consenti par le MSSS et les obligations du GMF, soit la taille de la clientèle inscrite (niveau du GMF), le type de milieu clinique (établissement, cabinet privé ou mixte) et la mission (universitaire, réseau ou classique).

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021, les GMF-R ont été scindés en deux catégories : ceux effectuant moins de 20 000 consultations annuelles auprès d'individus dont le lieu d'inscription n'est pas le même GMF, qui reçoivent la dénomination de GMF accès (GMF-A), et ceux effectuant 20 000 consultations ou plus de ce type, qui conservent la dénomination de GMF réseau (GMF-R). Ces modifications sont associées à une augmentation des heures disponibles pour la mission réseau et du nombre de professionnels qui y sont affectés [MSSS, 2021]. Le [tableau 7](#) résume la distribution des différentes variables organisationnelles selon la situation au 31 mars 2021.

La majorité des GMF sont des GMF classiques. Les GMF universitaires (GMF-U) sont des GMF reconnus par les universités qui accueillent des résidents en médecine, des étudiants et des stagiaires d'autres professionnels du groupe [MSSS, 2020b]. La pratique des médecins résidents est facturée par le médecin superviseur, selon son propre mode de rémunération (à salaire, à honoraires fixes ou rémunération mixte). Les usagers suivis par les résidents sont tous inscrits auprès d'un médecin superviseur.

Les GMF réseaux (GMF-R et GMF-A) dispensent les mêmes services que les GMF classiques, mais doivent aussi offrir des consultations à des usagers non inscrits à leur GMF (entre 4 et 12 heures par jour, selon le niveau de désignation), être ouverts plus longtemps (7 jours sur 7), offrir des rendez-vous pour le lendemain, offrir des services de prise de sang ou d'imagerie sur place et faciliter l'accès aux services spécialisés. Des médecins qui ne font pas partie d'un GMF réseau peuvent participer à l'offre de services liée à la désignation réseau [MSSS, 2017].

L'enjeu pour le projet Repères GMF est le suivant : il faut se demander si les visites faites par des usagers qui ne sont pas inscrits à un GMF réseau ou qui sont inscrits auprès de médecins qui ne sont pas associés au GMF réseau devront être prises en compte pour le calcul des indicateurs.

**Tableau 7 Répartition des GMF selon les variables organisationnelles et certaines données clinico-administratives**

Variables organisationnelles	Types de GMF			Total* (%)
	GMF classique	GMF-R <sup>†</sup>	GMF-U	
Nombre de GMF	268	51	46	365 (100 %)
Nombre de sites ( <i>source : GMF-GRL</i> )				
1	94	7	15	116 (31,8 %)
2	70	19	9	98 (26,8 %)
3	44	6	7	57 (15,6 %)
4 et plus	60	19	15	94 (25,8 %)
Nombre de médecins ( <i>source : GMF-GRL</i> )				
1 à 5	4	0	0	4 (1,1 %)
6 à 10	38	1	0	39 (10,7 %)
11 à 15	52	1	1	54 (14,8 %)
16 et plus	174	49	45	268 (73,4 %)
Statut du GMF ( <i>source : MSSS</i> )				
Cabinet privé	215	46	3	264 (72,3 %)
Établissement	12	1	29	42 (11,5 %)
Mixte	41	4	14	59 (16,2 %)
Niveau du GMF attribué par le MSSS selon les inscriptions pondérées ( <i>source : MSSS</i> )				
1	40	4	4	48 (13,1 %)
2	47	3	5	55 (15,1 %)
3	37	2	8	47 (12,8 %)
4	39	5	9	53 (14,5 %)
5	34	4	6	44 (12,0 %)
6	20	4	7	31 (8,6 %)
7	4	4	0	8 (2,2 %)
8	8	5	0	13 (3,6 %)
9	18	17	7	42 (11,5 %)
0	21	3	0	24 (6,6 %)

\* 8 GMF sont exclus, car l'information organisationnelle n'est pas disponible dans le fichier fourni par le MSSS.

