

Université de Montréal

Pour une allocation équitable des ressources en GMF

par

Line Provost

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

« Mémoire » présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de « Maîtrise en administration de la santé »

Mars 2009

© Line Provost, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Pour une allocation équitable des ressources en GMF

présenté par :

Line Provost

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais, président rapporteur
Astrid Brousselle, directrice de recherche
André-Pierre Contandriopoulos, codirecteur
Raynald Pineault, membre du jury

RÉSUMÉ

- Objectif :** Évaluer la « lourdeur » de la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) afin d'ajuster l'allocation des ressources en GMF.
- Méthodologie :** Analyse comparative entre le GMF de la Clinique médicale l'Actuel, les GMF montréalais et de l'ensemble du Québec, en identifiant les différences dans les profils de consommation de soins pour les années civiles 2006 à 2008 et les coûts d'utilisation des services pour l'année 2005.
- Résultats :** En 2008, 78% de la clientèle inscrite au GMF de la Clinique médicale l'Actuel est vulnérable comparativement à 28% pour les autres GMF montréalais, une tendance observée pour l'ensemble du Québec. Le nombre moyen de visites par individu inscrit et vulnérable est de 7,57 au GMF l'Actuel alors que la moyenne montréalaise est de 3,37 et celle du Québec de 3,47. Enfin, le coût moyen des visites médicales au GMF l'Actuel en 2005 est de 203,93 \$ comparativement à des coûts variant entre 132,14 et 149,53 \$ pour les unités de comparaison.
- Conclusion :** L'intensité de l'utilisation des ressources au GMF de la Clinique médicale l'Actuel (nombre d'individus vulnérables, nombre de visites et coûts) suggère que la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH/SIDA est beaucoup plus lourde qu'un citoyen tout venant ou même de la majorité des autres catégories de vulnérabilité. Afin d'offrir un traitement juste et équitable aux GMF, l'inscription devrait être ajustée afin de tenir compte de la « lourdeur » de cette clientèle et valoriser la prise en charge des personnes qui présentent des tableaux cliniques complexes.
- Mots-clés :** Financement des GMF, allocation des ressources, équité, utilisation des services, PVVIH

ABSTRACT

- Objective:** To evaluate the “burden” involved in the clinical management of people living with HIV/AIDS, in order to adjust the allocation of resources in terms of family medicine groups (FMG).
- Methodology:** A comparative analysis of FMG Clinique médicale l’Actuel, FMGs in Montréal and throughout Québec, identifying differences in care consumption profiles for the years 2006 to 2008 and the costs of use of services for 2005.
- Results:** In 2008, seventy eight percent (78%) of the clientele registered with the FMG at Clinique médicale l’Actuel was considered vulnerable, in comparison to twenty eight percent (28%) at other Montréal FMGs, a trend observed throughout Québec. The average number of visits per registered individuals was 7.57 at the Actuel FMG, while the average in Montréal was 3.37 and in Québec overall, 3.47. In 2005, the average cost of a visit at the Actuel FMG was \$203.93 compared to costs that varied from \$132.14 to \$149.53 for comparative units.
- Conclusion:** The intensity of use of FMG resources at the Clinique médicale l’Actuel (number of vulnerable individuals, number of visits and costs) suggests that the clinical management of people living with HIV/AIDS is a much heavier burden than that of an average citizen, or even from the majority of other categories of vulnerability. In order to ensure that all FMGs are treated fairly and equitably, registration should be adjusted to take into account the “burden” of this clientele and to place more value on the case management of people with complex clinical presentations.
- Keywords:** Funding of FMG, allocation of resources, equity, use of services, PLHIV.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	ix
DÉDICACE	xi
REMERCIEMENTS.....	xii
CHAPITRE I : INTRODUCTION	1
Objectif de la recherche	6
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS.....	8
1. L'allocation des ressources	9
L'équité et les modes d'allocation des ressources	9
Les méthodes de répartition et d'allocation des ressources	10
La méthodologie « case-mix » (volume de cas) pour les soins ambulatoires.....	12
La mesure de la lourdeur des cas	13
Le mode de financement à la capitation.....	14
L'utilisation du risque dans la détermination du budget.....	16
Les indicateurs de besoins dans l'allocation territoriale	18
2. Le Groupe de médecine de famille	20
L'aide financière et technique d'un GMF.....	20
Les indicateurs de la lourdeur en GMF.....	23
3. Les clientèles et l'utilisation des services	24
Les caractéristiques des grands utilisateurs de services médicaux	24
Les usagers inscrits vulnérables à la RAMQ	25
Les caractéristiques des usagers inscrits auprès d'un médecin GMF	26
4. Le VIH/SIDA	27
Les données épidémiologiques sur le VIH.....	27
Les marqueurs cliniques de la prise en charge VIH/SIDA	29

Les co-morbidités.....	30
La gestion de la maladie.....	31
CHAPITRE III : MODÈLE CONCEPTUEL	35
Modèle conceptuel	36
CHAPITRE IV : LE GMF DE LA CLINIQUE MÉDICALE L'ACTUEL.....	38
L'épidémiologie de la cohorte VIH du GMF l'Actuel.....	37
Le territoire de desserte des personnes inscrites au GMF l'Actuel.....	38
CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE	38
Le choix d'une stratégie de recherche.....	39
La planification opérationnelle	39
La collecte des données.....	41
La définition des concepts.....	43
CHAPITRE VI : RÉSULTATS	47
Le pourcentage de clientèle vulnérable.....	48
Le type et le pourcentage de vulnérabilité	50
Le nombre de visites par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits vulnérables	52
Le nombre de visites par « médecin ÉTP » et « médecin partenaire »	56
Les coûts	60
CHAPITRE VII : DISCUSSION.....	68
La pertinence d'un GMF pour clientèle spécifique.....	70
Les ratios 6,78 visites pour usagers inscrits et 7,57 visites pour usagers inscrits et vulnérables	71
Le ratio 2,31 visites pour usagers non inscrits	74
La disponibilité des ressources.....	74
Que devrions-nous prendre en compte pour corriger l'allocation des ressources ?	75
CHAPITRE VIII : LIMITES	77
La pondération	78
Les données.....	78
Le choix des GMF à l'étude.....	79
Le nombre de médecins ÉTP	79
La temporalité	80
La clientèle.....	80
Les variables à l'étude.....	80
Le type d'analyse	81
CHAPITRE IX : CONCLUSION	82
RÉFÉRENCES.....	86

ANNEXES 90

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cadre de financement du GMF	21
Tableau 2 : Aide financière accordée à un GMF	22
Tableau 3 : Pourcentage d'usagers considérés comme de grands utilisateurs de services en fonction de certaines caractéristiques	25
Tableau 4 : Distribution de l'ensemble des cas et des nouveaux diagnostics selon la catégorie principale d'exposition, Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à juin 2006	28
Tableau 5 : Répartition par territoire de desserte des personnes inscrites au GMF de la Clinique médicale l'Actuel en date du 2008-12-31	38
Tableau 6 : Pourcentage de la clientèle vulnérable inscrite au sein des GMF montréalais accrédités au 30 juin 2005	48
Tableau 7 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF	51
Tableau 8: Nombre moyen de visites.....	53
Tableau 9 : Données cumulatives – Ratio usagers inscrits, non inscrits, inscrits et vulnérables	55
Tableau 10 : Nombre moyen de visites par usagers inscrits et non inscrits par médecin ÉTP et médecin partenaire	58
Tableau 11 : Nombre de visites par usagers inscrits, usagers inscrits et vulnérables par médecin	59
Tableau 12 : Nombre et type d'examens.....	61
Tableau 13 : Nombre moyen d'actes par individu	62
Tableau 14 : Coût moyen total actes/individu/année	62
Tableau 15 : Coût moyen par individu.....	63
Tableau 16 : Coût moyen de l'examen	63
Tableau 17 : Coût moyen d'une visite	65
Tableau 18 : Ajustements financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF	91
Tableau 19 : Résumé des avantages et des inconvénients des méthodes de budgétisation et d'allocation des ressources	92
Tableau 20 : Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs vs une approche populationnelle.....	93
Tableau 21 : Conditions de vulnérabilité RAMQ	94
Tableau 22 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2008.....	95
Tableau 23 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2007.....	96
Tableau 24 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2006.....	97
Tableau 25 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2000-2008	98

Tableau 26 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2008-12-31	99
Tableau 27 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2007-12-31	101
Tableau 28 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2006-12-31	103
Tableau 29 : Suivi des inscriptions GMF pour la période du 2000-01-01 au 2008-12-31	105

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle conceptuel « déterminants de l'inscription » 37

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACG	Adjusted Clinical Groups
APR-DRG	All patient Refined-Diagnosis Related Groups
ARV	Antirétroviraux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMIS	Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DRG	Diagnosis Related Groups
DU	Département d'urgence
ÉTP	Équivalent temps plein
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-ADRLSSS	Groupe de médecine de famille – Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux
GETOS	Gouverne et transformations des organisations de santé
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITS	Infections transmises sexuellement
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCG	Primary Care Groups
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

SAD	Soutien à domicile
UMF	Unité de médecine de famille
UDI	Utilisateurs de drogues injectables
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

DÉDICACE

À ma fille, Lili.

REMERCIEMENTS

À Réjean Thomas : Réjean, depuis plus de 20 ans, mon admiration n'a jamais eu de relâche... Merci pour cette liberté qui me permet chaque jour de me réaliser.

À Nimâ Machouf et Vinh-Kim Nguyen : vous êtes une véritable source d'inspiration.

À mes co-directeurs Astrid Brousselle et André-Pierre Contandriopoulos : pour votre expérience, vos précieux conseils et accompagnement.

À Jean-Pierre Bluteau du Carrefour montréalais d'information en santé (CMIS) qui m'a été d'un grand soutien pour ma cueillette des données.

À toutes mes amies et collègues de travail : par vos encouragements et votre confiance, vous m'avez donné l'impulsion nécessaire.

Enfin, à mon amoureux : Guy Charest merci pour ta patience et ton soutien tout au long de ces quatre années.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

La mise en place des Groupes de médecine de famille (GMF), modèle phare de la *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* (rapport Clair, décembre 2000) représente un courant structurant de l'organisation des services de santé de première ligne au Québec lequel puise sa légitimité dans le manque de disponibilité médicale (l'accessibilité), les consultations multiples (la fragmentation des services médicaux) et l'effritement du rôle du médecin de famille (l'utilisation des compétences et le partage des tâches). La commission Clair recommandait entre autres que :

- le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières;
- ces groupes offrent une gamme de services définis à des citoyens qui les auront choisis;
- le choix, par chaque citoyen, de son médecin de famille s'exprime par une inscription volontaire, c'est-à-dire une entente mutuelle entre le citoyen et le médecin, pour une période déterminée.

Les GMF sont implantés au Québec depuis 2003. L'État désire ainsi :

1. Donner à tous les citoyens l'accès à un médecin de famille.
2. Assurer une plus grande accessibilité aux services, une prise en charge globale et le suivi des personnes qui s'inscrivent auprès d'un médecin membre d'un GMF.

3. Améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux ainsi que l'organisation des services de première ligne offerts à la population.
4. Développer une plus grande complémentarité des services avec les CLSC.
5. Reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

En 2001, le MSSS prévoyait qu'au terme de cinq (5) années (soit vers 2006), il y aurait au Québec environ 300 GMF et que 75% de la population serait inscrite auprès d'un médecin membre de ce réseau (MSSS, 2002).

Un GMF est une association de médecins – entre 6 et 12 – qui assurent, avec la collaboration d'infirmière(s), la prise en charge et le suivi d'une clientèle inscrite, selon une offre de services attendue du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), en regard notamment de l'accessibilité, de la continuité et de la globalité des soins (MSSS, 2003).

Son financement repose sur le nombre d'inscriptions, déterminé à partir des ressources médicales disponibles, exprimées en « équivalent temps plein » (ÉTP). Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec estime en effet qu'un médecin ÉTP doit inscrire 1 500 patients; un groupe de 10 médecins ÉTP, 15 000 patients. Jusqu'en 2005, il n'existe qu'un seul niveau de financement pour tous les GMF (\pm 260 000 \$ en ressources humaines et financières). Cette question fera toutefois l'objet de nombreuses discussions entre les Départements régionaux de médecine générale (DRMG), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et les GMF puisque ce cadre financier ne tient pas compte de la lourdeur des

clientèles desservies, des activités du groupe ou de facteurs organisationnels particuliers. En outre, la majorité des GMF de la première vague conviée au renouvellement de leur entente n'avait pas atteint leur cible de recrutement (Méthot, 2006). Une analyse attentive des conditions de pratique permet de faire une lecture différente de l'atteinte de l'objectif d'inscription. La « lourdeur » des clientèles inscrites, les activités du groupe, notamment l'enseignement en Unité de médecine de famille (UMF), et certains facteurs organisationnels peuvent affecter considérablement l'atteinte de l'objectif d'inscriptions.

Malgré la controverse, le ministère a toujours maintenu son intention de relier le financement des GMF au nombre d'inscriptions que chacun est capable de réaliser. Dans ce contexte, la Table de coordination des GMF de Montréal¹ a approfondi cette question et transmis, fin 2005, une série d'indicateurs permettant de rendre l'approche ministérielle plus équitable. Pour réponse, le ministère a indiqué qu'il reviendrait à chacun des GMF de faire ses propres représentations lors du renouvellement de l'entente cadre, ne pouvant élaborer une formule de pondération de l'inscriptions spécifique à chacun. Bien qu'il ait annoncé son intention de tenir compte de la lourdeur des clientèles dans l'évaluation du nombre de patients à inscrire, il n'a précisé ni les facteurs à considérer, ni la méthode utilisée.

Au cours de 2005, des ajustements financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF sont effectués (Tableau 18 en annexe : Ajustements

financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF). Le niveau de financement d'un GMF devient alors proportionnel au nombre d'inscriptions que les médecins estiment pouvoir inscrire à l'intérieur d'un délai de trente (30) mois suivant leur accréditation. Au renouvellement de la convention d'entente, en regard des résultats obtenus, l'Agence régionale de la Santé et des Services sociaux, chargée d'évaluer l'offre de services du GMF sur son territoire, peut recommander de maintenir, hausser ou diminuer le niveau de financement.

En outre, les résultats préliminaires d'une étude entreprise par la chaire GETOS (Gouverne et transformations des organisations de santé) sur la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle dans les premiers GMF à s'être implantés au Québec suggéraient « qu'une proportion importante des patients présente des problèmes relativement importants, dont le profil diffère d'un GMF à l'autre. En ce sens, le nombre de 1200 à 1500 patients par médecin pourrait se révéler irréaliste et certainement difficile à défendre sur une base strictement statistique. Une évaluation plus fine de la gravité des problèmes de santé des patients s'impose » (Beaulieu et al., 2006). Plusieurs analyses du mode de financement à la capitation assoient une telle observation.

L'expérience québécoise des GMF est relativement courte. Actuellement, en raison du petit nombre de groupes accrédités et en l'absence de modèle consensuel, le jugement clinique des médecins responsables, de concert avec les décideurs régionaux, peut permettre d'ajuster le financement afin de refléter le travail sur le

¹ La Table de coordination des GMF regroupe tous les médecins responsables des GMF et leurs personnes-ressources au plan administratif. Celle-ci a été fusionnée avec la Table des cliniques réseaux

terrain. Nous sommes toutefois d'avis que cette manière de faire, c'est-à-dire sans tenir compte des spécificités respectives, demeure transitoire et que l'allocation des ressources devra rapidement être basée sur de solides assises méthodologiques.

Objectif de la recherche

Cette recherche vise à évaluer la « lourdeur » de la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) inscrites au GMF de la Clinique médicale l'Actuel, en identifiant les différences dans les profils de consommation de soins et les coûts d'utilisation des services des PVVIH et les autres catégories d'utilisateurs.

Elle constitue une première étape au développement d'un outil nous permettant de pondérer l'inscription d'une clientèle vulnérable afin d'orienter à sa juste valeur l'allocation des ressources en GMF. Le projet s'inscrit dans une démarche plus large de modernisation des modes de financement.

Ainsi, à l'aide de données administratives, tirées essentiellement du service d'information sur les GMF de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire (CMIS), nous allons comparer et analyser les données suivantes :

- Le pourcentage et le type de clientèle vulnérable inscrite aux GMF;
- Le nombre moyen de visites médicales par individu inscrit et non inscrit;
- Le nombre moyen de visites médicales par individu inscrit et vulnérable;

- Le nombre moyen de visites médicales/médecin/individu inscrit et non inscrit;
- Le coût moyen d'une visite médicale, mesure composite du type d'examen réalisé et du nombre d'actes effectués.

Cette mise en parallèle des données nous permettra d'évaluer la « lourdeur » de la prise en charge clinique des PVVIH, exprimée par l'intensité et les coûts d'utilisation des services.

CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS

1. L'allocation des ressources

L'équité et les modes d'allocation des ressources

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, la pérennisation de son système repose sur un nouvel équilibre, portant sur une adaptation des formules actuelles de financement, une révision des dépenses, des cadres financiers, des modalités d'allocation des ressources, des modes de rémunération ainsi que sur l'organisation des services afin de rendre ces derniers davantage intégrés (MSSS, 2000). En outre, l'amélioration des mécanismes d'allocation des ressources et des modes de rémunération paraît exiger la prise en compte des besoins relatifs de la population desservie (caractéristiques démographiques et socio-sanitaires). Selon Bédard, pour mettre en application une telle disposition, une approche populationnelle devrait être privilégiée (Bédard, 2002).

Aussi, être équitable en matière de distribution d'une enveloppe disponible signifie allouer des ressources identiques aux établissements qui remplissent les mêmes fonctions et traitent les mêmes maladies (Durant, 1998) (Bédard, 2002). La différenciation inter-établissement peut s'établir par un financement complémentaire sur la base d'un profil d'activités, mesuré par les maladies traitées : ce sont notamment les DRG à l'hôpital (Diagnosis Related Group) (Durant, 1998) ou les ACG en ambulatoire (Adjusted Clinical Group). L'émergence des données médicales est désormais cruciale pour apprécier les performances et l'allocation des ressources (Bédard, 2002).

L'allocation des ressources fait normalement référence à un processus de répartition des ressources financières entre des programmes, des régions ou des établissements et la méthode de répartition devrait se faire à l'aide d'indicateurs visant à refléter les besoins comparatifs des différents ensembles de patients.

Les méthodes de répartition et d'allocation des ressources

Différentes méthodes de répartition des ressources financières prévalent au Canada. Historiquement, le « budget ligne par ligne » et le « budget global » ont été les méthodes les plus utilisées. Jugées inéquitables et contre performantes, elles sont maintenant dépassées. Deux méthodes retiennent notre attention (Mekillop, Pink, & Johnson, 2001) (Tableau 19 en annexe : Résumé des avantages et des inconvénients des méthodes de budgétisation et d'allocation des ressources) :

- La méthode *populationnelle*, basée sur les *profils de consommation* de soins selon les **caractéristiques démographiques** des patients;
- La méthode dite de *volume de cas* (casemix), basée sur une *prévision de production des services* selon les différentes **catégories de diagnostics**.

Les nouvelles technologies de l'information nous permettent désormais de traiter un grand volume d'information, de plus en plus détaillée. Les coûts peuvent entre autres être mis en relation avec les services reçus par les patients ou fournis par les médecins. De plus en plus de paramètres peuvent donc être pris en considération. La tendance actuelle consiste à utiliser les modèles basés sur l'approche

populationnelle et le volume de cas. Ce sont des modèles plus complexes, mais plus équitables et de nature à favoriser la recherche et la performance (Bédard, 2002).

L'approche populationnelle est essentiellement fondée sur la conviction que la santé est une richesse collective qu'il faut maintenir et développer. À cet égard, elle reconnaît les nombreux facteurs individuels qui influencent la santé et cherche à réduire les inégalités sociales qui constituent une barrière en matière de bien-être et de santé. Son objectif est d'assurer un état de santé maximal chez la population d'un territoire, compte tenu des ressources disponibles. Elle vise à coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services. Enfin, elle suppose que les autorités régionales et locales ont une responsabilité vis-à-vis la santé des individus et leur territoire, particulièrement en ce qui a trait à l'accessibilité aux services appropriés et à l'efficacité des interventions et des actions dans les milieux de vie. La logique qui sous-tend ce nouveau paradigme reconnaît la complexité des problèmes de santé, de même que l'impact de multiples déterminants médicaux et non médicaux sur la santé. Elle infère aussi la nécessité d'agir sur les milieux de vie des individus, notamment la famille, l'école, le milieu de travail, la communauté, et préconise une approche multidisciplinaire, intersectorielle et participative. Enfin, elle implique des choix dans l'allocation et la distribution des ressources (Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004) (Tableau 20 en annexe : Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs vs une approche populationnelle).

La méthodologie « case-mix » (volume de cas) pour les soins ambulatoires

Comme il y a de grandes variations de besoins entre les localités, les régions et les pays, des méthodes précises sont nécessaires afin d'estimer les besoins. Pour les organisations de première ligne, les déterminants de l'utilisation des services de santé ainsi que les coûts sont d'intérêt.

L'influence de la morbidité et des facteurs socio-économiques ont largement été investigués. Les études démontrent par exemple une variation substantielle dans les taux d'admission à l'hôpital par les médecins généralistes dû à l'association de facteurs sociodémographiques et la défavorisation (Engstrom, Carlsson, Ostgren, Nilsson, & Borgquist, 2006).

Un système « case-mix » doit faciliter la définition du besoin de soins des personnes (pour tous les problèmes de santé) sur une période de temps et permettre d'ajuster le taux de capitation, l'organisation et l'ensemble du système de soins (Rodrigues, Brulet, Trombert-Paviot, & Mennera, 1999). Aux États-Unis plusieurs instruments ont été développés pour corriger les différences de volume de cas et ajuster le risque.

Les ACGs (Adjusted Clinical Groups auparavant Ambulatory Care Groups) est l'un des instruments qui classifie chaque patient dans une catégorie mutuellement exclusive considérant l'âge, le sexe et tous les diagnostics établis pour une période de temps, généralement douze (12) mois. L'approche par ACG est utilisée pour ajuster les paiements à la capitation et pour le profil des médecins aux États-Unis. Ils sont orientés patient et suivent une approche longitudinale et holistique.

En Espagne, certaines études ont démontré que la méthodologie ACG explique plus de 50% de la variation dans l'utilisation des services de santé pour la première ligne (Orueta, Urraca, Berraondo, Darpon, & Aurrekoetxa, 2006).

La mesure de la lourdeur des cas

Au Québec, la mise en application d'un mode de financement équitable doit reposer sur une information complète et uniforme quant au volume et la lourdeur des cas traités (Bédard, 2002). La lourdeur des cas d'hospitalisation est notamment définie par référence aux coûts du traitement, déterminée par l'application d'un indice de coûts pour chaque APR-DRG² (Bédard, 2002) et d'un indice de lourdeur de la clientèle NIRRU^{3,4}. Malheureusement, les systèmes d'information actuellement disponibles ne nous permettent de développer une telle mécanique pour les cas en ambulatoire (Bédard, 2002). Par ailleurs, la lourdeur de la clientèle est évaluée en fonction des coûts de traitement lesquels sont influencés par des facteurs organisationnels c'est-à-dire propres à l'hôpital (facteurs exogènes) et ne permettent pas d'évaluer la clientèle elle-même (Afilalo, Poirier, & Tétreault, 2001).

Les problèmes d'encombrement des départements d'urgence (DU) ont d'ailleurs incité une équipe de chercheurs montréalais à développer un instrument afin de prédire ou estimer la lourdeur de la clientèle se présentant au DU, en utilisant un

² L'acronyme APR-DRG est tiré du terme anglais « All Patient Refined-Diagnosis Related Groups » et fait référence à un système de classification des patients admis en groupes homogènes sur le plan médical et en fonction des ressources mobilisées (Bédard, 2002).

³ NIRRU : niveau d'intensité relative des ressources utilisées (idem).

⁴ Techniquement, l'indice NIRRU moyen est défini comme étant égal à 1.000 de sorte que les cas moins lourds sont pondérés par une valeur inférieure à l'indice moyen et l'inverse pour les cas plus lourds (idem).

certain nombre d'indicateurs sociodémographiques et cliniques. Selon les chercheurs, en quantifiant la lourdeur depuis les caractéristiques endogènes du patient, c'est la durée de la visite qui se trouve affectée (Afilalo et al., 2001).

Le mode de financement à la capitation

Le paiement par capitation signifie qu'une entité de services accepte de devenir cliniquement et financièrement responsable, envers une clientèle précise, de la dispensation d'une large gamme de services, dont principalement les soins primaires. L'entité reçoit ainsi un montant fixe pour chacun des usagers, le *per capita*. Ce dernier doit être ajusté aux risques épidémiologiques et sert à financer les services dispensés directement ou par contrats (Brunelle, 1998).

Ci-dessous des parallèles observés entre les caractéristiques de la capitation (MSSS, 1998) et le mode d'organisation GMF :

- Une entité de services (cabinet, centre de santé, etc.) – *le GMF*
- Devenant *responsable cliniquement* et financièrement – *médecin de famille; 24/7*
- D'une clientèle spécifique – *inscription de la clientèle;*
- Pour une large gamme de services, dont ceux de base – *offre de services attendue du ministère de la Santé et des Services sociaux;*
- Dispensés directement ou par ententes – *ententes avec le MSSS, l'Agence régionale et un CSSS;*

- Recevant un montant par individu (per capita) – *ressources allouées en fonction du nombre d'inscriptions*;
- Montant ajusté aux risques (épidémiologiques) – *inscriptions ajustées pour les accouchements et les personnes suivies à domicile (SAD)*.

Lorsqu'il est bien implanté, ce mode de paiement peut permettre des gains en termes de continuité, de suivi et de coordination. Ses effets pervers sont bien connus : la sélection de la clientèle et la sous production de services, deux problèmes potentiels de qualité de services (Brunelle, 1998).

Le financement à la capitation peut aussi s'avérer très rudimentaire, notamment en versant un montant égal de financement pour chaque citoyen, sans égard à d'autres considérations. Différents degrés de raffinement pour ajuster le risque pourraient être envisagés, tel que l'utilisation de l'âge et le sexe et pourraient incorporer d'autres caractéristiques individuelles. Lorsque les données sont difficilement accessibles ou disponibles, la formule à la capitation peut être définie par les zones géographiques (mesure écologique) ou par les données de recensement par exemple. Le contexte d'implantation, la disponibilité et la crédibilité des données, la séparation des sources légitimes et illégitimes d'utilisation, la sélection des déterminants appropriés des besoins ainsi que la vulnérabilité des résultats sujets à la manipulation et la fraude sont en outre d'importants défis méthodologiques (Rice & Smith, 2000).

L'utilisation du risque dans la détermination du budget

Dissocier le financement de l'activité clinique est à l'origine d'effets pervers en matière d'offre de soins, particulièrement la pénalisation des établissements/médecins qui assurent une prise en charge de patients qui présentent des tableaux cliniques complexes ou de ceux qui participent à l'enseignement de la relève médicale pour ne citer que ces exemples.

Les méthodes d'ajustement du risque basées sur les diagnostics sont communes dans l'industrie américaine des soins de santé. L'objectif est d'assurer que les allocations financières tiennent compte de la morbidité des patients. Ce système est particulièrement important pour les soins de première ligne et constitue la méthode la plus utilisée pour mesurer les « case-mix » de la population aux États-Unis.

Au Royaume-Uni, le modèle de budget à la capitation établi pour allouer les fonds aux groupes de première ligne (PCG) se base également sur le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin de famille. Le budget est toutefois calculé en utilisant une formule dérivée d'un modèle statistique multifactoriel qui mesure l'âge, le sexe, le statut socioéconomique (tiré des données de recensement), et d'un taux de maladie chronique estimé dans la communauté pour prédire l'utilisation future des soins de santé. Les paiements à capitation résultent ainsi de modèles pondérés par le nombre de patients dans le groupe et autres facteurs qui influencent l'utilisation des services. Dans la majorité des cas, ces facteurs concernent l'âge, le sexe en association avec le ratio standardisé de mortalité et les mesures écologiques des statuts socioéconomiques des patients. Ils ne tiennent pas compte de la prévalence ou de la sévérité des cas.

Le manque d'information sur les facteurs cliniques est une limite importante des formules utilisées pour capter adéquatement les besoins d'une population. Par conséquent, les budgets basés sur des formules de capitation peuvent décourager les médecins à inscrire les patients avec un tableau complexe de besoins et un haut volume de services. Par exemple, 10% des patients inscrits auprès de Medicaid aux États-Unis comptent pour environ 70% de tous les paiements de l'organisation. Sans une méthode d'ajustement du risque, les dispensateurs de soins rivaliseraient pour n'attirer que les personnes en santé et les personnes malades auraient des difficultés à trouver un fournisseur de services.

Il existe différentes approches pour l'ajustement du risque, mais elles fonctionnent toutes essentiellement en regroupant le diagnostic dans des catégories cliniques significatives, en combinant les catégories de patients pour donner une mesure composite d'états de santé laquelle aide à estimer la consommation de services. Cette mesure est similaire au DRG (Majeed, Bindman, & Weiner, 2001).

Aux États-Unis, l'ajustement du risque a été développé pour ajuster le modèle de financement à la capitation aux fournisseurs de services de santé. Pour une large population, l'âge, le sexe et les mesures écologiques peuvent être adéquates. Mais selon Majeed et al., pour une petite population telle que celle d'un petit consortium de médecins, l'ajustement du risque assure aux fournisseurs qui prennent en charge les patients avec des problèmes médicaux complexes un budget ajusté afin de reconnaître et soutenir une telle pratique. L'expérience américaine nous apprend également que l'utilisation de l'ajustement du risque a aussi donné aux médecins et aux organisations l'impulsion nécessaire à la production d'informations complètes et de

qualité en regard des diagnostics. En corrigeant ainsi les variations, l'ajustement du risque présente des performances plus précises, plus justes et plus équitables qui peuvent permettre de comparer les profils de pratique entre fournisseurs. Enfin, l'introduction de l'ajustement du risque devrait être guidée par le besoin d'améliorer l'impartialité des méthodes d'allocation des ressources et l'équité entre dispensateurs.

Les indicateurs de besoins dans l'allocation territoriale

Au fil des ans, quelques modèles d'allocation ont émergé afin d'obtenir une base objective de répartition des ressources. Des indicateurs de besoins de la population ont été introduits en Angleterre à la fin des années 70 avec la formule RAWP (Resource Allocation Working Party) associant les besoins de santé de la population et financement dont le principe directeur revient à appliquer les mêmes règles objectives d'affectation des ressources pour chacune des régions (Mays & Bevan, 1987); (Jourdain, 1991). La formule retient quatre éléments : la composition de la population régionale par classes d'âge et par sexe; les taux moyens d'hospitalisation par catégorie de maladie normalisée selon l'âge; et le coût moyen d'hospitalisation pour chaque catégorie de maladie. Le quatrième élément est le taux de mortalité standardisé (standard mortality ratio ou SMR). Pour chacun des six secteurs du NHS (National Health Service), on détermine d'abord la population pondérée c'est-à-dire le nombre d'individus corrigé des effets de la structure d'âge et de l'état de santé, puis on estime les ressources nécessaires en multipliant la population pondérée par un coût moyen de service. Bien que la formule RAWP ait été abondamment critiquée en raison du manque de précision des quatre paramètres et

que l'utilisation de l'indicateur SMR soit peu appropriée à l'évaluation des besoins de santé (West, 1991), le paramètre population est la donnée qui a l'impact le plus fort sur les résultats. L'adaptation d'un système analogue soulève toutefois certaines questions, notamment la validité des variables qui déterminent les besoins, sur les indicateurs de besoins relatifs et sur les modalités pratiques de la mise en œuvre (Newbold, Eyles, Birch, & Spencer, 1998); (Congdon, 2001; Pineault & Goulet, 1995). En effet, le concept de besoin est difficile à saisir, que l'on retienne les fondements théoriques dont les taxinomies pour préciser les niveaux de besoins et leur organisation ou les caractéristiques du concept lui-même dont la subjectivité, la nécessité, la plasticité et l'organisation (Thouez, 2002). La taxinomie du besoin de Bradshaw (Pineault & Daveluy, 1995) illustre quatre (4) perspectives selon lesquelles le « besoin » peut-être défini :

- *Le besoin normatif* (ou diagnostiqué) est défini par l'expert, le professionnel ou l'administrateur par rapport à une certaine norme de désirabilité ou d'optimalité. Le besoin reflète l'état actuel des connaissances et des valeurs de ceux par qui il est déterminé.
- *Le besoin ressenti* réfère aux perceptions des gens sur leurs problèmes de santé ou ce qu'ils désirent comme services de santé.
- *Le besoin exprimé* (ou satisfait) correspond à la demande ou consommation de soins.
- *Le besoin comparatif* c'est-à-dire le besoin qu'un individu ou un groupe devrait avoir puisqu'il présente les mêmes caractéristiques qu'un autre individu ou groupe pour lequel on a identifié un besoin.

Au Québec, les travaux de Robert Pampalon sur l'indice de défavorisation permettent de saisir l'importance des inégalités sociales et de mesurer l'impact de santé des personnes et de leurs recours aux services (Pampalon, 2002); (Pampalon, Hamel, & Raymond, 2004); (Pampalon et al., 1996). L'indice Pampalon a été instauré dans plusieurs bases administratives québécoises et constitue un outil considérable permettant aux gestionnaires et décideurs d'orienter les actions gouvernementales. La méthode s'appuie sur de solides assises logiques et méthodologiques. Selon celle-ci, les déterminants premiers des besoins en services de santé et de services sociaux sont la taille de la population, la structure d'âge et les caractéristiques socio-sanitaires (ex. : espérance de vie, faible scolarité, emploi, personnes vivant seules, etc.). La méthode Pampalon se situe dans une logique claire visant à établir la relation spécifique d'indicateurs de santé lesquels reposent sur des consensus déjà établis avec des besoins de services (Larouche, 1999).

2. Le Groupe de médecine de famille

L'aide financière et technique d'un GMF

De 2003 à 2005, le modèle GMF n'offre qu'un seul niveau de financement, soit environ 260 000 \$ en ressources humaines et financières pour 10 médecins ÉTP, de 12 000 à 22 000 inscriptions. Le nombre d'inscriptions repose sur l'équation 1 médecin ÉTP = 1500 inscriptions. « 1500 est une moyenne, devenue une cible » inspiré des modèles anglais, hollandais, de Kaiser, de la Colombie Britannique et de la réforme ontarienne. Ce nombre devrait être pondéré en fonction du milieu (rural ou

urbain) et des caractéristiques de la clientèle desservie (communication électronique de monsieur Yvon Brunelle, Direction de la Recherche et de l'Évaluation, MSSS, 2008). Le tableau ci-dessous représente la répartition de l'allocation des ressources du GMF, entre 2003 et 2005.

Tableau 1 : Cadre de financement du GMF

Cadre de financement du GMF (2003-2005)	
Infirmières (70 heures)	129 856 \$
Technicien en administration	49 719 \$
Secrétaire	39 205 \$
Loyer (800 pi ca en moyenne, 20 \$/pi ca)	16 000 \$
Formation (informatique et rôle en GMF)	6 000 \$
16 postes informatiques (support technique)	
TOTAL	≈ 241 000 \$

Depuis 2005, l'aide financière et technique est attribuée en fonction d'un estimé de clientèle régulière. Le ministère a pondéré le financement pour les accouchements et les suivis à domicile (Galarneau, 2007).

« À l'occasion du premier renouvellement des conventions GMF-ADRLSSS et suite à de nombreux commentaires, suggestions et consultations, nous avons déterminé un objectif ajusté d'inscriptions pour un GMF, à l'aide d'une pondération de la clientèle. Ce premier ajustement tient compte des accouchements et des clientèles enregistrées au SAD. Étant conscient que cette décision pourrait avoir un impact sur d'autres travaux conjoints éventuels impliquant le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la détermination de ces ajustements ont été discutée avec des responsables du Ministère et de la FMOQ où elle fut approuvée. Ainsi, en lien avec l'Annexe III de la convention GMF-ADRLSSS de janvier 2005, il fut précisé que :

- *pour chaque tranche de 200 accouchements accomplis par les médecins du GMF, sans tenir compte de l'inscription de la*

personne accouchée, une bonification de 1500 inscriptions est accordée;

- *pour chaque tranche de 200 personnes suivies à domicile par les médecins du GMF dans le cadre des activités du GMF et enregistrées au SAD du CSSS, une bonification de 1300 inscriptions est accordée ».*

(Communication du Dr Jean-Guy Émond, coordonnateur de l'équipe GMF au MSSS, 19 octobre 2005).

En 2005, le MSSS a introduit une nouvelle structure de financement, proportionnelle au nombre d'inscriptions de la clientèle. Le financement s'établit désormais comme suit (Galarneau, 2007) :

Tableau 2 : Aide financière accordée à un GMF

GMF équivalent à χ inscriptions	Aide technique et financière Rémunération
$\leq 9\ 000$ inscriptions	Accréditation exceptionnelle
9 000 jusqu'à 11 999	Jusqu'à 326 000 \$
15 000 jusqu'à 18 999	Jusqu'à 522 000 \$
$\geq 30\ 000$	Jusqu'à 948 000 \$

Le tableau 18 en annexe présente de façon plus détaillée les ajustements financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF.

Selon D'Amour, Morin et Galarneau (D'Amour & Morin, 2007; Galarneau, 2007), les données factuelles d'avril 2007 se présentent comme suit :

- 127 GMF accrédités
- 1495 médecins, dont 1155 ÉTP

- 1 046 649 personnes inscrites, soit une moyenne de 906 personnes/md

Les indicateurs de la lourdeur en GMF

En 2005, dans le but de rendre l'approche ministérielle plus équitable, la Table de coordination des GMF de Montréal a approfondi la question de la pondération du nombre de clients inscrits au sein d'un groupe. Deux dimensions ont alors été abordées : 1) la lourdeur au plan de la prise en charge clinique et 2) le nombre d'ÉTP d'activité médicale. Des indicateurs de suivi ont également été proposés afin de rendre compte adéquatement des réalisations de chaque GMF (Table de coordination des GMF de Montréal, 2005). Les facteurs soulignés par les membres pour la détermination de la lourdeur des clientèles sont notamment :

- L'âge, le sexe, le revenu, le niveau de scolarité;
- Le nombre et le type de patients vulnérables;
- Les soins palliatifs;
- La santé mentale;
- L'ethnicité, le nombre de patients sans papier;
- Le nombre de patients qui exigent des visites médicales à domicile;
- Le nombre de visites/patient/année.

D'autre part, certaines conditions peuvent affecter le nombre d'inscriptions attendu, déterminé à partir des ressources médicales disponibles exprimées en ÉTP :

- Le sans rendez-vous, mode d'accès urbain privilégié par la population;
- L'enseignement et la supervision en UMF.

Ainsi, pour suivre le développement d'un GMF dans son milieu, il importe de disposer de quelques données quantitatives objectives qui viennent compléter les informations subjectives. Le choix de quelques indicateurs fiables permettrait de mettre en contexte l'ensemble des informations recueillies.

3. Les clientèles et l'utilisation des services

Les caractéristiques des grands utilisateurs de services médicaux

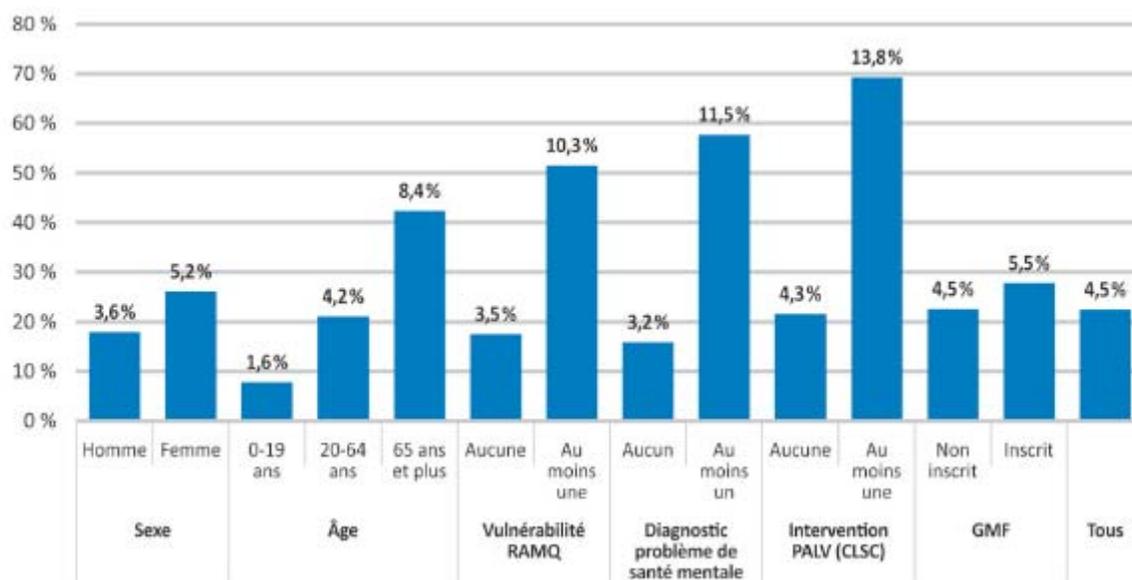
En 2005-2006, les Montréalais ont généré près de 4 millions de consultations⁵ avec un omnipraticien soit une moyenne de 3,42 consultations par usager. Le groupe des grands utilisateurs (10 consultations et plus) qui représente 4,5% des usagers ont effectué 17,9% de l'ensemble des consultations générant presque autant de consultations que les faibles utilisateurs (1 à 2 consultations) qui représentent 51,6% des usagers.