† Les deux GMF-R-U ont été classés dans les GMF-R puisque le fait d'être « R » a des implications importantes sur la taille du GMF, les ressources attribuées et la taille de la clientèle desservie. Les nouveaux GMF-A sont inclus dans les GMF-R.

### 2.2.2.1 Taille de la population inscrite et niveaux de GMF

Le nombre d'inscriptions pondérées est l'indicateur retenu pour l'attribution des ressources humaines, financières et matérielles au GMF par le MSSS. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021, les GMF sont classés en 12 niveaux plutôt que neuf. Ces 12 niveaux s'échelonnent de 6 000 inscriptions pondérées à 39 000 et plus ([tableau 8](#)). Certains groupes d'utilisateurs comptent pour plus d'une inscription, tels que ceux avec des besoins complexes suivis à domicile (12 inscriptions), des femmes avec un suivi de grossesse ou ayant eu un épisode de soins correspondant à un accouchement (3 inscriptions) et des utilisateurs vulnérables, selon les codes de vulnérabilité, ou défavorisés (2 inscriptions). Ainsi, le nombre d'inscriptions pondérées est supérieur au nombre d'individus inscrits au GMF.

**Tableau 8 Description des cibles d'inscriptions pondérées selon les 12 niveaux de désignation des GMF**

Niveau du GMF	Cibles d'inscriptions pondérées
1	6000 à 8999
2	9000 à 11 999
3	12 000 à 14 999
4	15 000 à 17 999
5	18 000 à 20 999
6	21 000 à 23 999
7	24 000 à 26 999
8	27 000 à 29 999
9	30 000 à 32 999
10	33 000 à 35 999
11	36 000 à 38 999
12	39 000 et plus

L'enjeu pour le projet Repères GMF est le suivant : comme les indicateurs sont calculés à partir de l'expérience de consultation des individus, un enjeu de fiabilité quant à certains indicateurs basés sur des événements plus rares pourrait survenir dans les petits GMF parce que le dénominateur est trop petit.

### 2.2.2.2 Statut de l'établissement

Le mode de facturation des médecins varie selon le statut du GMF, ce qui a un impact sur la production des indicateurs à partir des banques de données de la RAMQ. Dans les GMF en cabinet privé, la rémunération est à l'acte, nonobstant différents forfaits liés ou non liés aux visites. Depuis 2016, la rémunération mixte est le mode qui prévaut dans les GMF en établissement public. Le passage à la rémunération mixte a cependant été volontaire, si bien qu'une proportion des médecins qui exercent en CLSC ou en GMF-U facturent encore de façon traditionnelle, sans fournir le détail des visites.

L'enjeu pour le projet Repères GMF est le suivant : le mode de facturation peut induire un biais systématique en réduisant la fiabilité des indicateurs produits pour les GMF en établissement et pour les sites en établissement des GMF mixtes.

### 2.2.3 Soutien professionnel des GMF

L'information contenue dans la présente section est tirée de la publication *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* [MSSS, 2017] et du plan de transition des GMF. Ce dernier augmente l'attribution de personnel professionnel pour certains niveaux de GMF [MSSS, 2021]. Les ressources professionnelles, autres que les médecins, qui sont attribuées au GMF dépendent du niveau et du type de celui-ci. Pour tous les GMF, le « noyau de base » à cet égard comprend des infirmières cliniciennes, des pharmaciens et des travailleurs sociaux.

Les GMF-R et les GMF-U ont accès à des infirmières auxiliaires. Les GMF-U ont aussi accès à des IPS-PL et à un agent d'amélioration continue de la qualité (AACQ).

Les pharmaciens, communautaires ou d'établissement, peuvent faire partie des équipes de GMF qui reçoivent un financement distinct pour couvrir leurs frais de service.

Les GMF de grande taille peuvent intégrer d'autres professionnels de la santé (IPS-PL, infirmières auxiliaires, nutritionnistes, kinésiothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, psychologues) que ceux prévus et financés distinctement par le *Programme*. Le choix de ces professionnels revient au GMF et est fonction du type de clientèle.