Selon le rapport publié en janvier 2008 par le CMIS sur l'utilisation des services médicaux de première ligne par les Montréalais en 2005-2006 (voir tableau 3 ci-dessous), il y aurait trois fois plus de grands utilisateurs (11,5%) chez les personnes qui ont un problème de santé mentale et près de trois fois plus (13,8%) chez les personnes qui reçoivent des interventions profil PALV (perte d'autonomie liée au vieillissement) du CLSC. On observe également que 8,4% des personnes âgées de 65

⁵ Le terme « consultation » est utilisé ici pour désigner une « visite médicale » c'est-à-dire une rencontre entre un médecin et un patient.

ans et plus et 10,3% des personnes vulnérables RAMQ sont de grands utilisateurs (Lavallée, Benigeri, Bluteau, Tousignant, & Lemoine, 2008).

Tableau 3 : Pourcentage d'usagers considérés comme de grands utilisateurs de services en fonction de certaines caractéristiques



Source : L'utilisation des services médicaux de première ligne par les Montréalais en 2005-2006, Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire.

Les usagers inscrits vulnérables à la RAMQ

Une entente intervenue en 2003 entre le MSSS et la FMOQ relativement à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables prévoit une rémunération spécifique (forfait de responsabilité) aux médecins lorsque ces derniers inscrivent leurs patients vulnérables. Un usager est considéré vulnérable - ce que nous

appellerons « vulnérabilité RAMQ » - lorsqu'il répond à une ou plusieurs des conditions suivantes :

- il est âgé de 70 ans ou plus;
- il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une des affections suivantes : problèmes de santé mentale, maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), cancer, diabète avec atteinte d'organe cible, toxicomanie, VIH/SIDA, maladies dégénératives du système nerveux central.

Le tableau 21 en annexe présente les conditions de vulnérabilité mise à jour en 2008.

Les caractéristiques des usagers inscrits auprès d'un médecin GMF

Les patients suivis en GMF ont tendance à présenter davantage de problèmes de santé, ce qui confirme le constat préliminaire du GETOS (Beaulieu et al., 2006). La clientèle GMF a des problèmes de santé plus sévères que la clientèle non GMF (Lavallée et al., 2008). En outre, 20% de cette clientèle a reçu un diagnostic relié à un problème de santé mentale (16% pour les non GMF). On observe le même phénomène pour la plupart des autres caractéristiques (hospitalisation, usagers PALV, etc.). Il est notable que 26% de la clientèle GMF présente au moins une vulnérabilité selon la classification de la RAMQ contre 15% pour la clientèle non GMF. Selon les auteurs du rapport, ceci pourrait s'expliquer par une morbidité plus importante de cette clientèle et par une utilisation accrue de l'inscription de la clientèle vulnérable dans les GMF (Lavallée et al., 2008). Enfin, les personnes vulnérables font une

utilisation intensive des cliniques de première ligne. Les patients inscrits vulnérables à la RAMQ y font en moyenne cinq visites par an (Lavallée et al., 2008).

4. Le VIH/SIDA

Les données épidémiologiques sur le VIH

Au Québec, la surveillance de l'épidémie du VIH est confiée à l'Institut national de santé publique du Québec (Diabaté, Alary, Fauvel, & Parent, 2006) ; (Bitera, Alary, Parent, & Fauvel, 2007). Cette surveillance se base sur :

- les déclarations obligatoires des cas de sida avérés depuis 1986 ;
- les nouveaux diagnostics de séropositivité, recensés depuis 2002, témoin des infections dépistées récemment.

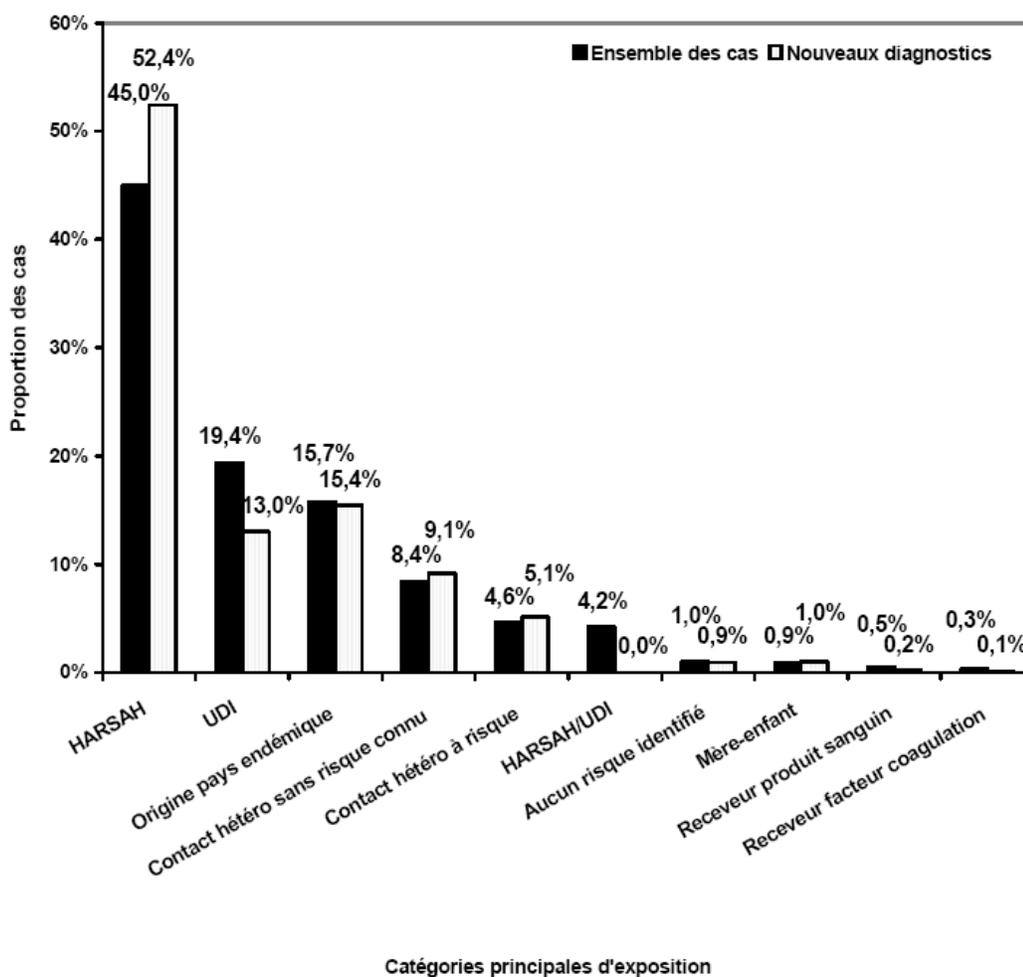
Montréal : région la plus touchée par l'infection

La région socio-sanitaire de Montréal est la plus touchée de la province avec 62,5% des cas d'infection. Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont les plus affectés et cette catégorie d'exposition contribue le plus à l'augmentation des diagnostics, dans un contexte de reprise des comportements à risque et de résurgence de la syphilis et des autres ITS. Les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec publiées en avril 2007 rapportent une augmentation du nombre de cas chez les HARSAH, groupe parmi lequel on recense le plus grand nombre de cas (voir tableau 4 ci-dessous). La situation semble stable chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) tandis qu'on constate à

nouveau, parmi les femmes infectées par le VIH, une proportion élevée de celles qui proviennent de régions où le virus est endémique (Bitera et al., 2007).

Mise en place en avril 2002, le programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec est basé sur la déclaration de l'infection par le laboratoire et sur le recueil de renseignements sur la personne infectée. Les activités de collecte des données sont centralisées auprès du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) qui réalise toutes les analyses de confirmation à l'échelle provinciale.

Tableau 4 : Distribution de l'ensemble des cas et des nouveaux diagnostics selon la catégorie principale d'exposition, Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à juin 2006



Source : Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec – Cas déclarés de janvier à juin 2006 et cas cumulatifs d'avril 2002 à juin 2006.

Les HARSAH non UDI représentent 45% de toutes les infections et 52,4% des nouveaux diagnostics.

Les marqueurs cliniques de la prise en charge VIH/SIDA

Les normes cliniques utilisées au Québec en matière de suivi et de traitement s'appuient sur les lignes directrices américaines en matière de prise en charge des

personnes vivant avec le VIH/SIDA (Barlett, Lane, & all., 2008). Les traitements antirétroviraux ont permis d'améliorer le statut immunitaire et de réduire fortement l'incidence des infections opportunistes et l'activité de soins liée à celles-ci. Cependant, on note de plus en plus de complications liées aux traitements et aux échecs thérapeutiques du fait d'une observance insuffisante et/ou de l'apparition de résistances. Environ 5% des personnes suivies sont en échec thérapeutique (multi-résistants aux 3 classes d'antirétroviraux). La découverte fréquente de l'infection à un stade évolué et les complications supposent un recours encore plus fréquent à des structures de soins plus spécialisées pour une prise en charge aiguë ou prolongée.

Les co-morbidités

Les diagnostics secondaires les plus souvent associés au VIH peuvent affecter considérablement le suivi médical. L'augmentation de la survie liée à l'infection par le VIH a ramené au premier plan des pathologies auxquelles les professionnels étaient peu confrontés compte tenu du pronostic défavorable de la maladie. Une part croissante de la mortalité enregistrée chez les personnes infectées par le VIH est aujourd'hui liée à des co-morbidités, l'hépatite C étant la principale.

La co-infection à l'hépatite C (VHC) complique la prise en charge des patients infectés par le VIH en raison de l'hépatotoxicité médicamenteuse et l'évolution plus rapide des maladies, l'une en présence de l'autre. Cette co-infection nécessite une prise en charge conjointe avec les équipes VHC et exige souvent que l'on considère le traitement de trois maladies, c'est-à-dire non seulement le VIH et le HVC, mais aussi la toxicomanie et les problèmes qui s'y rattachent. Au Canada, le nombre de

personnes co-infectées représente plus de 20% des nouvelles infections à VIH. Selon les estimations de Santé Canada (Agence de la santé publique du Canada; Agence de santé publique du Canada), la majorité d'entre elles sont des UDI ou des HARSAH/UDI, et elles sont concentrées au Québec, en Colombie-Britannique et en Ontario. Les demandes en matière de psychiatrie s'accroissent par ailleurs du fait des co-morbidités psychiatriques, des facteurs psychologiques et de la vulnérabilité des patients.

La gestion de la maladie

La thérapie antirétrovirale a permis une importante amélioration de la survie chez les personnes vivant avec le VIH avec pour résultat que l'infection à VIH représente maintenant une condition chronique.

Les lignes directrices américaines de traitement de l'infection au VIH, largement acceptées dans la communauté médicale, soutiennent qu'une personne sous traitement antirétroviral devrait consulter son médecin tous les 3-4 mois. Les co-morbidités sont des causes communes d'incapacités et de mortalité et requièrent un « management actif » de la maladie. Une piètre rétention dans les soins prédit une pauvre survivance. Aussi, en retenant les gens dans les soins, les équipes médicales peuvent améliorer la survie des PVVIH (Giordano et al., 2007).

Enfin, les études de Kitahata et al (Kitahata et al., 1996; Kitahata et al., 2003) ont démontré que les soins de première ligne délivrés par des médecins d'expérience en VIH contribuent à améliorer les résultats de santé des patients, particulièrement au chapitre de la survie.

CHAPITRE III : MODÈLE CONCEPTUEL

Modèle conceptuel

Notre revue de littérature a permis de relever que le financement à capitation doit être ajusté afin de partager le risque entre le payeur et le fournisseur de services et ainsi éviter de pénaliser les organisations qui assurent la prise en charge de clientèles vulnérables. Les facteurs sociodémographiques (l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu, etc.) ainsi que des caractéristiques de la maladie peuvent influencer la « lourdeur » au niveau de la prise en charge clinique.

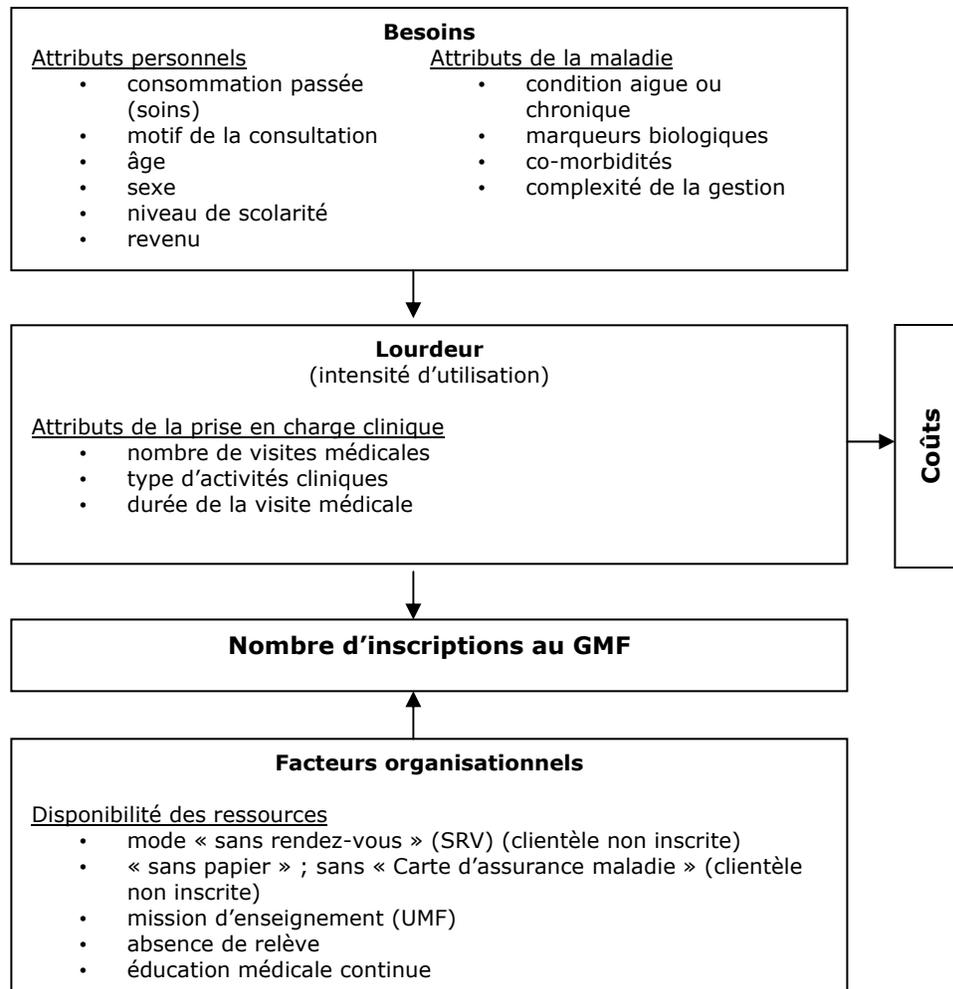
Le financement d'un GMF repose sur le nombre d'inscriptions de la clientèle. D'un financement unique en 2003, il est devenu proportionnel en 2005 c'est-à-dire ajusté au nombre d'inscriptions (tableau 18 « Ajustements financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF »). À ce jour, seuls deux (2) types de prise en charge ont été pondérés, les accouchements et les clientèles enregistrées au SAD.

Dans notre projet, l'utilisation des services constitue l'indicateur de la « lourdeur ». Dans notre modèle sur les déterminants de l'inscription (figure 1), les caractéristiques endogènes du patient induisent un besoin, premier estimateur de l'utilisation des ressources. La « lourdeur » caractérisée par l'intensité d'utilisation des ressources est évaluée depuis 1) la fréquence (nombre de visites/patient/année), 2) les actes du médecin (nombre et complexité des activités cliniques) et 3) la durée (temps mobilisé) de la visites médicale.

Ainsi, les attributs personnels et ceux de la maladie affectent le niveau de consommation de soins d'un individu qui impactent à son tour la disponibilité des

ressources. Un individu très malade mobilise davantage la ressource limitant du coup sa disponibilité pour de nouvelles prises en charge.

Figure 1: Modèle conceptuel « déterminants de l'inscription »



L'inscription est également influencée par des facteurs organisationnels qui peuvent affecter autrement la disponibilité des ressources, notamment l'enseignement en UMF laissant peu de disponibilité à la prise en charge des clientèles, les cliniques sans rendez-vous (srv) lesquelles accueillent outre la clientèle inscrite d'autres patients, etc. Ainsi, la disponibilité des ressources affecte le nombre d'inscription qu'un médecin ou un groupe de médecins est capables de réaliser. Cette dernière définition s'inspire des travaux de la Table de coordination des GMF (Table de coordination des GMF de Montréal, 2005) qui a identifié deux (2) dimensions qui influencent l'inscription de la clientèle, soit :

- la lourdeur au plan de la prise en charge clinique et;
- **le nombre d'ÉTP d'activité médicale** (ressources).

Enfin, l'approche DRG utilisée dans les centres hospitaliers conçoit la lourdeur depuis les coûts de traitement de la maladie. Dans notre modèle, le coût de la visite médicale exprime la lourdeur relative des activités réalisées (examens, analyses de laboratoire, etc.). Selon ce principe, une visite médicale complexe (type d'examen, nombre et complexité des actes) sera conséquemment plus dispendieuse.

CHAPITRE IV : LE GMF DE LA CLINIQUE MÉDICALE L'ACTUEL

La Clinique médicale l'Actuel, *centre d'excellence VIH-ITS-hépatites*, est un cabinet spécialisé dans le dépistage et le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Créée en 1984, elle est devenue le plus grand centre ambulatoire canadien multidisciplinaire de soins intégrés en santé sexuelle et dessert le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA au Québec, soit plus de 2000 individus. Située dans le « village gai » de Montréal, elle accueille notamment la clientèle du quartier Centre-Sud (CSSS Jeanne-Mance), l'un des quartiers les plus défavorisés de Montréal. De façon générale, les HARSAH représentent la principale clientèle du GMF suivis depuis 2006 par une importante population de personnes toxicomanes, infectées par le VIH ou non. Elle joue par ailleurs un rôle suprarégional de « deuxième ligne » en matière d'ITSS. La Clinique médicale l'Actuel a été accréditée « GMF pour clientèle spécifique » en mars 2005 (en référence à la clientèle VIH/SIDA). En raison du petit nombre d'inscriptions projetées de PVVIH en 2005, soit 1800, elle n'a obtenu qu'une partie de l'aide technique et financière généralement accordée à un GMF (97 000 \$/260 000 \$).

Ainsi, à l'exception du GMF du Quartier Latin qui assure également une prise en charge de PVVIH et des accouchements, les autres GMF à l'étude sont des GMF traditionnels, c'est-à-dire qu'ils desservent une clientèle de tout âge et de toutes conditions de santé. Ils opèrent sous la présomption que la distribution de patients qui requièrent beaucoup de temps et ceux qui en nécessiteront peu sera à peu près égale (équilibre des risques).

L'épidémiologie de la cohorte VIH du GMF l'Actuel

Au 31 décembre 2008, le GMF de la Clinique médicale l'Actuel dessert une population active⁶ de 2023 personnes vivant avec le VIH/SIDA ce qui représente une augmentation de 18 % par rapport à la même période en 2005. Plus de 75% de cette cohorte sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes⁷.

Caractéristiques		Décembre 2008† (N=2023) N (%)	
Sexe	Hommes	1823	(90,1%)
	Femmes	200	(9,9%)
Orientation sexuelle	HARSAH	1553	(77,3%)
	Hétérosexuels	456	(22,7%)
Facteurs de risque *	HARSAH **	1458	(72,9%)
	Partenaires multiples	544	(27,9%)
	Partenaire VIH	403	(20,7%)
	UDI	281	(14,4%)
	Endémique	109	(5,6%)
	Prostitution	53	(2,7%)
	Accidentel	13	(0,7%)
	Transmission verticale	4	(0,2%)
Âge (moyenne ± écart type)		45,3 ± 9,5	

* Les facteurs de risque ne sont pas mutuellement exclusifs, un individu peut avoir plus d'un de ces facteurs à la fois.

** HARSAH non toxicomanes.

† Patients actifs au 31 décembre 2008. Un patient est considéré actif lorsqu'il s'est présenté au moins une fois au cours des deux dernières années. Les données portent sur 2023 patients. Onze (11) patients n'ont pas consenties à l'utilisation de leurs données.

L'âge moyen est de 45 ans avec une étendue de 19 à 85 ans. Les 35 à 55 ans représentent 71% de la cohorte.

Co-infection à l'hépatite

⁶ La population active est utilisée pour désigner la clientèle ayant visité un médecin du groupe au cours des deux dernières années. Les personnes décédées sont exclues.

⁷ Données tirées de la base de données de la Clinique médicale l'Actuel au 31 décembre 2008.

Parmi la proportion de patients actifs, 6 % (114) sont co-infectés par l'hépatite B, 12 % (235) par l'hépatite C et 14 % (281) font ou ont déjà fait l'usage de drogues injectables (UDI).

Régime thérapeutique pour le VIH

Le nombre de patients sous traitement est en constante augmentation, soit 32% de plus qu'en décembre 2005. Soixante-dix-sept pour cent (77 % ; N = 1559) des patients sont actuellement traités dont 1 % en bi-thérapie, 88 % en tri thérapie et 11 % qui cumulent plus de quatre (4) antirétroviraux (ARV). Les patients actifs ont en moyenne consommé six (6) différents antirétroviraux et 89% ont déjà été exposés à plus de 10 ARV. Les patients naïfs et expérimentés pour les ARV ayant eu un test de génotypage (identification des résistances) présentent des mutations primaires, 67% pour les patients expérimentés et 16 % pour les patients naïfs. Enfin, 88 % (N = 1444) des patients traités de plus de six (6) mois ont une charge virale indécélable (<50 copies/ml).

Le territoire de desserte des personnes inscrites au GMF l'Actuel

Au 31 décembre 2008, 2903 personnes sont inscrites au GMF de la Clinique médicale l'Actuel. Soixante-quatorze pour cent (74%) de ces personnes résident dans la région montréalaise, soit 2161 personnes sur 2903.

Tableau 5 : Répartition par territoire de desserte des personnes inscrites au GMF de la Clinique médicale l'Actuel en date du 2008-12-31

RÉPARTITION PAR TERRITOIRE DE DESSERTE DES PERSONNES INSCRITES AU GMF DE LA CLINIQUE MÉDICALE L'ACTUEL EN DATE DU 2008-12-31		
Territoire CSLC	Personnes inscrites	Ratio
Régions indéterminées	43	1%
Total de la région montréalaise	2161	74%
Total hors région	699	24%
Total usagers inscrits	2903	100%

De ce nombre (2161 ;74%), soixante pour cent (60%), soit 1307 personnes, résident au sein des territoires les plus défavorisés de la région, soit les territoires du CSSS Jeanne-Mance (42%) et celui du CSSS Lucille-Teasdale (18%).

CSSS et leurs installations	Personnes inscrites	Ratio
CSSS JEANNE-MANCE		
· CLSC des Faubourgs	618	
· CLSC du Plateau-Mont-Royal	209	
· CLSC St-Louis-du-Parc	86	42%
CSSS LUCILLE-TEASDALE		
· CLSC Hochelaga-Maisonneuve	230	
· CLSC Rosemont	110	
· CLSC Olivier-Guimond	54	18%
Total	1307	60%

Aussi, selon les données de recensement de 2001, la population du territoire du CSSS de Jeanne-Mance (CLSC des Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc) représente 7,5% de la population de l'île. Le territoire est fort bigarré, des personnes pauvres vivent parmi les plus riches. La population est plus défavorisée que celle de l'ensemble de l'île et l'état de santé tout aussi précaire. Entre autres,

- Le taux de chômage est plus élevé, soit 9,5% comparativement à 9,2% ;
- La proportion de prestataires de l'assistance-emploi est de 15,2% comparativement à 12,8% ;

- La part des personnes vivant sous le seuil de faible revenu est plus important que partout ailleurs sur l'île, soit 36,1% comparativement à 29%, ce qui en fait l'un des territoires les plus marqués par la pauvreté. Les taux de mortalité et de morbidité évitables sont de 75% plus élevés dans les groupes à faible revenu ;
- Le territoire compte parmi ceux qui ont la plus grande proportion de familles monoparentales, soit 43% comparativement à 33% ;
- La proportion des jeunes de 15 à 24 ans qui ne fréquentent pas l'école est de 37,9% comparativement à 31,6% ;
- L'espérance de vie est nettement plus courte sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance que sur l'ensemble de l'île, 69,1 ans comparativement à 74,8 ans pour les hommes, 78,4 ans comparativement à 81,1 chez les femmes ;
- Les décès par maladies chroniques, traumatismes non intentionnels et suicides font plus de dommages sur ce territoire que partout ailleurs. En outre, de 1994 à 1998, on y a enregistré 72 cas de mortalité évitable pour 100 000 habitants, comparativement à 63 cas pour 100 000 le reste de l'île.

Les infections transmises sexuellement (ITS) sont les MADO les plus fréquentes. Le CSSS Jeanne-Mance présente le taux le plus élevé de tous les CSSS de la région montréalaise avec 189,7 pour 100 000 habitants comparativement aux maladies d'origine hydrique ou alimentaire, 151,8 par 100 000 habitants (CSSS Jeanne-Mance, 2004).

Après le CSSS Jeanne-Mance, le territoire du CSSS Lucille-Teasdale (CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Rosemont et Olivier-Guimond) est le plus défavorisé (Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008).

Enfin, en raison de l'importante défavorisation des personnes inscrites, il nous apparaît pertinent de rappeler que de nombreuses études ont démontré qu'il existe une corrélation entre l'espérance de vie et divers indicateurs de position sociale : revenu, niveau d'instruction, profession et lieu de résidence (Wilkinson, 1992). Les données disponibles indiquent que l'état de santé est étroitement lié à la position sociale. Les travaux les plus célèbres sont sans doute ceux de Marmot avec « l'étude de Whitehall » qui a démontré une forte corrélation entre la position sociale et la santé et mis en évidence un gradient de mortalité qui suit les niveaux hiérarchiques. Les résultats suggèrent donc l'existence d'un processus général de causalité : la santé serait liée à la hiérarchie sociale. S'il existe un gradient socio-économique en matière de santé, le statut ne représente cependant qu'un des aspects du contexte social. Une compréhension plus globale des déterminants sociaux et des caractéristiques de la vie doit être envisagée (Evans, Barer, & Marmor, 1996).

CHAPITRE V : MÉTHODOLOGIE

Cette recherche vise à évaluer la « lourdeur » de la prise en charge clinique des PVVIH et autres clientèles inscrites au GMF de la Clinique médicale l'Actuel en identifiant notamment les différences dans les profils de consommation de soins et les coûts d'utilisation des services.

Le choix d'une stratégie de recherche

Il s'agit d'une analyse comparative entre le GMF de la Clinique médicale l'Actuel lequel dessert une importante population de PVVIH (82% de la clientèle inscrite) et toxicomanes et assure un rôle suprarégional en matière d'ITSS et les GMF « traditionnels » montréalais.

La planification opérationnelle

Malgré des comparaisons avec les moyennes régionale et nationale pour valider une tendance au chapitre de l'utilisation des ressources, les GMF montréalais accrédités au 30 juin 2005 constituent notre population cible (N = 10). Notre échantillon est composé des GMF publics et privés pour l'analyse de l'utilisation des ressources et des GMF privés pour les coûts. Il concerne toutes les personnes qui fréquentent ces organisations c'est-à-dire la clientèle inscrite et celle non inscrite. Il est de type non probabiliste, par choix raisonné. Les critères d'inclusion sont :

- Pour l'utilisation des services, les GMF publics et privés accrédités avant le 30 juin 2005 (N = 10). Comme nous évaluons l'utilisation des services de l'année civile 2006, nous désirons un minimum de six (6) mois d'expérience, laissant le temps à chacun des GMF d'inscrire la clientèle.

Date Accréditation	GMF montréalais publics et privés
2003-03-19	GMF de Verdun (P)
2003-03-25	GMF des Faubourgs (P)
2003-03-25	GMF Notre-Dame (P)
2003-06-25	GMF Herzl (P)
2004-01-06	GMF Centre médical Saint-André (Pr)
2004-01-06	GMF Côte-des-Neiges (P)
2004-07-16	GMF du Sud-Ouest (Pr)
2004-07-16	GMF St-Louis-du Parc (P)
2005-03-18	GMF Clinique médicale l'Actuel (Pr)
2005-03-18	GMF Quartier Latin (Pr)

(P) : public ; (Pr) privé

Pour les coûts, les GMF privés accrédités avant le 30 juin 2005 (N = 4) pour éviter les biais liés :

- au mode de rémunération des médecins au sein des GMF publics. Seuls les paiements à l'acte peuvent être utilisés aux fins de comparaison (GMF privés);
- aux activités en UMF (effet sur la disponibilité des ressources médicales).

Date Accréditation	GMF montréalais privés
2004-01-06	GMF Centre médical Saint-André
2004-07-16	GMF du Sud-Ouest
2005-03-18	GMF Clinique médicale l'Actuel
2005-03-18	GMF Quartier Latin

Nous utilisons les années civiles 2006, 2007 et 2008 pour conforter les résultats.

La collecte des données

Les données sont tirées essentiellement du système informationnel de la RAMQ pour les GMF montréalais accrédités au 30 juin 2005 pour les années civiles 2006, 2007 et 2008. Elles concernent :

- le nombre d'inscriptions;
- le nombre de visites par personnes inscrites;
- le nombre de visites par personnes non inscrites;
- le nombre de personnes inscrites et vulnérables (vulnérabilité RAMQ) – voir tableau 21 en annexe).

Les données étudiées proviennent des rapports statistiques suivants :

- le suivi des inscriptions GMF;
- la répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF;
- le nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables;

et concernent trois (3) périodes, soit :

- 2006-01-01 au 2006-12-31
- 2007-01-01 au 2007-12-31
- 2008-01-01 au 2008-12-31

de même que des données cumulatives du 19-03-2003 (premier GMF) au 31 décembre 2008. Ces données sont présentées sous la période comprise entre le 2000-01-01 et le 2008-12-31.

Nous avons retenu ces trois (3) périodes afin de renforcer notre interprétation des données et s'assurer qu'il ne s'agissait du hasard. Le choix de celles-ci a été guidé par la date d'accréditation du GMF de la Clinique médicale l'Actuel, soit mars 2005. À compter de cette date, il fallait permettre un temps aux GMF pour inscrire la clientèle. Les années civiles 2006, 2007 et 2008 s'avéraient donc les années logiques.

C'est seulement au moment de déposer ce mémoire à la Faculté des études supérieures que nous avons obtenu, par le biais de la commission d'accès à l'information, des données plus fines et utilisables sur les GMF montréalais que nous présentons. Notre projet initial ne comportait que des moyennes régionale et nationale pour les années 2006 et 2007.

Les coûts proviennent de la banque de données jumelées du Carrefour montréalais d'information socio-sanitaire (CMIS) qui contient des informations sur les hospitalisations (MED-ÉCHO), les services des médecins rémunérés à l'acte (RAMQ-MEDIC), les services pharmaceutiques (RAMQ-PHARMA), les services des CLSC (I-CLSC), les admissions en CHSLD (MTL-HEBE) ainsi que les décès (ISQ-DECES). Faute de disponibilité des données pour 2006, 2007 et 2008, ces coûts ne concernent que l'année civile 2005 pour les visites médicales, les examens et les actes médicaux. Il est à noter que les données extraites de la banque jumelée du CMIS ne concernent que la population montréalaise, identifiée par codes postaux. L'organisme estime à 25-30% les personnes qui habitent les régions limitrophes et qui consomment sur le territoire montréalais.

Nous avons obtenu du CMIS les rapports suivants pour l'année civile 2005 :

- Répartition de la clientèle régulière et vulnérable et nombre de visites médicales moyen;
- Répartition des visites, actes et le coût total des actes facturés à la RAMQ;
- Répartition des examens (ordinaire, complet et complet majeur).

La définition des concepts

Une visite médicale

Pour les fins de la présente analyse, une « visite médicale » se définit par **une rencontre entre un médecin et un patient** au cours de laquelle le médecin effectue un « examen », soit un examen ordinaire (EO), un examen complet (EC) ou un examen complet majeur (ECM) et un ou des « actes ». Un médecin peut effectuer un examen sans acte ou un ou des actes sans examen.

Les concepts généraux utilisés dans les rapports GMF édités par la RAMQ

Ci-dessous les concepts généraux utilisés et définis par la RAMQ dans la production des rapports pro-formatés que nous avons utilisé (référence aux tableaux 22 à 29 présentés en annexe).

Personne inscrite : Personne résidant dans la province de Québec, assurée par la RAMQ et qui est inscrite auprès d'un médecin dans un GMF.

Visite : Visite au cours de laquelle une personne a reçu un ou des services dans un lieu de dispensation donné durant une journée.

Usager inscrit : Personne qui a effectué au moins une visite à un GMF et qui est inscrite à ce GMF à la date de fin de la période déterminée.

Usager vulnérable : Un usager est considéré vulnérable, « vulnérabilité RAMQ », lorsqu'il répond à une ou plusieurs des conditions suivantes :

- il est âgé de 70 ans ou plus;
- il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une des affections suivantes : problèmes de santé mentale, maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), cancer, diabète avec atteinte d'organe cible, toxicomanie, VIH/SIDA, maladies dégénératives du système nerveux central.

Usager non inscrit : Personne qui n'est pas inscrite au GMF visé à la date de fin de la période déterminée, mais qui a reçu des services. Cette personne peut être inscrite à un autre GMF.

Nombre de visites d'usagers inscrits : Nombre de visites effectuées par les usagers inscrits à l'un des points de service du GMF pour consulter un des médecins partenaires durant la période déterminée par l'utilisateur.

Nombre de visites d'usagers non inscrits : Nombre de visites effectuées par les usagers non inscrits pour consulter un des médecins partenaires durant la période déterminée par l'utilisateur.

Ratio vulnérables/inscrits : Nombre de personnes inscrites et vulnérables divisé par le nombre de personnes inscrites, multiplié par cent.

Ratio visites/usagers non inscrits : Moyenne de visites par usager non inscrit.

Ratio visites/usagers inscrits et vulnérables : Moyenne de visites par usager inscrit et vulnérable. (RAMQ, 2004)

La lourdeur

Rappelons que pour les fins de notre recherche, nous définissons la « lourdeur » en termes d'intensité d'utilisation des ressources laquelle s'exprime par la fréquence, la complexité et la durée de la visite médicale quantifiées depuis les caractéristiques endogènes du patient et les caractéristiques de la maladie. Cette définition s'inspire entre autres des travaux d'Afilalo sur l'instrument « Lourdeur », développé pour les départements d'urgence (Afilalo et al., 2001). Elle s'appuie à la fois sur les caractéristiques sociodémographiques du patient (âge, sexe, etc.), et les marqueurs cliniques (ex. : les co-morbidités). Par ailleurs, l'intensité du traitement pour des diagnostics particuliers s'avère souvent le trait distinctif qui influence les coûts (Maguire et al., 1998). En s'inspirant des DRG et de l'indice NIRRU qui mesure la lourdeur des cas par les coûts de traitement, nous ajoutons à nos indicateurs de prise en charge clinique une composante « coût » des services rendus aux GMF.

1. Le nombre de visites médicales/patient : fréquence des visites médicales avec le patient ; notion de service requis. Pour éviter les biais, notamment les caractéristiques et la rémunération du médecin lesquels peuvent induire la demande de soins, la fréquence des visites devrait être basée sur des consensus établis, guides de pratique ou étude de la gestion de la maladie.
2. Les activités cliniques : elles font référence aux types d'examen (l'examen ordinaire, l'examen complet ou l'examen complet majeur), aux actes et à leur complexité réalisés lors d'une visite médicale.

3. Les coûts : les coûts concernent l'ensemble des services directs dispensés par le médecin et les examens de laboratoire lesquels nous permettent d'apprécier la complexité et la durée de la visite.

CHAPITRE VI : RÉSULTATS

Qu'est-ce qui distingue le GMF de la Clinique médicale des autres GMF ?

Afin de comparer le GMF de la Clinique médicale l'Actuel aux autres GMF, nous avons étudié :

- Le pourcentage de la clientèle vulnérable desservie par les GMF;
- Le type et le pourcentage de vulnérabilité;
- Le nombre de visites par usager inscrit et non inscrit;
- Le nombre de visites par usager inscrit et vulnérable;
- Le nombre de visites par « médecin ÉTP » et par « médecin partenaire »;
- Le coût des services.

Le pourcentage de clientèle vulnérable

Les GMF montréalais, publics et privés, desservent 28% de clientèle vulnérable comparativement à 78% pour le GMF de la Clinique médicale l'Actuel.

Tableau 6 : Pourcentage de la clientèle vulnérable inscrite au sein des GMF montréalais accrédités au 30 juin 2005

SUIVI DES INSCRIPTIONS GMF PUBLICS ET PRIVÉS POUR LA PÉRIODE DU 2000-01-01 AU 2008-12-31

	Ratio vulnérables / inscrits
GMF de Verdun (P)	25%
GMF des Faubourgs (P)	29%
GMF Notre-Dame (P)	31%
GMF de Herzl (P)	29%
GMF Centre médical St-André (Pr)	20%
GMF Côtes-des-Neiges (P)	13%
GMF du Sud-Ouest (Pr)	39%
GMF Saint-Louis-du-Parc (P)	29%
GMF de la Clinique médicale l'Actuel (Pr)	78%

GMF Quartier Latin (Pr)	33%
Moyenne des GMF Montréalais étudiés	33%
Moyenne des GMF montréalais à l'exception du GMF l'Actuel	28%

(P) : public; (Pr) privé

En isolant les GMF privés et en excluant le GMF l'Actuel, nous obtenons une moyenne de 31%. Nous constatons que le ratio des personnes vulnérables inscrites au GMF de l'Actuel est nettement supérieur et impacte les moyennes.

**SUIVI DES INSCRIPTIONS GMF PRIVÉS
POUR LA PÉRIODE DU 2000-01-01 AU 2008-12-31**

	Ratio vulnérables / inscrits
GMF Centre médical St-André	20%
GMF du Sud-Ouest	39%
GMF de la Clinique médicale l'Actuel	78%
GMF Quartier Latin	33%
Moyenne des GMF privés	43%
Moyenne des GMF privés à l'exception du GMF l'Actuel	31%

Les données régionale et nationale pour toutes les personnes vulnérables inscrites à un GMF confirment également cette observation avec des moyennes de 32% pour Montréal et 31% pour l'ensemble du Québec au 31 décembre 2008 (tableau 26 « Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2008-12-31 »).

Le type et le pourcentage de vulnérabilité

Le tableau ci-dessous démontre que les personnes âgées de plus de 70 ans représentent le plus grand pourcentage de la clientèle vulnérable inscrite auprès d'un GMF. Notre revue de littérature avait aussi permis de noter cette information (Lavallée et al., 2008).

Viennent ensuite, en ordre décroissant pour le Québec, les personnes souffrant de maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS) et les problèmes de santé mentale. À Montréal, les problèmes de santé mentale se positionnent au deuxième rang devant la maladie cardiaque. Le GMF l'Actuel se distingue quant à lui par une concentration de personnes vivant avec le VIH/SIDA, les problèmes de santé mentale et la toxicomanie.