La pratique interprofessionnelle est encouragée. La vision repose sur la responsabilité partagée entre les différents membres de l'équipe, selon les besoins de l'utilisateur. Le médecin de famille n'est ainsi plus le seul à assurer le suivi de la clientèle. Grâce aux ordonnances collectives et à l'élargissement des champs de pratique, la qualité des soins reçus est davantage le résultat de la pratique interprofessionnelle que de celle d'un seul professionnel.

Les ressources sont affectées en équivalent temps plein (ETP) par le CISSS ou CIUSSS du territoire. On retrouve à l'annexe A la répartition des différents professionnels selon le niveau et le type de GMF. Les professionnels affectés au GMF exercent dans les GMF sous l'autorité fonctionnelle des médecins du GMF et sous l'autorité administrative de

l'établissement auquel ils se rattachent (CISSS ou CIUSSS). Même si ces professionnels sont engagés par les CISSS et les CIUSSS, ils consignent leurs interventions dans les dossiers médicaux électroniques des GMF où ils exercent plutôt que dans le système I-CLSC des CISSS et des CIUSSS.

L'enjeu pour le projet Repères GMF est le suivant : comme les professionnels ne consignent pas leurs interventions dans I-CLSC, les visites des usagers ne peuvent pas être prises en compte, ce qui peut poser un problème pour la production de certains indicateurs de qualité. Les IPS-PL sont toutefois encouragées à noter leurs visites dans la base GMF-GRL. Des analyses sont en cours au sujet de cette base de données.

#### **2.2.4 Intégration de la responsabilité populationnelle au cadre GMF**

Le plan de transition [MSSS, 2021] prévoit la mise en place progressive et volontaire d'une offre de services par les GMF à la population sans médecin de famille. Chaque Département régional de médecine générale (DRMG) est ainsi responsable des travaux menant à la définition de l'offre au sein de sa région, afin d'assurer un accès à des services de première ligne en temps opportun à la population sans médecin de famille.

Un GMF pourra convenir d'une entente avec le DRMG, *en cogestion avec le président-directeur général et le directeur des services professionnels*, afin de déterminer le nombre de plages de disponibilité qu'il rend accessibles annuellement à la population sans médecin de famille. Les visites offertes peuvent avoir lieu avec d'autres professionnels du GMF que les médecins de famille.

L'accès à ces rendez-vous s'effectue en collaboration avec les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, notamment le personnel formé des urgences, ainsi que les infirmières des centres d'appels régionaux, d'Info-Santé 811 et des guichets d'accès en première ligne (guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) ou autre). Un soutien à la pratique est prévu afin de promouvoir cette mesure en déploiement. Il se traduira par des transferts aux établissements pour rémunérer le personnel additionnel en GMF et en établissement.

Le MSSS mettra aussi en place un « orchestrateur », qui sera une solution informatique permettant l'harmonisation et la gestion des rendez-vous avec un médecin ou un professionnel de la santé en première ligne, en présentant à l'utilisateur l'ensemble des plages disponibles, quelle que soit la plateforme de prise de rendez-vous utilisée.

## DISCUSSION

Ce rapport s'inscrit dans le cadre du projet Repères GMF, dont l'objectif est d'élaborer un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne, mesurables à partir des bases de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès. Ces nouvelles connaissances pourront être reprises localement pour les intégrer aux activités de facilitation de la pratique et d'amélioration continue de la qualité dans les GMF.

Le rapport propose une segmentation des clientèles selon leurs besoins de soins et services et révèle certains enjeux quant à la production des indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne au Québec, en lien avec les caractéristiques organisationnelles des GMF et les caractéristiques de la population inscrite en GMF.

### **Caractéristiques cliniques et sociodémographiques de la population inscrite en GMF et possibilité de segmentation avec *Grouper***

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques montre que les hommes sont sous-représentés dans la population inscrite auprès d'un médecin de famille qui pratique en GMF, par rapport à la population orpheline, et que les personnes inscrites sont en moyenne plus âgées. En ce qui concerne les indices de vulnérabilité matérielle et sociale, la population inscrite en GMF est un peu plus favorisée que la population orpheline, ce qui indique l'existence d'enjeux d'équité d'accès aux services de première ligne. Cette observation milite en faveur de l'intégration d'indicateurs d'équité populationnelle à l'ensemble des indicateurs à élaborer dans le cadre du projet Repères GMF.

L'analyse des caractéristiques cliniques des usagers inscrits auprès d'un médecin qui exerce en GMF au Québec confirme ce qui a été noté concernant d'autres territoires : la majorité des usagers présentent des besoins de santé peu complexes (prévention, problèmes aigus et chroniques légers à modérés) [Maddocks *et al.*, 2020; Finley *et al.*, 2018; Peabody *et al.*, 2018]. Ce constat va dans le sens de la mission du secteur des soins et services de première ligne. Il faut donc élaborer un ensemble d'indicateurs qui seront aussi pertinents pour ces usagers. Le fait que la consultation à l'urgence et les hospitalisations soient relativement rares pourrait compromettre la fiabilité et la pertinence des indicateurs basés sur ces événements lorsqu'ils sont ramenés au niveau du GMF, surtout pour les GMF de petite taille. Cet enjeu pourrait notamment toucher les indicateurs en lien avec les suivis après une hospitalisation pour les personnes vulnérables et les hospitalisations pour les conditions propices aux soins ambulatoires.

L'élaboration d'une approche visant à produire des indicateurs selon des regroupements pertinents sur le plan clinique ressort donc comme une priorité pour le projet Repères GMF. En se basant sur les trois modèles de segmentation repérés concernant la première ligne [Langton *et al.*, 2020; Rosen, 2018; Porter *et al.*, 2013] ainsi que sur les consultations auprès des membres du comité consultatif, incluant des patients collaborateurs, l'INESSS propose une segmentation de la population inscrite en GMF en quatre catégories, soit :

1. en santé ou présentant des affections mineures épisodiques;
2. affections chroniques mineures;
3. affections chroniques peu complexes, mais présentant des risques de complication à long terme;
4. affections complexes, incluant les déficiences physiques et mentales, des épisodes aigus pour des problèmes graves et la fin de vie.

L'INESSS a choisi l'approche de l'ICIS, soit *Grouper*, pour regrouper en quatre segments la population inscrite en GMF. Ce choix s'appuie sur le fait que *Grouper* a été élaboré suivant une démarche rigoureuse fondée sur l'analyse de données canadiennes, plutôt qu'américaines, et qui a notamment impliqué la contribution de professionnels de la santé [CIHI, 2017]. L'outil a fait l'objet de travaux de validation en regard d'autres méthodes de segmentation des populations, dont les ACGs et l'index de comorbidité Elixhauser [Huang *et al.*, 2019], ainsi que les banques de données clinico-administratives de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario [Li *et al.*, 2019]. Le Bureau des données clinico-administratives de l'INESSS a travaillé en étroite collaboration avec l'ICIS pour adapter les algorithmes aux banques de données québécoises.

- Les membres du comité consultatif ont validé la pertinence d'utiliser *Grouper*, mais ont souligné que l'outil ne tient pas compte de l'intensité de mobilisation de certaines ressources en première ligne (soins à domicile, ressources communautaires, services psychosociaux, physiothérapie et réadaptation, etc.).

En effet, l'outil *Grouper* ne tient pas compte des services non rémunérés par la RAMQ, ni des services donnés par les CLSC, puisque le système d'information I-CLSC n'est pas considéré dans la programmation des algorithmes du *Grouper*. Du point de vue des équipes de première ligne, cela peut contribuer à sous-estimer la lourdeur réelle de certaines clientèles, dont celles qui présentent une complexité en partie attribuable à des besoins non comblés liés aux déterminants de la santé, à des problèmes de nature psychosociale ou musculosquelettique, ou encore liés à des déficiences.

Malgré ces limites, l'analyse des comorbidités associées à chacun des 16 profils du *Grouper* permet de croire que la segmentation proposée est adéquate. De plus, le fait que les 16 profils *Grouper* soient produits sur la base de trois ans d'utilisation des services réduit l'ampleur du nombre de personnes qui changent de catégorie d'une année à l'autre.