Il est à noter que les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Un individu peut présenter plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Tableau 7 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF

RÉPARTITION DES PERSONNES VULNÉRABLES INSCRITES À UN GMF - **ENSEMBLE DU QUÉBEC***

En date du	1	2	3	4	5	6	7	8	9	15
2006-12-31	10%	10%	21%	10%	11%	1%	1%	4%	1%	55%
2007-12-31	19%	11%	21%	10%	11%	1%	1%	4%	3%	47%
2008-12-31	21%	11%	20%	10%	17%	1%	1%	4%	4%	43%

RÉPARTITION DES PERSONNES VULNÉRABLES INSCRITES À UN GMF - **MONTRÉAL***

En date du	1	2	3	4	5	6	7	8	9	15
2006-12-31	12%	9%	13%	7%	9%	3%	15%	4%	0%	45%
2007-12-31	20%	10%	14%	8%	11%	3%	12%	4%	2%	40%
2008-12-31	21%	10%	15%	9%	15%	3%	7%	4	3%	42%

RÉPARTITION DES PERSONNES VULNÉRABLES INSCRITES AU **GMF DE LA CLINIQUE MÉDICALE L'ACTUEL**

En date du	1	2	3	4	5	6	7	8	9	15
2006-12-31	3%	0%	0%	0%	0%	3%	92%	0%	0%	1%
2007-12-31	15%	1%	2%	2%	2%	13%	85%	0%	0%	1%
2008-12-31	16%	1%	2%	2%	2%	16%	82%	1%	0%	1%

Référence « Tableau 26, 27 et 28 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF », rapports produits en date du : 2009-01-27

* Les données présentées incluent le GMF de la Clinique médicale l'Actuel

Légende:

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| 1 - Problèmes de santé mentale | 4 - Cancer | 8 - Maladies dégénératives du système nerveux |
| 2 - MPOC | 5 - Diabète avec atteinte d'organes cibles | 9 - Maladies inflammatoires chroniques |
| 3 - MCAS | 6 - Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage | 15 - 70 ans et plus |
| | 7 - VIH/SIDA | |

Le nombre de visites par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits vulnérables

L'analyse des données révèle une importante différence dans le nombre de visites par usagers inscrits au sein du GMF de la Clinique médicale l'Actuel.

En 2008 par exemple, le ratio visites usagers inscrits pour le GMF l'Actuel est de 6,78 ce qui est supérieur aux unités de comparaisons dont les ratios varient de 2,59 à 3,29, ainsi que des moyennes régionale et provinciale, respectivement de 2,59 et 2,76 (tableau 8; données 2008).

Le ratio visites usagers inscrits **et vulnérables** est également élevé au GMF l'Actuel, soit 7,57 vs des ratios variant de 3,10 à 4,50. Les moyennes régionale et nationale affichent respectivement 3,37 et 3,47.

Quant au ratio visites usagers non inscrits, il est de 2,31 pour le GMF de la Clinique médicale l'Actuel. Seul le GMF du Quartier Latin présente un ratio plus élevé avec 2,70. Les moyennes régionale et provincial sont de 1,91 et de 1,82.

Les données 2006 et 2007 soutiennent également ce résultat avec des ratios similaires (tableau 8; données 2006 et 2007)

Enfin, les données de 2005 pour les coûts du CMIS – seules données disponibles - qui ne touchent que les visites montréalaises confirment également cette tendance pour le GMF l'Actuel avec un nombre de visites moyen de 6,7 pour la clientèle vulnérable et de 2,3 pour la clientèle régulière. Les données pour les autres GMF témoins sont également similaires avec des ratios de 2,9 à 3,3 visites pour les clientèles vulnérables et de 1,9 à 2,2 visites pour les clientèles régulières.

Tableau 8: Nombre moyen de visites

NOMBRE DE VISITES AUX GMF PAR USAGERS INSCRITS, USAGERS NON INSCRITS ET USAGERS INSCRITS/VULNÉRABLES

POUR LA PÉRIODE DU **2008-01-01 AU 2008-12-31**

GMF	Nombre d'utilisateurs inscrits avec visite	Nombre de visites d'utilisateurs inscrits	Ratio visites / Utilisateurs inscrits	Nombre d'utilisateurs non inscrits	Nombre de visites d'utilisateurs non inscrits	Ratio visites / Utilisateurs non inscrits	Nombre d'utilisateurs inscrits et vulnérables avec visites	Nombre de visites d'utilisateurs inscrits et vulnérables	Ratio visites / Utilisateurs inscrits et vulnérables
GMF Saint-André	5 990	19 693	3,29	5 880	10 299	1,75	1 530	6 283	4,11
GMF Sud-Ouest	14 031	36 386	2,59	12 681	19 586	1,54	6 460	20 058	3,10
GMF l'Actuel	2 655	18 008	6,78	8 497	19 644	2,31	2 113	15 998	7,57
GMF QL	6 700	21 555	3,22	1 454	3 926	2,70	2 566	11 555	4,50
Total Montréal			2,59			1,91			3,37
Total provincial			2,76			1,82			3,47

Référence : « Tableau 22 : Nombre de visites aux GMF par utilisateur inscrit, utilisateurs non inscrits et utilisateurs inscrits/vulnérables », 2009-01-27

NOMBRE DE VISITES AUX GMF PAR USAGERS INSCRITS, USAGERS NON INSCRITS ET USAGERS INSCRITS/VULNÉRABLES

POUR LA PÉRIODE DU **2007-01-01 AU 2007-12-31**

GMF	Nombre d'usagers inscrits avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits	Ratio visites / Usagers inscrits	Nombre d'usagers non inscrits	Nombre de visites d'usagers non inscrits	Ratio visites / Usagers non inscrits	Nombre d'usagers inscrits et vulnérables avec visites	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables	Ratio visites / Usagers inscrits et vulnérables
GMF Saint-André			3,46			1,75			4,16
GMF Sud-Ouest			2,72			1,60			3,41
GMF l'Actuel			6,56			2,26			7,22
GMF QL			3,28			2,53			4,82
Total Montréal			2,61			2,08			3,63
Total provincial			2,79			1,84			3,54

Référence : « Tableau 23 : Nombre de visites aux GMF par usager inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables », 2009-01-27

POUR LA PÉRIODE DU **2006-01-01 AU 2006-12-31**

GMF	Nombre d'usagers inscrits avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits	Ratio visites / Usagers inscrits	Nombre d'usagers non inscrits	Nombre de visites d'usagers non inscrits	Ratio visites / Usagers non inscrits	Nombre d'usagers inscrits et vulnérables avec visites	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables	Ratio visites / Usagers inscrits et vulnérables
GMF Saint-André			3,23			1,54			3,92
GMF Sud-Ouest			2,84			1,59			3,55
GMF l'Actuel			6,61			2,28			7,33
GMF QL			3,45			2,28			5,22
Total Montréal			2,48			1,92			3,42
Total provincial			2,79			1,84			3,47

Référence : « Tableau 24 : Nombre de visites aux GMF par usager inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables », 2009-01-27

Autre indicateur de l'intensité d'utilisation, les données cumulatives au 31 décembre 2008 rapportent un ratio visites/usagers inscrits et vulnérables de 22,18 pour le GMF l'Actuel comparativement à 9,73 à 15,43 pour les autres GMF.

Tableau 9 : Données cumulatives – Ratio usagers inscrits, non inscrits, inscrits et vulnérables

	Accréditation	Ratio visites / Usagers inscrits	Ratio visites / Usagers non inscrits	Ratio visites / Usagers inscrits et vulnérables
GMF St-André	2004-01-06	10,52	2,38	15,43
GMF Sud-Ouest	2004-07-16	7,64	2,39	9,73
GMF l'Actuel	2005-03-18	19,37	3,37	22,18
GMF Quartier Latin	2005-03-18	9,11	3,55	14,69
Total Montréal		4,89	2,59	7,36
Total provincial		6,85	2,89	9,47

Référence : « Tableau 25 : Nombre de visites aux GMF par usager inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2000-2008 », 2009-02-26

Selon notre compréhension, cette donnée est intéressante dans la mesure où les GMF ayant été accrédités en 2004 ont une plus longue expérience de l'inscription et donc susceptibles d'avoir cumulé un plus grand nombre de visites pour leurs patients.

Les données sont équivoques. L'intensité d'utilisation des ressources dans la prise en charge clinique des PVVIH est nettement supérieure à l'ensemble des autres catégories de vulnérabilité.

Le nombre de visites par « médecin ÉTP » et « médecin partenaire »

Afin d'apprécier la productivité, il nous apparaissait aussi important de comparer le volume d'activités de chacun des GMF (benchmark). Le tableau 10 rapporte le nombre de visites/médecin, calculé à partir du « nombre de visites par usagers inscrits » et du « nombre de visites par usagers non inscrits » divisés par le nombre médecins équivalent temps plein et du nombre de médecin partenaire. Un « médecin équivalent temps plein » correspond à 35 heures de travail semaine alors que la donnée « médecin partenaire » représente le nombre de médecins pratiquant au sein du groupe. Ces deux notions nous paraissent utiles afin de confirmer la validité de la mesure. Le nombre de médecin ÉTP est calculé par la RAMQ lors de l'accréditation du GMF. Par la suite, dans le cadre d'une mise à jour annuelle de son tableau de bord, il revient à chaque GMF de transmettre cette donnée à l'Agence régionale de la santé. Le nombre de médecins partenaires est quant à lui ajusté par la RAMQ sur avis, par le GMF, d'ajout ou de retrait de médecins participants. Cette donnée nous apparaît plus fiable puisqu'elle est assortie d'un incitatif financier laquelle permet d'ajuster le nombre d'heures médico-administratives payables pour les médecins.

En 2008, la moyenne du GMF de l'Actuel représente le volume le plus élevé avec 4 707 visites par médecin ÉTP comparativement à une variation de 2 548 à 4 285 visites pour les autres GMF, une tendance (volume) observée deux années sur trois. Le GMF l'Actuel se positionne au 2^{ième} rang pour l'année 2007. Les données

par médecin partenaire brosse cependant un tout autre tableau positionnant le GMF de l'Actuel au 3^{ième} rang.

Comme nous nous y attendions, le GMF l'Actuel a le plus grand nombre de visites par médecin pour les « usagers inscrits et vulnérables » que ce soit en utilisant la variable médecin ÉTP ou médecin partenaire (tableau 11) ce qui est conséquent avec le constat précédent que les personnes vulnérables inscrites au GMF l'Actuel effectuent plus de visites médicales que les clientèles vulnérables des autres groupes.

Dans les deux cas de figure, médecins ÉTP ou partenaires, il est intéressant de noter que le GMF l'Actuel réalise plus de visites (visites totales usagers inscrits et non inscrits) qu'au moins un de ses homologues avec moins de ressources GMF consenties par le MSSS.

La lecture de ces données suggère que le GMF l'Actuel performe autant que les autres GMF à l'étude dont deux d'entre eux jouissent de ressources médicales supplémentaires et d'infirmières GMF. En raison du nombre d'inscriptions projetées, les ressources infirmières n'ont pas été accordées au GMF de la Clinique médicale l'Actuel lors de son accréditation en 2005.

Tableau 10 : Nombre moyen de visites par usagers inscrits et non inscrits par médecin ÉTP et médecin partenaire

NOMBRE DE VISITES/MD ÉTP & PARTENAIRE

GMF	Période	Nombre de visites d'usagers inscrits	Nombre de visites d'usagers non inscrits	Visites totales	Médecin ÉTP	Nb de visites/md ÉTP	Médecin partenaire	Nb de visites/md partenaire
GMF St-André	2006	16 006	6 043	22 049	7	3 150	10	2 205
	2007	18 589	10 057	28 646	7	4 092	10	2 865
	2008	19 693	10 299	29 992	7	4 285	10	2 999
GMF Sud-Ouest	2006	31 447	20 200	51 647	14	3 689	18	2 869
	2007	29 277	18 492	47 769	14	3 412	18	2 654
	2008	36 386	19 586	55 972	14	3 998	21	2 665
GMF l'Actuel	2006	13 049	17 119	30 168	8	3 771	16	1 886
	2007	15 001	15 910	30 911	8	3 864	14	2 208
	2008	18 008	19 644	37 652	8	4 707	16	2 353
GMF Quartier Latin	2006	22 181	5 271	27 452	10	2 745	18	1 525
	2007	21 697	4 692	26 389	10	2 639	18	1 466
	2008	21 555	3 926	25 481	10	2 548	18	1 416

Tableau 11 : Nombre de visites par usagers inscrits, usagers inscrits et vulnérables par médecin

NOMBRE DE VISITES USAGERS INSCRITS/INSCRITS ET VULNÉRABLES

GMF	Période	Nombre de visites d'usagers inscrits	Médecin ÉTP	Nb de visites/md usagers inscrits	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables par md ÉTP	Médecin partenaire	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables par md partenaire
GMF St-André	2006	16 006	7	2 287	3 390	484	10	339
	2007	18 589	7	2 656	4 799	686	10	480
	2008	19 693	7	2 813	6 283	898	10	628
GMF Sud-Ouest	2006	31 447	14	2 246	10 889	778	18	605
	2007	29 277	14	2 091	12 648	903	18	703
	2008	36 386	14	2 599	20 058	1433	21	955
GMF l'Actuel	2006	13 049	8	1 631	11 582	1448	16	724
	2007	15 001	8	1 875	13 551	1694	14	968
	2008	18 008	8	2 251	15 998	2000	16	1000
GMF Quartier Latin	2006	22 181	10	2 218	10 524	1052	18	585
	2007	21 697	10	2 170	11 224	1122	18	624
	2008	21 555	10	2 156	11 555	1156	18	642

Les coûts

Les coûts ont été obtenus par le CMIS. Ils ne concernent que l'année civile 2005; les autres années nous étant impossibles à obtenir. Les données concernent les quatre (4) GMF privés, soit les GMF du Sud-Ouest accrédité le 2004-01-06, du Centre médical St-André accrédité le 2004-07-16, du Quartier Latin accrédité le 2005-03-18 et de la Clinique médicale l'Actuel accrédité le 2005-03-18.

Nous cherchions à comparer le coût d'une visite médicale au sein des différents GMF afin de nous permettre d'évaluer la lourdeur au plan de la prise en charge clinique. Dans cette perspective, la lourdeur s'exprime par des coûts de traitement plus élevés.

Les notions utilisées sont différentes de celles utilisées pour l'utilisation des ressources. Rappelons que la « visite médicale » est employée pour désigner une rencontre entre un médecin et un patient. Dans le cadre de cette rencontre, le médecin peut effectuer un examen et des actes ou un examen sans acte ou un ou des actes sans examen. L'examen est de trois types, l'examen ordinaire, l'examen complet ou l'examen complet majeur. Chaque examen correspond à une investigation. L'examen ordinaire est moins complexe et de courte durée alors que l'examen complet majeur comprend la revue de tous les systèmes et a une durée approximative de 45 minutes. Un acte correspond à une activité clinique tel qu'une psychothérapie, une ponction veineuse, une culture, une analyse d'urine, etc. Il peut y avoir un ou plusieurs actes au cours d'une même visite; ceux-ci sont cumulatifs. De façon générale, le mode de rémunération des omnipraticiens prévoit que le premier acte est rémunéré à 100% et

les subséquents à 50% de leur plein tarif. Les données du CMIS nous renseignent sur le nombre d'individus – catégorie mutuellement exclusive – ayant consulté la ressource, le nombre de visites médicales, les coûts totaux pour chacun des trois types d'examens et des actes.

Ainsi, avec les informations dont nous disposons, nous avons établi les rapports suivants.

Le tableau 12 ci-dessous nous renseigne sur le nombre et le type d'examen effectués au cours de l'année 2005 au sein des GMF. Le GMF l'Actuel se distingue avec le plus grand pourcentage d'examens ordinaires alors que les autres GMF ont une plus grande proportion d'examens complets. Le GMF du Quartier Latin affiche quant à lui un plus grand pourcentage d'examens complets majeurs réalisés au cours de la période.

Tableau 12 : Nombre et type d'examens

Nombre et type d'examens par GMF						
	Nb EO		Nb EC		Nb ECM	
GMF Sud-Ouest	13330	28%	31473	65%	3339	7%
GMF St-André	4835	31%	10612	69%	11	0%
GMF l'Actuel	10096	42%	12885	53%	1132	5%
GMF Quartier Latin	2173	21%	6952	66%	1386	13%

Le tableau 13 présente le nombre moyen total d'actes par individu pour l'année 2005. Pour ce faire, nous avons utilisé le nombre d'actes total effectué au sein des GMF divisé par le nombre d'individus desservis.

Tableau 13 : Nombre moyen d'actes par individu

Nom du GMF	Nb actes	Nb d'individus	Nb actes/ individu
GMF St-André	18553	6769	2,74
GMF Sud-Ouest	70897	21931	3,23
GMF l'Actuel	59582	8533	6,98
GMF Quartier Latin	25072	6145	4,08

Le GMF l'Actuel présente le plus grand volume par individu avec une moyenne d'actes de 6,98 comparativement au GMF du Quartier Latin qui affiche une moyenne de 4,08.

Tableau 14 : Coût moyen total actes/individu/année

	Coût total des actes	Nb d'individus	Coût moyen actes/individu
GMF St-André	469 231 \$	6769	69,32 \$
GMF Sud-Ouest	1 835 112 \$	21931	83,68 \$
GMF l'Actuel	1 087 665 \$	8533	127,47 \$
GMF Quartier Latin	526 493 \$	6145	85,68 \$
Moyenne			91,54 \$
Moyenne sans l'Actuel			79,56 \$

En divisant le nombre d'individus par le coût total des actes nous obtenons un coût moyen d'actes par individu. Comme nous nous y attendions en raison du nombre plus élevé d'actes pour le GMF l'Actuel, cette valeur se distingue en 2005 avec un coût par individu de 127,47 \$ comparativement au coût de 85,68 \$ pour le GMF du Quartier Latin, une différence de 41,80 \$ par individu. La moyenne obtenue sans le GMF l'Actuel est de 79,56 \$.

Tableau 15 : Coût moyen par individu

	Coût moyen par individu		
	Coût total examens et actes	Individus	Coût/individu
GMF St-André	894 434 \$	6769	132,14 \$
GMF du Sud-Ouest	3 279 258 \$	21931	149,53 \$
GMF l'Actuel	1 740 095 \$	8533	203,93 \$
GMF Quartier Latin	872 094 \$	6145	141,92 \$
Moyenne			156,88 \$
Moyenne sans l'Actuel			141,19 \$

Enfin, nous obtenons un coût moyen par individu en divisant le nombre d'individus par le coût total des examens et actes. Le coût moyen par individu au GMF l'Actuel est de 203,93 \$ comparativement à 149,53 \$ pour le GMF du Sud-Ouest.

Il nous apparaît assez logique que le coût par individu au GMF l'Actuel soit plus élevé en raison du nombre plus élevé de visites et d'actes par individu.

Nous avons donc utilisé le dénominateur « visite » pour étayer notre étude. Nous avons ainsi calculé un coût moyen pour l'examen en additionnant tous les examens réalisés divisés par le nombre de visites. Le GMF l'Actuel présente l'un des coûts les plus faible avec un coût par visite de 24,48 \$. La moyenne des GMF sans le GMF de l'Actuel est de 27,49 \$.

Tableau 16 : Coût moyen de l'examen

GMF	EO	EC	ECM	Total	Nb visites	Coût/ examen
GMF St-André	78 575 \$	345 943 \$	685 \$	425 203 \$	14869	28,60 \$
GMF Sud-Ouest	216 606 \$	1 026 017 \$	201 523 \$	1 444 146 \$	48465	29,80 \$
GMF l'Actuel	164 056 \$	420 046 \$	68 328 \$	652 430 \$	26651	24,48 \$
GMF QL	35 317 \$	226 626 \$	83 658 \$	345 601 \$	14347	24,09 \$

Moyenne	2 867 380 \$	104332	26,74 \$
Moyenne sans l'Actuel			27,49 \$

Tarif RAMQ 2005 : EO : examen ordinaire (16,25 \$); EC : examen complet (32,60 \$); ECM : examen complet majeur (60,35 \$)

Nous concluons que les médecins du GMF l'Actuel réalisent plus d'examens
mais de moindre envergure.

Tableau 17 : Coût moyen d'une visite

	EO	EC	ECM	Actes	Total	Visites	Coût/visite
GMF St-André	78 575 \$	345 943 \$	685 \$	469 231 \$	894 434 \$	14869	60,15 \$
GMF Sud-Ouest	216 606 \$	1 026 017 \$	201 523 \$	1 835 112 \$	3 279 258 \$	48465	67,66 \$
GMF l'Actuel	164 056 \$	420 046 \$	68 328 \$	1 087 665 \$	1 740 095 \$	26651	65,29 \$
GMF Quartier Latin	35 317 \$	226 626 \$	83 658 \$	526 493 \$	872 094 \$	14347	60,79 \$
Moyenne							63,47 \$
Moyenne sans l'Actuel							62,87 \$

Tarif RAMQ 2005 : EO : examen ordinaire (16,25 \$); EC : examen complet (32,60 \$); ECM : examen complet majeur (60,35 \$)

Enfin, le coût moyen d'une visite médicale a été obtenu en additionnant l'ensemble des examens et actes réalisés divisé par le nombre de visites. Nous obtenons un coût moyen de 65,29 \$ par visite pour le GMF l'Actuel le positionnant au deuxième rang. Nous comprenons que le nombre élevé d'actes par individu affecte le coût total de la visite médicale.

En résumé, nos analyses démontrent que le GMF de la Clinique médicale l'Actuel se distingue par :

- Au 31 décembre 2008, soixante-dix-huit pour cent (78%) de la clientèle desservie au GMF l'Actuel est vulnérable comparativement au tiers pour les autres GMF à l'étude (moyenne de 28% pour les GMF montréalais excluant le GMF de la Clinique médicale l'Actuel) ;
- Les profils de vulnérabilités sont atypiques – GMF pour clientèle spécifique - et concernent 1) le VIH/SIDA (82%), 2) la toxicomanie (16%) et 3) la santé mentale (16%) comparativement aux vulnérabilités des GMF traditionnels dont 1) les personnes de 70 ans et plus, 2) les MCAS et 3) la santé mentale sont les plus représentatifs ;
- Le nombre de visites par usagers inscrits est de 6,78 comparativement à des ratios de 2,59 et 3,29 pour les unités de comparaisons. Les moyennes régionale et provinciale sont tout aussi comparables, 2,59 et 2,76 ;
- Le nombre de visites par usagers inscrits et vulnérables est nettement supérieur à la moyenne des autres GMF, soit 7,57 en 2008 comparativement à

ses comparateurs, de 3,10 à 4,50 visites et des moyennes de 3,33 pour Montréal et 3,55 pour l'ensemble du Québec ;

- Le coût moyen des visites médicales/individu/année est également supérieur avec un coût de 203,93 \$ vs de 132,14 \$ à 149,53 \$ pour les autres GMF à l'étude ce qui est conséquent avec le nombre de visites par usagers inscrits ;
- Les médecins du GMF l'Actuel réalisent plus de visites médicales, mais avec des examens de moindre envergure mais un nombre d'actes par individus plus élevé ;
- Le GMF l'Actuel présente une performance égale ou supérieure aux GMF à l'étude lesquels jouissent de ressources supplémentaires basées sur la variable « inscription ».

CHAPITRE VII : DISCUSSION

Les données médicales sont désormais cruciales pour apprécier les performances et fonder l'allocation des ressources (Bédard, 2002). Pour être équitable, l'amélioration des mécanismes d'allocation des ressources et des modes de rémunération exige la prise en compte des besoins relatifs de la population desservie par l'organisation. La logique qui sous-tend ce nouveau paradigme reconnaît la complexité des problèmes de santé, de même que l'impact de multiples déterminants médicaux et non médicaux sur la santé. La tendance actuelle consiste à utiliser des modèles de financement plus complexes, mais plus justes et de nature à favoriser la recherche de performance.

Dans la majorité des modèles à capitation, les paiements ne sont pas ajustés pour les états de santé des populations inscrites. Dissocier le financement de l'activité clinique est cependant à l'origine d'effets pervers importants. Nous sommes d'avis que dans une grande population, il y a équilibrage des risques. Aussi, lorsque le risque est concentré il apparaît légitime et nécessaire d'ajuster ce dernier afin d'éviter de décourager les médecins qui inscrivent des patients avec des tableaux complexes de besoins et un haut volume de services et de pénaliser les organisations. Les paiements pour Medicare aux États-Unis par exemple sont ajustés pour les caractéristiques démographiques et le statut d'emploi, mais n'incluent aucune mesure directe pour l'état de santé (Weiner, Starfield, Steinwachs, & Munford, 1991). Sans méthode d'ajustement pour la sévérité des cas ou la complexité de la prise en charge, les fournisseurs de services ont un avantage financier à éviter les clientèles

vulnérables (Grasso, Weller, Shaffer, Diette, & Anderson, 1998; Singer, Gamliel, & Conviser, 1999).

Plusieurs facteurs affectent le temps du médecin accordé au patient. Une analyse bivariée de Balkrishnan et al réalisée afin de mesurer la quantité de temps passée avec le patient démontre entre autres que la durée de la visite médicale est reliée aux besoins médicaux du patient. Les médecins passent significativement plus de temps avec un nouveau patient, les patients âgés, les personnes avec diagnostics multiples et les patients qui reçoivent plus de quatre (4) prescriptions (Balkrishnan et al., 2002).

Notre analyse démontre clairement que la prise en charge des PVVIH est beaucoup plus lourde que la prise en charge d'un citoyen tout venant ou présentant d'autres caractéristiques de vulnérabilité. Dans tous les cas, les données doivent être interprétées avec prudence. Certaines d'entre elles peuvent témoigner d'une carence dans l'inscription de la clientèle, liée aux activités du GMF (ex. : UMF), au manque d'intérêt des professionnels pour l'inscription ou encore aux caractéristiques des patients (ex. : les « sans-papier », une importante clientèle du GMF Côte-des-Neiges).

La pertinence d'un GMF pour clientèle spécifique

Nous serions tenté de questionner la pertinence d'un GMF pour « clientèle spécifique » ou à « vocation spéciale »; soixante-dix-huit pour cent (78%) des clientèles inscrites au GMF l'Actuel sont vulnérables comparativement aux GMF traditionnels qui comptent environ un tiers de clientèle vulnérable. Toutefois, dans le management de la maladie chronique et plus particulièrement dans le cas du

VIH/SIDA, certaines études ont démontré la pertinence d'équipe spécialisée dans le suivi des personnes (Kitahata et al., 2003). Les services délivrés par des équipes spécialisées sont de nature à améliorer les résultats de santé de même que la survie des personnes. Par ailleurs, le manque de disponibilité médicale, la fragmentation des services et l'effritement du rôle du médecin de famille ont donné l'élan aux GMF. De plus, depuis quelques années, la prise en charge de clientèles dites vulnérables est accompagnée d'incitatifs financiers afin de favoriser la continuité des soins. Dans un tel environnement, nous croyons que la création de GMF à vocation spéciale devrait être soutenue.

Les ratios 6,78 visites pour usagers inscrits et 7,57 visites pour usagers inscrits et vulnérables

« Les ratios visites/usagers inscrits et visites usagers inscrits et vulnérables sont élevés au GMF l'Actuel. »

Une étude réalisée en 2006 par la Direction de santé publique de Montréal dans le cadre de la campagne de prévention de la syphilis « Je suis Phil » (Lambert, Fleury, Tremblay, Lacombe, & Berthiaume, 2006), rapportait que « les comportements sexuels à risque sont toujours très fréquents chez les HARSAH ». Dans un contexte endémique et épidémique pour le VIH et les ITSS, cette clientèle est depuis invitée par les autorités de santé publique à utiliser avec récurrence les services de dépistage des ITS afin de contrôler leur incidence. En outre, la tendance actuelle est de proposer aux HARSAH un dépistage des ITS aux trois (3) mois.

Par ailleurs, avec l'avènement des thérapies antirétrovirales et les taux impressionnants de personnes indétectables c'est-à-dire moins de 50 copies par millilitre de virus dans le sang – cette quantité de virus est si faible qu'elle n'est pas détectée par les instruments de laboratoire -, le ratio de 7,57 visites pour usagers inscrits et vulnérables apparaît sans doute excessif. La consommation de soins pour les longues maladies ou les pathologies chroniques est par nature différente et supérieure (ex : les cancers ou le diabète sont des maladies qui nécessitent de nombreuses consultations de suivi). L'épidémie du VIH/SIDA affecte de façon disproportionnée les clientèles désavantagées et multiculturelles, les jeunes et les UDI ce qui suppose une utilisation intensive des ressources. La disponibilité des antirétroviraux ainsi que les taux de survie ont aussi radicalement modifié les modèles d'utilisation de services (Singer et al., 1999).

Suivant les lignes directrices américaines (les bonnes pratiques cliniques), le suivi d'un patient infecté par le VIH doit être trimestriel (4 visites/année) et notre revue de littérature a démontré que la survie des patients y est étroitement reliée (Giordano et al., 2007). Divers facteurs peuvent toutefois expliquer la variation des quatre (4) visites recommandées par les guides de pratique à sept (7) visites/année observées au GMF l'Actuel. Entre autres :

- la primo-infection (début de l'infection) qui nécessite un suivi plus étroit;
- l'évolution et le stade de la maladie (VIH ou SIDA);
- l'historique de traitement, certains patients sont sous trithérapie depuis plus de 10 ans (lourdeur, plus de médicaments, suivi conjoint avec spécialistes);
- 15 à 20% des PVVIH ont un virus multi-résistant;

- quelque 10% des PVVIH sont en échec virologique;
- la co-infection à l'hépatite C (21% des infections);
- l'hépatotoxicité médicamenteuse;
- les complications diverses (métaboliques, maladies cardio-vasculaires, musculosquelettiques, etc.);
- les troubles de santé mentale, clientèle en détresse, atteintes neurologiques;
- la toxicomanie : personne sous stabilisation à la méthadone (rendez-vous hebdomadaires et mensuels, maintien de privilèges, etc.);
- les ITSS : prévalence et incidence la plus importante chez les HARSAH et PVVIH (épidémie de syphilis et lymphogranulome);
- la vaccination des hépatites A & B, recommandée pour les clientèles spécifiques, dont les HARSAH (3 rv min.);
- la vaccination annuelle des PVVIH pour le Fluviral;
- les urgences VIH : atteinte du système immunitaire.

Ainsi, les ratios de 6,78 pour les usagers inscrits et de 7,57 pour les usagers inscrits et vulnérables paraissent honnêtes.

Nous serions enfin portés à croire que si la clientèle VIH/SIDA mobilise davantage de ressources médicales médecins et infirmières, elle mobilise également les autres types de ressources de l'organisation.

Le ratio 2,31 visites pour usagers non inscrits

Outre la prise en charge des PVVIH, la Clinique médicale l'Actuel joue un rôle suprarégional en matière d'ITSS. Le ratio de 2,31 visites pour la clientèle non inscrite est également élevé, mais peut s'expliquer par la nature des pathologies traitées. Par exemple, malgré le caractère bénin de l'affection, le traitement des condylomes mobilise beaucoup de ressources (le traitement s'échelonne sur plusieurs semaines); le résultat d'un test de détection du VIH est toujours communiqué par voie de rendez-vous, de 3 à 4 semaines suivant le dépistage (le dépistage nécessite un minimum de 2 visites/individu) ou en deux temps lors de l'utilisation du test de détection rapide du VIH (résultat en 30 minutes), le traitement de la syphilis nécessite jusqu'à 3 visites pour les PVVIH, 2 pour les autres, la prophylaxie post-exposition, jusqu'à 8 visites, le traitement de l'hépatite un suivi étroit de 12 à 24 visites, etc.

La disponibilité des ressources

Dans notre modèle conceptuel nous avons établi qu'il existe une relation causale entre la quantité de ressources médicales disponibles et le nombre d'inscriptions. Deux facteurs affectent la disponibilité des ressources : la lourdeur au niveau de la prise en charge clinique et le nombre d'ÉTP de ressources médicales (Table de coordination des GMF de Montréal, 2005). Le MSSS estime qu'un médecin ÉTP doit inscrire 1 500 patients. Cependant, si les patients consomment davantage de soins (moyenne de 7 visites/année pour les PVVIH), ils laissent peu de disponibilité au médecin pour prendre charge de nouvelles personnes. Certains facteurs organisationnels affectent également le niveau d'inscription qu'un groupe est

capable de réaliser. L'offre de services attendue du MSSS qui contraint le GMF à offrir des plages de « sans rendez-vous » à des personnes non inscrites ou l'enseignement en UMF qui mobilise les ressources pour la formation de la relève sont des exemples classiques.

L'offre de services du GMF l'Actuel est spécialisée. Les médecins assurent la prise en charge de clientèles vulnérables, PVVIH, HARSAH, toxicomanes, etc. et joue un rôle suprarégional de deuxième ligne en matière d'ITSS. Si les clientèles vulnérables sont inscrites au GMF l'Actuel, en revanche la clientèle ITSS ne saurait y être inscrite sous peine de dénaturer la mission de l'organisation (cabinet spécialisée ITS-VIH et hépatites; les médecins n'offrent pas de services généraux de médecine familiale). Comme cette clientèle n'est pas inscrite, le financement du GMF ne repose que sur une partie de la clientèle desservie laquelle consomme beaucoup de ressources.

Que devrions-nous prendre en compte pour corriger l'allocation des ressources ?

Nous avons pu constater que les personnes vulnérables font une utilisation intensive des cliniques de première ligne. Les patients inscrits vulnérables à la RAMQ font en moyenne cinq visites par an (Lavallée et al., 2008).

Nous convenons qu'aucune mesure ne permet d'établir avec justesse la « lourdeur » d'une clientèle (Afilalo et al., 2001) et qu'aucune ne saurait être parfaite. Nous croyons cependant qu'en s'inspirant de certains travaux portant sur la détermination des besoins, la notion de ressources requises pour répondre aux besoins

et l'ajustement pour le risque, l'introduction d'une procédure d'allocation fondée sur une estimation de l'utilisation des ressources serait de nature à améliorer la mesure de l'inscription et pourrait s'avérer une réponse aux problèmes de disparité perçue.

Nous sommes également d'avis qu'utiliser le paramètre des pathologies pour le financement devrait être conditionné par 1) un critère de sévérité des cas, mesuré, par exemple, par les diagnostics secondaires, les complications ou le nombre de systèmes atteints; et 2) des données fiables, contrôlables et contrôlées, sous peine d'instaurer une fausse équité (Bédard, 2002).

CHAPITRE VIII : LIMITES

Cette recherche doit être considérée comme une exploration initiale aux enjeux méthodologiques du modèle de financement des GMF québécois et une attention particulière doit être apportée à l'interprétation des résultats en raison d'un nombre important de limites.

La pondération

Il nous a été impossible, malgré de nombreuses tentatives, d'obtenir une réponse du Ministère de la Santé et des Services sociaux sur les assises méthodologiques utilisées pour la pondération de l'inscription accordée pour les accouchements et le soutien à domicile, soit respectivement 1500 inscriptions pour 200 accouchements et 1300 inscriptions pour 200 SAD.

Les données

L'équité du financement dépend de la disponibilité d'une bonne information (nombre, pertinence et validité) et d'une approche uniforme d'évaluation des coûts. En raison des différents modes de rémunération utilisés, à l'acte, à vacation, rémunération mixte, nous avons été incapables de faire les comparatifs utiles entre les ressources public et privé. Il nous a aussi été impossible d'obtenir des données plus récentes sur les coûts. Il nous est, par ailleurs, apparu plutôt curieux, malgré un caractère non significatif, d'observer différents résultats selon les moments de production des rapports de la RAMQ. Enfin, l'obtention des données sur les GMF s'est avérée aussi très sensible.

Le choix des GMF à l'étude

Nous avons identifié deux (2) limites importantes dans le choix des comparateurs :

- Le mode de rémunération des professionnels au sein des GMF publics ne nous permettait pas d'effectuer les comparatifs nécessaires. Les résultats ne représentent que les services facturés à l'acte. Les activités effectuées par les médecins à vacation en CLSC ou dans les unités de médecine de famille (UMF) ne peuvent être incluses car elles ne sont pas disponibles dans les banques de données de la RAMQ. Les GMF publics ont donc été exclus. Cette précision est importante dans la mesure où les moyennes régionale et nationale utilisées au chapitre des ratios visites pourraient s'avérer différentes. Les moyennes montréalaises et provinciales utilisées incluent les données du GMF l'Actuel.
- Le nombre limité de « GMF privés » accrédités avant le 30 juin décembre 2005, soit quatre (4) dont le GMF de la Clinique médicale l'Actuel. Il nous fallait retenir les GMF accrédités avant le 30 juin 2005 afin de permettre à chacun une expérience de six (6) mois pour l'inscription de la clientèle. Toujours dans le but de valider notre interprétation, nous croyons qu'un nombre plus élevé de comparateurs aurait été souhaitable.

Le nombre de médecins ÉTP

Le nombre de médecins ÉTP est calculé par la RAMQ lors de l'accréditation du GMF. Malgré une mise à niveau périodique d'un tableau de bord par l'Agence

régionale de la santé, le nombre d'ÉTP pourrait varier. Une mise à jour annuelle du nombre d'ÉTP par la RAMQ pourrait sans doute assurer une plus grande fiabilité de la mesure.

La temporalité

La courte expérience des GMF (première vague en 2003) nous limite à l'évaluation de trois (3) années civiles pour asseoir une tendance. Faute de données disponibles, les coûts reflètent l'expérience d'une seule année (2005) dont la moitié des GMF (2) ont été accrédités en cours d'année.

La clientèle

Peu de données existe sur le profil des clientèles qui fréquentent les GMF. En août 2007, la RAMQ a rendu possible l'inscription jusqu'à trois catégories de problèmes de santé (tableau 21 : Conditions de vulnérabilité RAMQ), nous permettant ainsi de connaître les co-morbidités des patients. Ces données pourront apporter un éclairage nouveau à une évaluation ultérieure, en autant que l'ensemble des ressources utilisent cette option pour documenter les caractéristiques de leur population.

Les variables à l'étude

Le nombre de visites dispensées par les professionnel-le-s de la Clinique médicale l'Actuel aux personnes inscrites et non inscrites démontrent clairement que le GMF fait figure de bon premier dans la dispensation de services. Il nous a toutefois

été impossible, dans le cadre de ce projet, d'utiliser les variables « durée de la visite » pour estimer l'intensité d'utilisation, d'obtenir les coûts de laboratoire nous permettant d'estimer les coûts de traitement au-delà des examens et actes et d'utiliser le nombre d'inscriptions pondérées pour les accouchements et les personnes suivies à domicile afin de documenter ou de mesurer l'atteinte des cibles de recrutement sur lesquelles le financement est basé.

Le type d'analyse

Une exploration des milieux pourrait expliquer certaines variations et nous permettre de tirer d'autres conclusions.

CHAPITRE IX : CONCLUSION

Notre étude démontre sans ambiguïté que le tableau clinique des PVVIH suivies au sein du GMF de la Clinique médicale l'Actuel représente une charge importante affectant la disponibilité des ressources. La lourdeur des clientèles desservies - ou l'intensité d'utilisation des services au GMF de la Clinique médicale l'Actuel - est nettement supérieure à la moyenne de l'ensemble des autres groupes. En outre, le nombre d'individus vulnérables, le nombre de visites médicales et les coûts suggèrent que la prise en charge clinique des PVVIH est plus lourde qu'un citoyen tout venant ou même que des autres catégories de vulnérabilité. Dans ce contexte, l'application mécaniste du cadre financier GMF, c'est-à-dire un financement basé uniquement sur le nombre d'inscriptions que le groupe est capable de réaliser sans égard à la nature des pathologies traitées ou aux activités du groupe, ne saurait convenir à tous les GMF. Le cadre doit être ajusté afin de tenir compte des besoins particuliers des clientèles desservies. En n'ajustant pas le mode de financement aux diverses réalités, c'est la clientèle qui s'en trouve affectée, privée de ressources, en plus de constituer une menace aux GMF à vocation spéciale.

Afin de circonscrire les effets pervers du financement à la capitation, diverses formules ont été développées. Deux voies nous semblent intéressantes à explorer. L'expérience américaine nous apprend que l'ajustement du risque basé sur des caractéristiques démographiques et socio-sanitaires des personnes assure entre autres aux fournisseurs qui prennent en charge les patients avec des problèmes médicaux complexes un budget ajusté afin de reconnaître la pratique. L'utilisation de l'ajustement du risque a aussi donné aux médecins et aux organisations l'impulsion

nécessaire à la production d'informations complètes et de qualité en regard des diagnostics, ce qui permet de corriger les variations et de présenter des performances plus précises, justes et équitables. L'introduction d'une telle mesure devrait être guidée par le besoin d'améliorer l'impartialité des méthodes d'allocation des ressources et l'équité entre les dispensateurs de soins.

Au Québec, les travaux de Robert Pampalon sur l'indice de défavorisation matérielle et sociale permettent de saisir l'importance des inégalités sociales et de mesurer l'impact de santé des personnes et de leurs recours aux services (Pampalon, 2002); (Pampalon et al., 2004); (Pampalon et al., 1996). L'indice Pampalon qui s'appuie sur de solides assises méthodologiques a été instauré dans plusieurs bases administratives québécoises. Il constitue un outil qui permet d'ajuster pour les variables socio-démographiques.

L'utilité des résultats présentés dans ce mémoire est univoque dans la mesure où elle permet d'asseoir des représentations sur des informations objectives et crédibles. Les données présentées servent de soutien à la discussion et à la prise de décision; elles ne la remplaceront pas. D'autres dimensions doivent être considérées.