L'ensemble des données et perspectives recueillies dans le cadre de ce travail vient appuyer le concept de segmentation comme outil pour guider l'organisation des services destinés aux clientèles présentant des besoins comparables. Cette approche est apparue porteuse pour appuyer une réflexion sur l'organisation et la qualité des soins et services en GMF.

## **Impact des caractéristiques organisationnelles des GMF sur la production des indicateurs de qualité**

L'analyse des caractéristiques organisationnelles confirme que les GMF, bien qu'ils partagent certaines caractéristiques fondatrices, ne constituent pas un ensemble homogène. Cela peut avoir un impact sur les résultats et l'interprétation de certains indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne.

En ce qui concerne le mode organisationnel des GMF, une grande variabilité est observée. Cette variabilité milite en faveur de la comparaison des GMF semblables sur le plan organisationnel. De plus, la question de la pertinence de produire des indicateurs pour l'ensemble d'un GMF plutôt que pour chacun de ses sites pourrait être soulevée par les équipes cliniques. Notons que certains GMF sont constitués de plus de dix sites. En plus de l'enjeu des cultures de pratique potentiellement différentes entre les sites et de la présence, ou non, de divers professionnels sur place, on pourrait poser la question des limites imposées par la petite taille de certains sites. En effet, y aurait-il une limite au-delà de laquelle le nombre de personnes inscrites à un site serait trop petit pour produire des indicateurs fiables? Il faudra explorer ces questions avec les professionnels des GMF.

Pour calculer les indicateurs de qualité dans le cas des GMF réseaux, il faudra uniquement considérer la clientèle inscrite dont le GMF a la responsabilité pour l'ensemble de ses besoins.

Le fait qu'il n'y ait pas de différence entre les types de GMF quant à la proportion d'utilisateurs sans diagnostic, selon *Groupier*, est rassurant. Pour les GMF en établissement, le passage à la rémunération mixte a certainement contribué à réduire la proportion de données manquantes sur la facturation. Cependant, l'absence de consignation systématique, dans une même banque de données, des visites faites auprès d'autres professionnels d'un GMF compromet la capacité de mesurer la continuité et la coordination des soins et services de même que l'accès des utilisateurs inscrits aux différents professionnels. Le problème repose sur le fait que ces visites peuvent être notées dans différents systèmes d'information, dont les dossiers médicaux électroniques du GMF ou les bases de données I-CLSC ou GMF-GRL. Des efforts seront d'ailleurs faits pour tirer profit des banques de données qui contiennent des informations saisies par les professionnels de l'équipe autres que les médecins, ainsi que pour favoriser l'utilisation d'indicateurs tenant compte du travail d'équipe.

### **Prochaines étapes et retombées**

Les prochaines étapes du projet Repères GMF sont de réaliser un projet pilote dans un nombre restreint de GMF en utilisant quelques indicateurs de qualité prioritaires par les membres du comité consultatif, pour assurer l'acceptabilité du projet Repères GMF, la pertinence des informations et des interprétations présentées ainsi que l'utilité de l'information pour les GMF. Dans l'optique d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins de la clientèle en GMF, les indicateurs seront produits selon les segments de population ayant des besoins comparables en matière d'organisation des services plutôt que par maladie spécifique.

## RÉFÉRENCES

- André M, Elmroth U, Arvidsson E, Månsson J. Quality indicators aiming to help primary care in Sweden to balance between what to do and what not to do. *BMJ Evid Based Med* 2018;23(Suppl 2):A40.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008;27(3):759-69.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288(15):1909-14.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). CIHI's population grouping methodology 1.1 (compiled codes): Methodology report. Ottawa, ON : CIHI; 2017.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS). Les solutions émergentes – Rapport et recommandations. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2000. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>.
- Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998;36(1):8-27.
- Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S, et al. What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Can Fam Physician* 2018;64(11):832-40.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Dubois MF, Almirall J. Psychological distress and multimorbidity in primary care. *Ann Fam Med* 2006;4(5):417-22.
- Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique [site Web]. Québec, Qc : Gouvernement du Québec; 2021. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>.
- Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law* 2010;5(Pt 1):71-90.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). Primary Healthcare Panel Reports. [site Web]. Calgary, AB : HQCA; 2021. Disponible à : <https://hqca.ca/resources-for-improvement/primary-healthcare-panel-reports/>.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). Alberta Quality Matrix for Health. User guide. Calgary, AB : HQCA; 2005. Disponible à : [https://hqca.ca/wp-content/uploads/2018/05/HQCA\\_User\\_Guide\\_Web.pdf](https://hqca.ca/wp-content/uploads/2018/05/HQCA_User_Guide_Web.pdf).

- Health Quality Ontario (HQO). *MyPractice: Primary Care* [site Web]. Toronto, ON : HQO; 2021. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/quality-improvement/practice-reports/primary-care>.
- Huang X, Peterson S, Lavergne R, Ahuja M, McGrail K. Predicting the cost of health care services: A comparison of case-mix systems and comorbidity indices that use administrative data. *Med Care* 2020;58(2):114-9.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Méthodologie de regroupement de la population. Ottawa, ON : ICIS; 2020. Disponible à : [http://www.cihi.ca/sites/default/files/document/infosheet\\_popgroupmethod\\_fr\\_web\\_0.pdf](http://www.cihi.ca/sites/default/files/document/infosheet_popgroupmethod_fr_web_0.pdf).
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Rapport sur la mise à jour des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2012. Disponible à : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Pan-Canadian\\_PHC\\_Indicator\\_Update\\_Report\\_fr\\_web.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Pan-Canadian_PHC_Indicator_Update_Report_fr_web.pdf).
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Indice de défavorisation matérielle et sociale [site Web]. Québec, Qc : INSPQ; 2020. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/defavorisation/indice-de-defavorisation-materielle-et-sociale>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne visant à appuyer l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille au Québec – Repères GMF. Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu et Geneviève Martin. Québec, Qc : INESSS; 2022. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Énoncé de principes et fondements éthiques. Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux – Juin 2021. Québec, Qc : INESSS; 2021. Disponible à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021\\_VF.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf).
- Institute of Medicine (IOM). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC : National Academies Press; 2001. Disponible à : <https://www.med.unc.edu/neurosurgery/wp-content/uploads/sites/460/2018/10/Crossing-the-Quality-Chasm.pdf>.
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Projet d'indicateurs communs de l'initiative phare Soins de santé communautaires de première ligne (SSCPL). Ottawa, ON : IRSC; 2017. Disponible à : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/47012.html>.
- Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. *The Johns Hopkins ACG® Case-Mix System Version 6.0 Release Notes*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University; 2003.