Outre l'évaluation de la lourdeur de la prise en charge clinique des PVVIH, notre projet se voulait une première étape au développement d'un outil nous permettant de pondérer l'inscription d'une clientèle vulnérable afin d'orienter à sa juste valeur l'allocation des ressources en GMF. Nous croyons qu'un tel projet s'inscrit dans une démarche plus large de modernisation des modes de financement pour un traitement juste et équitable pour les GMF. D'autres travaux doivent être entrepris afin de mettre au point un tel outil qui permettrait d'affecter un coefficient

de pondération à l'inscription, de guider les gestionnaires et les décideurs dans la répartition de l'enveloppe budgétaire, d'assurer l'équité entre les GMF et de limiter les effets pervers associés à ce type de financement pour les clientèles vulnérables.

Nous croyons que les principes suivants devront guider ces travaux :

- À besoins équivalents, ressources équivalentes (équité);
- La sélection des variables ainsi que la méthodologie utilisée pour les combiner doivent refléter la variation des besoins (robustesse);
- Le modèle utilisé doit être simple, facilement compréhensible pour les cliniciens, applicable et reproductible.

RÉFÉRENCES

- Afilalo, M., MD , Poirier, C., MD, & Tétreault, M., MD. (2001). Développement et évaluation d'une mesure de lourdeur de la clientèle des départements d'urgence: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (2004). L'approche populationnelle: une nouvelle façon de voir et d'agir en santé: Gouvernement du Québec.
- Agence de la santé publique du Canada. Prévalence de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH from http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/hivhcvreportfrench/resume.html
- Agence de santé publique du Canada. Prévalence de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH from http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatite_c/pdf/hivhcvreportfrench/resume.html
- Balkrishnan, R., Hall, M. A., Mehrabi, D., Chen, J., Feldman, S. R., & Fleischer, A. B. J. (2002). Capitation Payment, Length of Visit, and Preventive Services: Evidence From a National Sample of Outpatient Physicians. *The American Journal of Managed Care*, 8(4), 332-340.
- Barlett, J. G., Lane, H. C., & all. (2008). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents: Department of Health and Human Services (DHHS), Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents.
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., et al. (2006). L'implantation des groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec.: GETOS.
- Bédard, D. (2002). La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Bitera, R., Alary, M., Parent, R., & Fauvel, M. (2007). Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas déclarés de janvier à juin 2006 et cas cumulatifs d'avril 2002 à juin 2006. (pp. 108): Laboratoire de santé publique du Québec.
- Brunelle, Y. (1998). *Expérimentations d'un paiement par capitation au Québec: objectifs, choix et implications*. Paper presented at the Colloque de l'ALASS.
- Congdon, P. (2001). Health status and healthy life measures for population health need assessment : modeling variability and uncertainty, *Health & Place* (Vol. 7, pp. 13-25).
- CSSS Jeanne-Mance. (2004). Portrait de la population. from <http://www.santemontreal.qc.ca/csss/jeannemance/fr>
- D'Amour, D., & Morin, D. (2007). *Évolution de la collaboration professionnelle en GMF*. Paper presented at the 75e Congrès de l'ACFAS.
- Diabaté, S., Alary, M., Fauvel, M., & Parent, R. (2006). Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec.

- Cas cumulatifs 2002-2005 (pp. 108): Laboratoire de santé publique du Québec.
- Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2008). *Regard sur la défavorisation à Montréal*. CSSS Lucille-Teasdale.
- Durant, G. (1998). Financement équitable et performance des hôpitaux. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 5(1), 91-98.
- Engstrom, S. G., Carlsson, L., Ostgren, C.-J., Nilsson, G. H., & Borgquist, L. A. (2006). The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care. *BMC Public Health*, 6(36).
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (Eds.). (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie* (Éditions John Libbey Eurotext ed.): Les Presses de l'Université de Montréal.
- Galarneau, Y. (2007). *Où en sont les GMF en 2007 ?* Paper presented at the 75e Congrès de l'ACFAS.
- Giordano, T. P., Gifford, A. L., White, C., Jr., Suarez-Almazor, M. E., Rabeneck, L., Hartman, C., et al. (2007). Retention in care: A Challenge to Survival with HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases*, 44, 1493-1499.
- Grasso, M. E., Weller, W. E., Shaffer, T. J., Diette, G. B., & Anderson, G. F. (1998). Capitation, Managed Care, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158, 133-138.
- Jourdain, A. (1991). Comment "Rawper" les inégalités de santé entre régions citées dans Thouez (Vol. 4, pp. 309-344): Cah. Socio. Demo. Med.
- Kitahata, M. M., Koepsell, T. D., Deyo, R. A., C.L., M., Dodge, W. T., & Wagner, E. H. (1996). Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patient's survival. *New England Journal of Medicine*, 334, 701-706.
- Kitahata, M. M., Van Rompaey, S. E., Dillingham, P. W., Koepsell, T. D., Deyo, R. A., Dodge, W., et al. (2003). Primary care delivery is associated with greater physician experience and improved survival among persons with AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 18(95-103).
- Lambert, G., Fleury, É., Tremblay, C., Lacombe, É., & Berthiaume, P. (2006). Évaluation de la campagne "Je suis Phil": Direction de santé publique de Montréal; Institut national de santé publique du Québec.
- Larouche, D. (1999). Des ressources pour un système de santé. Bilan pour l'action. Rapport du groupe de travail chargé d'évaluer deux méthodes pour allouer les budgets aux régions sociosanitaires dans le cadre du dossier de l'équité interrégionale au Québec: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Lavallée, J., Benigeri, M., Bluteau, J.-P., Tousignant, P., & Lemoine, O. (2008). *L'utilisation des services médicaux de première ligne par les Montréalais en 2005-2006*: Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Maguire, A. M., Powe, N. R., Starfield, B., Andrews, J., Weiner, J. P., & Anderson, G. F. (1998). "Carving Out" Conditions From Global Capitation Rates:

- Protecting High-Cost Patients, Physicians, and Health Plans in Managed Care Environment. *The American Journal of Managed Care*, 4(6), 797-806.
- Majeed, A., Bindman, A. B., & Weiner, J. P. (2001). Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care I: how it works. *BMJ*, 323, 604-607.
- Mays, N., & Bevan, G. (1987). Resource allocation in health service. Londres: Redford Square Press.
- Mekillop, I., Pink, G. H., & Johnson, L. M. (2001). La gestion financière des soins de courte durée au Canada (pp. 279): Institut canadien d'information sur la santé, cité dans le rapport Bédard.
- Méthot, D. (2006). Inscription des patients sur les listes de GMF. L'Association des médecins de CLSC voudrait que le Ministère tienne compte de la lourdeur des cas. *L'Actualité médicale*, p. 8.
- MSSS. (1998). Expérimentations de modèles d'intégration de services (pp. 26): Direction de la recherche et de l'évaluation.
- MSSS. (2000). Financement: état de situation et perspectives. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2002). Groupe de médecine de famille - Document synthèse: Direction générale des affaires médicales et universitaires.
- MSSS. (2003). Devenir un GMF. Guide d'accompagnement des GMF « Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin »: Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille (GSI).
- Newbold, B., Eyles, J., Birch, S., & Spencer, A. (1998). Allocating resources in health care: alternative approaches to measuring needs in resource allocation formula in Ontario. *Health & Place*, 4(1), 79-89.
- Orueta, J.-F., Urraca, J., Berraondo, I., Darpon, J., & Aurrekoetxa, J.-J. (2006). Adjusted Clinical Groups (ACGs) explain the utilization of primary care in Spain based on information registered in the medical records: A cross sectionnal study. *Health Policy*, 76, 38-48.
- Pampalon, R. (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*: Institut national de santé publique.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Raymond, G. (2004). Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec - Mise à jour 2001 (pp. 1-9): Institut national de santé publique du Québec.
- Pampalon, R., Saucier, A., Berthiaume, N., Ferland, P., Couture, R., Caris, P., et al. (1996). The selection of needs indicators for regional resource allocation in the field of health and social services in Québec. *Social Science & Medicine*, 42(6), 909-922.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Pineault, R., & Goulet, L. (1995). Les indicateurs de santé : les utiliser, oui, mais ne pas en abuser, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* (Vol. 2, pp. 140-150).
- RAMQ. (2004). Guide explicatif. Rapports informationnels sur les groupes de médecine de famille.

- Rice, N., & Smith, P. C. (2000). Capitation and risk adjustment in health care. *Health Care Management Science*, 3, 73-75.
- Rodrigues, J.-M., Brulet, J.-F., Trombert-Paviot, B., & Mennera, F. (1999). Une approche casemix adaptée à l'épisode de soins. *Informatique et Santé*, 11, 241-253.
- Singer, B., Gamliel, S., & Conviser, R. (1999). Developing a Managed Care Delivery System for People with HIV/AIDS. *The American Journal of Managed Care*, 5(11), 1443-1447.
- Table de coordination des GMF de Montréal. (2005). Pondération du nombre d'inscriptions et indicateurs de suivi en GMF.
- Thouez, J.-P. (2002). L'allocation régionale des ressources en santé au Canada : les indicateurs de besoins. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 42(1), 75-96.
- Weiner, J. P., Starfield, B. H., Steinwachs, D. M., & Munford, L. M. (1991). Development and Application of a Population-Oriented Measure of Ambulatory Care Case-Mix. *Medical Care*, 29(5), 452-472.
- West, P. (1991). Rethinking the health selection explanation for health inequalities, citée dans Thouez (pp. 373-384): Soc. Science and Medicine.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income Distribution and Life Expectancy, *British Medical Journal* cité par Evans, Barer et Theodore dans « Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie 1996, p13 (Vol. 304, pp. 165-168): Les Presses de l'Université de Montréal, Éditions John Libbey Eurotext.

ANNEXES

Tableau 18 : Ajustements financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF

Tableau 1
Ajustements financiers concernant l'aide technique et financière accordée à un GMF

Rubriques	GMF comptant < 9 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 9 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 12 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 15 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 19 000 Inscriptions *	GMF comptant ≥ 24 000 Inscription *	GMF comptant ≥ 30 000 Inscriptions *	
Personnel infirmier Montant minimal (1 poste = 35 h/sem)		Total des RH** : 128 695 \$ avec un minimum de 42 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 38 437 \$ pour le personnel clercal	Total des RH** : 171 593 \$ avec un minimum de 56 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 58 000 \$ pour le personnel clercal	Total des RH** : 214 491 \$ avec un minimum de 70 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 87 181 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 38 437 \$ - secrétariat	Total des RH** : 256 582 \$ avec un minimum de 87,5 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 97 431 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 48 687 \$ - secrétariat	Total des RH : 313 940 \$ avec un minimum de 112 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 110 244 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 61 500 \$ - secrétariat	Total des RH : 380 238 \$ avec un minimum de 140 heures pour le personnel infirmier et un maximum de 125 618 \$ équivalent à 48 744 \$ - technicien et 76 874 \$ - secrétariat	
Soutien administratif Allocation maximale Technicien en administration (échelon 7) Secrétaire (échelon 4)								
Loyer		480 pi ²	640 pi ²	800 pi ²	1 000 pi ²	1 200 pi ²	1 400 pi ²	
Amortissement (non récurrent)		1 000 \$	1 500 \$	2 000 \$	2 500 \$	3 000 \$	3 500 \$	
Frais de déplacement		Jusqu'à 3 600 \$	Jusqu'à 4 800 \$	Jusqu'à 6 000 \$	Jusqu'à 7 500 \$	Jusqu'à 9 000 \$	Jusqu'à 12 000 \$	
Infirmité		Jusqu'à 10 postes	Jusqu'à 13 postes	Jusqu'à 16 postes	Jusqu'à 19 postes	Jusqu'à 24 postes	Jusqu'à 29 postes	
Imprimante au laser		1	1	1	1	1	2	
Formation informatique (non récurrent)		Prévoir des coûts de formation informatique en lien avec le technocentre régional de façon proportionnelle au nombre de personnes composant le GMF (médecins et personnel de soutien)						
Support technique informatique		Ces normes incluent la subvention pour le support technique et les autres frais s'y rapportant.						
Coûts de remplacement des salaires pour la formation informatique et l'inscription de la clientèle (non récurrent)		Jusqu'à 2 400 \$	Jusqu'à 3 360 \$	Jusqu'à 3 360 \$	Jusqu'à 4 200 \$	Jusqu'à 5 000 \$	Jusqu'à 5 800 \$	

Tableau 19 : Résumé des avantages et des inconvénients des méthodes de budgétisation et d'allocation des ressources

Méthode	▪ Avantages	▪ Inconvénients
1. Populationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectivité dans l'allocation des ressources ▪ Équité interrégionale par rapport aux besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complexe à calculer ▪ Difficile à mettre en application à cause de la mobilité des populations
2. Volume de cas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorable à la performance si basé sur un tarif moyen ▪ Financement en fonction des services produits ▪ Équité interétablissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systèmes d'information complexes ▪ Incitation à la production ▪ Risque de manipulation de données ▪ Besoin de vérification
3. Budget global	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplicité ▪ Prévisibilité ▪ Autonomie de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inéquitable ▪ Sans relation avec les services fournis ▪ N'encourage pas la performance
4. Budget ligne par ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplicité ▪ Prévisibilité ▪ Financement de dépenses particulières 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sans relation avec les services fournis ▪ Encourage le contrôle traditionnel des dépenses ▪ Peu favorable à la performance
5. Examen budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptabilité aux besoins spécifiques de l'organisme ▪ Financement en fonction des politiques ministérielles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque de subjectivité ▪ Prédominance du court terme ▪ Manque de transparence
6. Ajustement pour coûts particuliers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement équitable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorise les demandes d'exception
7. Budget réservé pour projet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financement flexible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interférence dans les priorités et le fonctionnement des établissements
8. Budget spécial pour politique de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'objectifs précis et prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interférence dans les priorités et le fonctionnement des établissements

Source : Bédard 2002

Tableau 20 : Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs vs une approche populationnelle

	Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins basé sur une approche populationnelle
Responsabilité	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
Mission	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent	Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et à long terme
Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
Acteurs interpellés	Professionnels et gestionnaires du système, avec leurs expertises respectives	Intervenants du système de soins et acteurs du milieu tels que la population, les milieux scolaire et municipal, les médecins en cabinet privé, les organismes communautaires, avec leurs perspectives et savoirs respectifs
Pratiques	Utilisation des données probantes et guides de pratique au profit des individus qui utilisent les services Gestion axée sur les processus	Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle Priorisation des problèmes de santé de la population, compte tenu des interventions efficaces disponibles et des conséquences de l'allocation des ressources (efficience) Définitions des groupes cibles témoignant d'une préoccupation des inégalités (clientèles vulnérables et particulières) Gestion de l'utilisation des services incluant la prise en charge globale, continue et personnalisée Intégration des différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, etc.) Gestion axée sur les résultats de santé Travail intersectoriel pour agir en faveur de la santé
Indicateurs privilégiés	On s'intéresse au numérateur, en l'occurrence, les consultants. On privilégie des indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de services, on s'intéresse au nombre de personnes rejointes par un programme de dépistage. On mesure les ressources et services disponibles, les listes d'attente.	On s'intéresse au rapport entre le numérateur et le dénominateur, en l'occurrence, la clientèle et la population. On ajoute des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de santé, on s'intéresse à la réduction de l'incidence d'une maladie. On mesure l'état de santé et de bien-être de la population, les facteurs déterminants de la santé et l'écart entre les besoins et les services offerts.

Adapté de : Derose et Petitti, 2003 : *Measuring quality of care and performance from a population health care perspective*. Ann. Rev. Public Health 2003. 24: 363-84 et de Garr, Rhyne et Kukulka, 1993 : *Incorporating a Community-Oriented Approach in Primary Care*. American Family Physician 1993 : 47 (8): 169-1702.

Tableau 21 : Conditions de vulnérabilité RAMQ

CODE D'ACTE	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈME DE SANTÉ	CATÉGORIES DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ
99500	01	Problèmes de santé mentale (<i>DSM-IV</i>) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);
99501	02	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.
99502	03	Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque.
99503	04	Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.
99504	05	Diabète excluant le diabète de grossesse.
99505	06	Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone.
99506	07	VIH/SIDA.
99507	08	Maladies dégénératives du système nerveux central.
99510	09	Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autres que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn.
99511	10	Troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode.
99512	11	Troubles dépressifs majeurs récidivants.
99513	12	Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatinine inférieure à 50 ml par minute.
99514	13	Maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anti-coagulothérapie à vie et suivi par RIN.
99515	14	Fibrillation auriculaire nécessitant une anti-coagulothérapie à vie et suivi par RIN.
99509		Personne de 70 ans ou plus qui ne présente aucun des états pathologiques précédents. N.B. : Pour cette condition, la Régie calculera l'âge de la personne assurée avec son NAM et l'inscrira dans le groupe de vulnérabilité approprié (II ou IV).

Source : Amendement 105; *E.P.* – *Services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle. Modification à la liste des catégories de problèmes de santé des clientèles vulnérables.* Communiqué de la RAMQ du 27 mai 2008.

Tableau 22 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2008

Région de l'assurance maladie Québec		Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits / vulnérables					Date : 2009-01-27			
Pour la période du 2008-01-01 au 2008-12-31										
Région Nom du GMF	Nombre d'usagers inscrits avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits	Ratio visites / Usagers inscrits	Nombre d'usagers non inscrits	Nombre de visites d'usagers non inscrits	Ratio visites / usagers non inscrits	Nombre d'usagers inscrits et vulnérables avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables	Ratio visites / usagers inscrits et vulnérables	
06 MONTREAL										
GMF de Verdun	8 178	15 639	1,91	2 175	8 987	4,13	2 956	7 745	2,62	
GMF des Faubourgs	2 576	5 253	2,04	913	1 580	1,73	1 138	3 327	2,92	
GMF Notre-Dame	1 264	1 879	1,49	138	199	1,44	734	1 043	1,42	
GMF de Herzl	4 829	9 579	1,98	1 493	5 405	3,62	2 230	5 629	2,52	
GMF Centre médical Saint-André	5 990	19 693	3,29	5 880	10 299	1,75	1 530	6 283	4,11	
GMF Côtes-des-Neiges	1 643	2 680	1,63	123	221	1,80	477	964	2,02	
GMF du Sud-Ouest	14 031	36 386	2,59	12 681	19 586	1,54	6 460	20 058	3,10	
GMF Saint-Louis-du-Parc	7 650	18 288	2,39	446	986	2,21	2 874	10 689	3,72	
GMF de la Clinique médicale l'Actuel	2 655	18 008	6,78	8 497	19 644	2,31	2 113	15 998	7,57	
GMF Quartier Latin	6 700	21 555	3,22	1 454	3 926	2,70	2 566	11 555	4,50	
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent	7 221	20 122	2,79	10 119	16 623	1,64	2 603	9 060	3,48	
GMF Stillview	6 032	14 971	2,48	323	594	1,84	2 192	6 997	3,19	
GMF Centre médical Métro Monk	3 537	8 670	2,45	4 037	5 819	1,44	1 439	4 128	2,87	
GMF St. Mary	7 132	16 080	2,25	2 865	12 073	4,21	2 352	7 270	3,09	
GMF Médimax	2 571	7 486	2,91	12 264	20 305	1,66	446	1 500	3,36	
GMF L'Envolée	5 096	12 302	2,41	1 845	4 001	2,17	600	1 690	2,82	
GMF Dorval	7 996	22 389	2,80	4 906	8 579	1,75	3 378	11 562	3,42	
GMF Queen Elizabeth	9 026	21 857	2,42	3 715	6 169	1,66	3 472	10 574	3,05	
GMF 1851	3 893	9 019	2,32	4 468	7 220	1,62	1 929	5 131	2,66	
GMF Médistat	3 248	5 873	1,81	3 917	5 226	1,33	1 290	2 797	2,17	
Total MONTREAL	111 268	287 729	2,59	82 259	157 442	1,91	42 779	144 000	3,37	
Total provincial:	1 368 298	3 781 982	2,76	804 719	1 467 598	1,82	493 324	1 711 408	3,47	

Les résultats représentent uniquement les coûts des services facturés par le mode rémunération à l'acte.