- Langton JM, Wong ST, Burge F, Choi A, Ghaseminejad-Tafreshi N, Johnston S, et al. Population segments as a tool for health care performance reporting: An exploratory study in the Canadian province of British Columbia. *BMC Fam Pract* 2020;21(1):98.
- Lévesque JF, Haggerty JL, Burge F, Beaulieu MD, Gass D, Pineault R, Santor DA. Canadian experts' views on the importance of attributes within professional and community-oriented primary healthcare models. *Healthc Policy* 2011;7(Spec Issue):21-30.
- Li Y, Weir S, Steffler M, Shaikh S, Wright JG, Kantarevic J. Using diagnoses to estimate health care cost risk in Canada. *Med Care* 2019;57(11):875-81.
- Lynn J, Straube BM, Bell KM, Jencks SF, Kambic RT. Using population segmentation to provide better health care for all: The "Bridges to Health" model. *Milbank Q* 2007;85(2):185-212.
- MacLean CH, Kerr EA, Qaseem A. Time out—Charting a path for improving performance measurement. *N Engl J Med* 2018;378(19):1757-61.
- Maddocks HL, Stewart M, Fortin M, Glazier RH. Characteristics of consistently high primary health care users in the DELPHI database: Retrospective study of electronic medical records. *Can Fam Physician* 2020;66(1):45-52.
- Manitoba Health. Manitoba Primary Care Quality Indicators Full Guide Version 4.0 – Quick Reference Summary. Winnipeg, MB : Manitoba Health; 2020. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/pin/docs/mpcqi.pdf>.
- Meneer M, Blanchette MA, Demers-Payette O, Roy D. A framework for value-creating learning health systems. *Health Res Policy Syst* 2019;17(1):79.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan de transition pour les groupes de médecine de famille (GMF), les groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) et les groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022. Québec, Qc : MSSS; 2021. Disponible à : [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/archives/dgaumip-029\\_pj\\_a1-plan-de-transition-reconduction-gmf.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/archives/dgaumip-029_pj_a1-plan-de-transition-reconduction-gmf.pdf).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF-Réseau) [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2020a. Disponible à : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupes-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U). Québec, Qc : MSSS; 2020b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-920-01W.pdf>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2699193?docref=kGA7hXthJqme8DHiKhgNIQ>.
- Ministry of Health. The Health System Matrix 6.1: Understanding the health care needs of the British Columbia population through population segmentation. Victoria, BC : British Columbia Ministry of Health; 2015. Disponible à : <https://docplayer.net/62014760-The-health-system-matrix-6-1-understanding-the-health-care-needs-of-the-british-columbia-population-through-population-segmentation.html>.
- National Health Service (NHS). Quality and Outcomes Framework (QOF), enhanced services and core contract extraction specifications (business rules) [site Web]. Londres, Angleterre : NHS; 2021. Disponible à : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-collections/quality-and-outcomes-framework-qof>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Soins de santé primaires [site Web]. Genève, Suisse : OMS; 2021a. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Constitution [site Web]. Genève, Suisse : OMS; 2021b. Disponible à : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>.
- Outcomes Based Healthcare (OBH). Segmentation approaches for outcomes based commissioning. Part 1 – Whole population segmentation models. Segmentation for Outcomes. Londres, Angleterre : AHSN Network; 2016-Part 1. Disponible à : <https://outcomesbasedhealthcare.com/wp-content/uploads/2019/06/OBH-Part-1-Segmentation-for-Outcomes-Dec-2018-.pdf>.
- Outcomes Based Healthcare (OBH). Segmentation approaches for outcomes based commissioning. Part 2 – Evaluation of the Bridges to Health segmentation model for outcomes measurement. Segmentation for Outcomes. Londres, Angleterre : AHSN Network; 2016-Part 2. Disponible à : <https://outcomesbasedhealthcare.com/wp-content/uploads/2019/06/OBH-Part-2-Segmentation-for-Outcomes-Oct-2018.pdf>.
- Peabody MR, O'Neill TR, Stelter KL, Puffer JC. Frequency and criticality of diagnoses in family medicine practices: From the National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS). J Am Board Fam Med 2018;31(1):126-38.
- Pomey MP, Martin E, Forest PG. Quebec's family medicine groups: Innovation and compromise in the reform of front-line care. Canadian Political Science Review 2009;3(4):31-46.
- Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: A strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. Health Aff (Millwood) 2013;32(3):516-25.

- Porter ME. What Is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363(26):2477-81.
- Porter ME. A strategy for health care reform—Toward a value-based system. *N Engl J Med* 2009;361(2):109-12.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Modifications apportées aux codes et aux catégories de problèmes de santé ainsi qu'aux groupes de vulnérabilité. Infolettre 171. Québec, Qc : RAMQ; 2017. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2017/info171-7.pdf>.
- Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP). Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network (CPCSSN) [site Web]. CPCSSN; 2021. Disponible à : <https://cpcssn.ca/>.
- Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne (RCIP). Un système automatisé de partage d'information pour améliorer les soins et l'engagement des patients [site Web]. RCIP; 2020. Disponible à : <https://www.cpin-rcip.com/>.
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006;35(5):526-9.
- Rosen R. *Divided we fall: Getting the best out of general practice*. Londres, Angleterre : Nuffield Trust; 2018. Disponible à : <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-02/nt-divided-we-fall-gp-web.pdf>.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
- Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: A categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res* 1991;26(1):53-74.
- Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de 2016 [site Web]. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2019. Disponible à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>.
- Tremblay JL, Lord B, Chabot C, Bourassa J, Lemieux M. Cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille universitaires du Québec. Québec, Qc : CIUSSS de la Capitale-Nationale; 2017. Disponible à : <https://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2017/10/Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-en-lien-avec-IACQ-en-GMF-U-Version-1.pdf>.

# ANNEXE A

## Informations complémentaires

Tableau A-1 Professionnels selon le niveau (base de tous les GMF)

Niveau du GMF	Infirmières cliniciennes (EPT)	Travailleurs sociaux (EPT)	Autres professionnels (EPT)
1	1	0,5	0,5
2	1,5	1	0,5
3	2	1	1
4	2,5	1,5	1
5	3	1,5	1,5
6	3,5	2	1,5
7	4	2	2
8	4,5	2,5	2
9	5	2,5	2,5
10	5,5	3	2,5
11	6	3	3
12	6,5	3,5	3

**Source** : « Tableau 2 – Niveau du soutien professionnel selon le niveau du GMF », Plan de transition pour les groupes de médecine de famille (GMF), les groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) et les groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022 [MSSS, 2021, p. 5].

**Tableau A-2 Ressources additionnelles prévues par le programme GMF dans les GMF-R**

Dénomination	Niveau	Infirmières auxiliaires (ETP)	Infirmières techniciennes (ETP)	Infirmières cliniciennes (ETP)
GMF-A	1	1,5	0	0
	2	2	0	0
	3	2,5	0	0,5
GMF-R	4	4	1	1
	5	4,5	1	1
	6	5	1	1
	7	5,5	1	1
	8	6	1	2
	9	6,5	1	2
	10	7	1	2
	11	7,5	1	2
	12	8	1	3

**Source** : « Tableau 4 – Niveau du soutien professionnel selon le niveau de la désignation réseau », Plan de transition pour les groupes de médecine de famille (GMF), les groupes de médecine de famille réseau (GMF-R) et les groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022 [MSSS, 2021, p. 10].

**Tableau A-3 Ressources additionnelles prévues par le programme GMF dans les GMF-U\***

Cible d'inscriptions pondérées	Ressources GMF-U									
	Agent administratif (ETP) <sup>1</sup>	Technicien en administration (ETP) <sup>1</sup>	Secrétaire médicale (ETP) <sup>1</sup>	Cadre (ETP) <sup>2</sup>	Infirmière auxiliaire (ETP)	Infirmière clinicienne (ETP)	AACQ (ETP)	Autres ressources humaines (\$)³	Fournitures et autres charges (\$)⁴	IPSPL (ETP)
<b>&lt; 6000</b>	0,5	0	2	0,25	1	0,5	0,5	10 126 \$	30 378 \$	2
<b>Niveau 1</b>	1	0,5	2,5	0,5	2	1	0,5	20 252 \$	60 756 \$	2
<b>Niveau 2</b>	1	0,5	3,5	0,75	3	1,5	0,5	30 378 \$	91 134 \$	2
<b>Niveau 3</b>	1	1	4,5	1	4	2	1	40 504 \$	121 512 \$	2
<b>Niveau 4</b>	1	1	5,5	1,25	5	2,5	1	50 630 \$	151 890 \$	2
<b>Niveau 5</b>	1	1,5	6,5	1,25	5,5	2,5	1	60 756 \$	182 268 \$	2
<b>Niveau 6</b>	1	1,5	7,5	1,5	6	3	1	70 882 \$	212 646 \$	2
<b>Niveau 7</b>	1	2	8,5	1,5	6,5	3	1	81 008 \$	243 024 \$	2
<b>Niveau 8</b>	1	2	8,5	1,75	7	3,5	1	91 134 \$	273 402 \$	2
<b>Niveau 9</b>	1	2	8,5	1,75	7,5	3,5	1	101 260 \$	303 780 \$	2

\* Il n'y a pas de modification aux ressources additionnelles prévues par les GMF-U- aussi le plan de transition ne fournit pas un nouveau tableau selon 12 niveaux.

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