Page 1 de 1

Tableau 23 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2007

Région Nom du GMF		Nombre d'usagers inscrits avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits	Ratio visites / Usagers inscrits	Nombre d'usagers non inscrits	Nombre de visites d'usagers non inscrits	Ratio visites / usagers non inscrits	Nombre d'usagers inscrits et vulnérables avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables	Ratio visites / usagers inscrits et vulnérables
06 MONTREAL										
GMF de Verdun		7 902	14 240	1,80	2 322	11 001	4,74	2 522	6 342	2,51
GMF des Faubourgs		2 384	4 731	1,98	867	1 574	1,82	954	2 704	2,83
GMF Notre-Dame		2 192	3 804	1,74	36	69	1,92	1 093	2 702	2,47
GMF de Herzl		4 304	7 497	1,74	1 272	3 622	2,85	1 703	4 024	2,36
GMF Centre médical Saint-André		5 372	18 589	3,46	5 752	10 057	1,75	1 153	4 799	4,16
GMF Côtes-des-Neiges		1 993	2 786	1,40	80	130	1,63	363	664	1,83
GMF du Sud-Ouest		10 783	29 277	2,72	11 584	18 492	1,60	3 708	12 648	3,41
GMF Saint-Louis-du-Parc		7 234	18 031	2,49	585	1 170	2,00	2 573	10 353	4,02
GMF de la Clinique médicale l'Actuel		2 288	15 001	6,56	7 038	15 910	2,26	1 878	13 551	7,22
GMF Quartier Latin		6 606	21 697	3,28	1 851	4 692	2,53	2 328	11 224	4,82
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent		4 602	14 741	3,20	9 692	15 987	1,65	1 641	6 526	3,98
GMF Stillview		5 049	10 383	2,06	424	623	1,47	1 687	4 211	2,50
GMF Centre médical Métro Monk		1 865	2 576	1,38	648	750	1,16	686	1 139	1,66
GMF St. Mary		35	61	1,74	3 357	14 153	4,22	17	43	2,53
GMF Médimax		1	2	2,00	4 023	5 031	1,25	1	2	2,00
Total MONTREAL		62 610	163 416	2,61	49 531	103 261	2,08	22 307	80 932	3,63
Total provincial:		1 035 110	2 891 655	2,79	509 063	935 075	1,84	330 134	1 169 735	3,54

Tableau 24 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2006

Régie de l'assurance maladie Québec		Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits / vulnérables						Date : 2009-01-27	
		Pour la période du 2006-01-01 au 2006-12-31							
Région Nom du GMF	Nombre d'usagers inscrits avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits	Ratio visites / Usagers inscrits	Nombre d'usagers non inscrits	Nombre de visites d'usagers non inscrits	Ratio visites / usagers non inscrits	Nombre d'usagers inscrits et vulnérables avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables	Ratio visites / usagers inscrits et vulnérables
06 MONTREAL									
GMF de Verdun	6 454	11 861	1,84	1 563	6 639	4,25	1 773	4 001	2,26
GMF des Faubourgs	1 612	1 972	1,22	764	944	1,24	433	505	1,17
GMF Notre-Dame	2 567	2 569	1,00	25	25	1,00	934	935	1,00
GMF de Herzl	3 662	4 959	1,35	1 112	3 752	3,37	1 244	2 182	1,75
GMF Centre médical Saint-André	4 957	16 006	3,23	3 927	6 043	1,54	864	3 390	3,92
GMF Côtes-des-Neiges	2 269	2 359	1,04	37	38	1,03	292	298	1,02
GMF du Sud-Ouest	11 058	31 447	2,84	12 707	20 200	1,59	3 070	10 889	3,55
GMF Saint-Louis-du-Parc	6 602	12 658	1,92	882	1 232	1,40	1 876	4 481	2,39
GMF de la Clinique médicale l'Actuel	1 974	13 049	6,61	7 519	17 119	2,28	1 581	11 582	7,33
GMF Quartier Latin	6 427	22 181	3,45	2 311	5 271	2,28	2 017	10 524	5,22
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent	1 595	3 080	1,93	3 285	4 285	1,30	559	1 265	2,26
Total MONTREAL	49 177	122 141	2,48	34 132	65 548	1,92	14 643	50 052	3,42
Total provincial:	756 091	2 107 981	2,79	370 690	683 824	1,84	206 742	716 666	3,47

Tableau 25 : Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits/vulnérables 2000-2008

Régie de l'assurance maladie Québec		Nombre de visites aux GMF par usagers inscrits, usagers non inscrits et usagers inscrits / vulnérables						Date : 2009-02-26	
		Pour la période du 2000-01-01 au 2008-12-31							
Région Nom du GMF	Nombre d'usagers inscrits avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits	Ratio visites / Usagers inscrits	Nombre d'usagers non inscrits	Nombre de visites d'usagers non inscrits	Ratio visites / usagers non inscrits	Nombre d'usagers inscrits et vulnérables avec visite	Nombre de visites d'usagers inscrits et vulnérables	Ratio visites / usagers inscrits et vulnérables
06 MONTREAL									
GMF de Verdun	12 934	48 521	3,75	8 299	49 907	6,01	3 424	22 876	6,68
GMF des Faubourgs	4 495	17 284	3,85	6 796	11 062	1,63	1 396	8 901	6,38
GMF Notre-Dame	4 885	15 122	3,10	860	2 033	2,36	1 749	8 897	5,08
GMF de Herzl	9 458	28 741	3,04	7 146	23 707	3,32	3 170	15 343	4,84
GMF Centre médical Saint-André	8 017	84 351	10,52	16 361	38 887	2,38	1 664	25 679	15,43
GMF Côtes-des-Neiges	6 014	11 704	1,95	1 112	1 505	1,35	903	2 877	3,19
GMF du Sud-Ouest	17 721	135 434	7,64	36 266	86 558	2,39	6 968	67 825	9,73
GMF Saint-Louis-du-Parc	11 683	61 425	5,26	3 780	7 968	2,11	3 471	31 690	9,13
GMF de la Clinique médicale l'Actuel	2 900	56 172	19,37	19 468	65 610	3,37	2 257	50 066	22,18
GMF Quartier Latin	8 512	77 572	9,11	4 845	17 190	3,55	2 811	41 289	14,69
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent	8 734	39 727	4,55	17 533	35 238	2,01	2 859	17 586	6,15
GMF Stillview	7 087	25 505	3,60	523	1 115	2,13	2 330	11 755	5,05
GMF Centre médical Métro Monk	3 786	9 864	2,61	4 842	7 833	1,62	1 483	4 628	3,12
GMF St. Mary	7 185	20 053	2,79	4 340	23 213	5,35	2 366	10 439	4,41
GMF Médimax	2 732	9 004	3,30	13 803	23 864	1,73	468	1 812	3,87
GMF L'Envolée	5 115	12 339	2,41	1 850	4 011	2,17	599	1 689	2,82
GMF Dorval	8 013	22 470	2,80	4 905	8 577	1,75	3 381	11 607	3,43
GMF Queen Elizabeth	9 032	21 831	2,42	3 885	6 351	1,63	3 470	10 534	3,04
GMF 1851	3 926	9 077	2,31	4 481	7 261	1,62	1 954	5 179	2,65
GMF Médistat	3 254	5 911	1,82	3 940	5 249	1,33	1 298	2 848	2,19
Total MONTREAL	145 483	712 107	4,89	165 035	427 139	2,59	48 021	353 510	7,36
Total provincial:	1 673 545	11 466 212	6,85	1 650 182	4 776 176	2,89	533 389	5 052 230	9,47

Les résultats représentent uniquement les coûts des services facturés par le mode rémunération à l'acte.

Tableau 26 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2008-12-31

Régie de l'assurance maladie Québec

Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2008-12-31

Date : 2009/01/27

Région	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nom du GMF 06 MONTREAL																	
GMF de Verdun	778	475	730	313	622	85	16	137	99	45	109	91	13	46	1 649	4 904	3 564
	22%	13%	20%	9%	17%	2%	0%	4%	3%	1%	3%	3%	0%	1%	46%		
GMF des Faubourgs	465	113	176	77	227	136	11	102	32	12	13	6	6	17	530	1 871	1 491
	31%	8%	12%	5%	15%	9%	1%	7%	2%	1%	1%	0%	0%	1%	36%		
GMF Notre-Dame	479	175	332	245	335	49	14	76	81	23	23	34	13	8	748	2 534	1 792
	27%	10%	19%	14%	19%	3%	1%	4%	5%	1%	1%	2%	1%	0%	42%		
GMF de Herzl	713	337	376	390	600	132	12	145	114	71	89	6	6	9	1 553	4 372	3 568
	20%	9%	11%	11%	17%	4%	0%	4%	3%	2%	2%	0%	0%	0%	44%		
GMF Centre médical Saint-André	120	56	206	150	340	9	7	40	21	14	9	2	5	13	1 072	2 021	1 677
	7%	3%	12%	9%	20%	1%	0%	2%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	64%		
GMF Côtes-des-Neiges	229	32	83	83	153	17	1	40	23	16	29	2	3	7	495	1 156	1 011
	23%	3%	8%	8%	15%	2%	0%	4%	2%	2%	3%	0%	0%	1%	49%		
GMF du Sud-Ouest	1 601	936	1 285	442	1 051	90	23	185	161	107	113	11	12	39	2 809	8 583	6 993
	23%	13%	18%	6%	15%	1%	0%	3%	2%	2%	2%	0%	0%	1%	40%		
GMF Saint-Louis-du-Parc	1 290	611	504	365	391	151	8	230	129	54	39	45	4	36	1 031	4 710	3 490
	37%	18%	14%	10%	11%	4%	0%	7%	4%	2%	1%	1%	0%	1%	30%		
GMF de la Clinique médicale l'Actuel	371	24	49	47	37	352	1 858	13	7	9	12	0	2	0	29	2 787	2 259
	16%	1%	2%	2%	2%	16%	82%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%		
GMF Quartier Latin	406	136	199	120	125	64	1 435	109	49	9	8	0	4	3	315	2 961	2 814
	15%	5%	7%	4%	4%	2%	51%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	11%		
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent	557	345	507	232	632	72	6	125	59	34	6	1	5	8	1 375	3 910	2 884
	19%	12%	18%	8%	22%	2%	0%	4%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	48%		

Légende:

- 1- Psychose
- 2- MPOC
- 3- MCAS
- 4- Cancer
- 5- Diabète avec atteinte d'organes cibles

- 6- Toxicomanie et sevrage

- 7- VIH/SIDA

- 8- Maladie dégénératives du système nerveux

- 9- Maladies inflammatoires chroniques

- 10- Troubles dépressifs majeurs, premier épisode

- 11- Troubles dépressifs majeurs récidivants

- 12- Insuffisance rénale chronique

- 13- Maladies thrombo-emboliques

- 14- Fibrillation auriculaire

- 15- 70 ans et plus

- 16- Nombre de facteurs de vulnérabilité

- 17- Nombre de personnes vulnérables

Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF
en date du 2008-12-31

Date : 2009/01/27

Région	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nom du GMF																	
GMF Stillview	447	386	276	189	331	26	1	100	103	71	43	17	9	20	923	2 782	2 323
	19%	17%	12%	8%	14%	1%	0%	4%	4%	3%	2%	1%	0%	1%	40%		
GMF Centre médical Métro Monk	497	367	192	86	275	60	1	32	59	5	17	1	3	0	546	2 115	1 518
	33%	24%	13%	6%	18%	4%	0%	2%	4%	0%	1%	0%	0%	0%	36%		
GMF St. Mary	514	154	412	253	423	24	1	106	112	22	66	12	7	22	1 394	3 393	2 384
	22%	6%	17%	11%	18%	1%	0%	4%	5%	1%	3%	1%	0%	1%	58%		
GMF Médimax	92	21	44	38	39	2	1	10	29	5	1	0	1	1	187	483	446
	21%	5%	10%	9%	9%	0%	0%	2%	7%	1%	0%	0%	0%	0%	42%		
GMF L'Envolée	216	54	56	59	61	3	1	15	36	8	6	5	2	2	182	683	609
	35%	9%	9%	10%	10%	0%	0%	2%	6%	1%	1%	0%	0%	0%	30%		
GMF Dorval	564	242	714	329	633	17	2	134	143	68	26	11	16	34	1 842	4 620	3 389
	17%	7%	21%	10%	19%	1%	0%	4%	4%	2%	1%	0%	0%	1%	54%		
GMF Queen Elizabeth	423	119	554	413	448	28	3	242	178	34	70	34	20	72	2 534	4 942	3 614
	12%	3%	15%	11%	12%	1%	0%	7%	5%	1%	2%	1%	1%	2%	70%		
GMF 1851	394	132	381	228	386	192	17	56	69	45	122	11	12	52	913	2 768	1 939
	20%	7%	20%	12%	20%	10%	1%	3%	4%	2%	6%	1%	1%	3%	47%		
GMF Médislat	349	98	202	126	307	10	3	51	46	26	14	8	10	18	560	1 752	1 298
	27%	8%	16%	10%	24%	1%	0%	4%	4%	2%	1%	1%	1%	1%	43%		
Total MONTREAL :	10 308	4 813	7 280	4 185	7 416	1 519	3 421	1 948	1 550	678	815	297	153	407	20 687	63 327	49 063
	21%	10%	15%	9%	15%	3%	7%	4%	3%	1%	2%	1%	0%	1%	42%		
Total Provincial :	113 456	59 525	106 766	55 939	88 632	7 314	3 998	22 893	22 690	7 928	6 005	7 095	2 660	7 059	230 120	742 080	536 175
	21%	11%	20%	10%	17%	1%	1%	4%	4%	1%	1%	1%	0%	1%	43%		

Légende:

1- Psychose

2- MPOC

3- MCAS

4- Cancer

5- Diabète avec atteinte d'organes cibles

6- Toxicomanie et sevrage

7- VIH/SIDA

8- Maladie dégénératives du système nerveux

9- Maladies inflammatoires chroniques

10- Troubles dépressifs majeurs, premier épisode

11- Troubles dépressifs majeurs récidivants

12- Insuffisance rénale chronique

13- Maladies thrombo-emboliques

14- Fibrillation auriculaire

15- 70 ans et plus

16- Nombre de facteurs de vulnérabilité

17- Nombre de personnes vulnérables

Tableau 27 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2007-12-31

Région		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nom du GMF																		
06 MONTREAL																		
GMF de Verdun		572	366	632	256	387	52	16	119	71	0	0	0	0	0	1 415	3 909	2 861
		20%	13%	22%	9%	14%	2%	1%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	49%		
GMF des Faubourgs		384	93	140	52	136	106	13	90	17	0	0	0	0	0	435	1 466	1 216
		32%	8%	12%	4%	11%	9%	1%	7%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	36%		
GMF Notre-Dame		407	135	276	207	230	44	11	67	49	0	0	0	0	0	715	2 141	1 579
		26%	9%	17%	13%	15%	3%	1%	4%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	45%		
GMF de Herzi		529	262	337	330	480	112	9	127	46	0	0	0	0	0	1 441	3 673	2 982
		18%	9%	11%	11%	16%	4%	0%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	48%		
GMF Centre médical Saint-André		83	50	198	123	95	2	6	28	13	0	0	0	0	0	912	1 510	1 260
		7%	4%	16%	10%	8%	0%	0%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	72%		
GMF Côtes-des-Neiges		141	21	64	60	79	13	2	20	7	0	0	0	0	0	450	857	765
		18%	3%	8%	8%	10%	2%	0%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	59%		
GMF du Sud-Ouest		948	556	679	247	315	47	22	124	73	0	0	0	0	0	1 767	4 800	4 093
		23%	14%	17%	6%	8%	1%	1%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	44%		
GMF Saint-Louis-du-Parc		1 017	544	469	296	250	125	9	182	90	0	0	0	0	0	949	3 931	2 999
		34%	18%	16%	10%	8%	4%	0%	6%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	32%		
GMF de la Clinique médicale l'Actuel		297	16	39	42	30	265	1 677	9	2	0	0	0	0	0	25	2 392	1 966
		15%	1%	2%	2%	2%	13%	85%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%		
GMF Quartier Latin		332	123	182	99	94	51	1 342	106	29	0	0	0	0	0	283	2 641	2 499
		13%	5%	7%	4%	4%	2%	54%	4%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	11%		
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent		259	157	280	106	337	60	6	56	27	0	0	0	0	0	955	2 242	1 837
		14%	9%	15%	6%	18%	3%	0%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	52%		

Légende:

1- Psychose	6- Toxicomanie et sevrage	12- Insuffisance rénale chronique
2- MPOC	7- VIH/SIDA	13- Maladies thrombo-emboliques
3- MCAS	8- Maladie dégénératives du système nerveux	14- Fibrillation auriculaire
4- Cancer	9- Maladies inflammatoires chroniques	15- 70 ans et plus
5- Diabète avec atteinte d'organes cibles	10- Troubles dépressifs majeurs, premier épisode	16- Nombre de facteurs de vulnérabilité
	11- Troubles dépressifs majeurs récidivants	17- Nombre de personnes vulnérables

Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF
en date du 2007-12-31

Date : 2009/01/27

Région	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nom du GMF																	
GMF Stillview	231	289	185	122	225	11	1	65	46	0	0	0	0	0	764	1 939	1 696
	14%	17%	11%	7%	13%	1%	0%	4%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	45%		
GMF Centre médical Métro Monk	200	132	116	64	132	13	1	19	24	0	0	0	0	0	360	1 061	782
	26%	17%	15%	8%	17%	2%	0%	2%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	46%		
GMF St. Mary	7	0	1	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	9	23	17
	41%	0%	6%	6%	12%	0%	0%	6%	12%	0%	0%	0%	0%	0%	53%		
GMF Médimax	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
Total MONTREAL :	5 408	2 766	3 598	2 006	2 794	891	3 115	1 013	496	0	0	0	0	0	10 501	32 588	26 553
	20%	10%	14%	8%	11%	3%	12%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	40%		
Total Provincial :	66 366	38 655	74 935	36 360	40 315	4 016	3 598	15 717	12 100	0	0	0	0	0	168 882	460 944	358 128
	19%	11%	21%	10%	11%	1%	1%	4%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	47%		

Légende:

1- Psychose

2- MPOC

3- MCAS

4- Cancer

5- Diabète avec atteinte d'organes cibles

6- Toxicomanie et sevrage

7- VIH/SIDA

8- Maladie dégénératives du système nerveux

9- Maladies inflammatoires chroniques

10- Troubles dépressifs majeurs, premier épisode

11- Troubles dépressifs majeurs récidivants

12- Insuffisance rénale chronique

13- Maladies thrombo-emboliques

14- Fibrillation auriculaire

15- 70 ans et plus

16- Nombre de facteurs de vulnérabilité

17- Nombre de personnes vulnérables

Tableau 28 : Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF en date du 2006-12-31

Région		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nom du GMF																		
06 MONTREAL																		
GMF de Verdun	123	232	384	160	241	33	15	48	16	0	0	0	0	0	0	1 619	2 871	2 428
	5%	10%	16%	7%	10%	1%	1%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	67%		
GMF des Faubourgs	150	80	97	28	98	78	14	62	1	0	0	0	0	0	0	397	1 005	865
	17%	9%	11%	3%	11%	9%	2%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	46%		
GMF Notre-Dame	310	135	244	196	206	40	11	67	28	0	0	0	0	0	0	695	1 932	1 451
	21%	9%	17%	14%	14%	3%	1%	5%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	48%		
GMF de Herzl	231	213	330	313	437	102	10	112	5	0	0	0	0	0	0	1 407	3 160	2 587
	9%	8%	13%	12%	17%	4%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	54%		
GMF Centre médical Saint-André	34	48	162	73	63	0	4	18	0	0	0	0	0	0	0	736	1 138	965
	4%	5%	17%	8%	7%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	76%		
GMF Côtes-des-Neiges	75	20	52	48	69	8	2	17	0	0	0	0	0	0	0	441	732	662
	11%	3%	8%	7%	10%	1%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	67%		
GMF du Sud-Ouest	424	504	644	215	272	29	22	106	9	0	0	0	0	0	0	1 698	3 923	3 348
	13%	15%	19%	6%	8%	1%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	51%		
GMF Saint-Louis-du-Parc	655	443	358	222	194	101	4	129	27	0	0	0	0	0	0	837	2 970	2 376
	28%	19%	15%	9%	8%	4%	0%	5%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	35%		
GMF de la Clinique médicale l'Actuel	51	1	2	8	4	47	1 498	3	1	0	0	0	0	0	0	20	1 633	1 622
	3%	0%	0%	0%	0%	3%	92%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%		
GMF Quartier Latin	136	102	167	75	85	31	1 258	93	1	0	0	0	0	0	0	275	2 221	2 109
	6%	5%	8%	4%	4%	1%	60%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%		
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent	102	43	131	59	150	56	3	30	4	0	0	0	0	0	0	575	1 153	973
	10%	4%	13%	6%	15%	6%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	59%		

Légende:

1- Psychose	6- Toxicomanie et sevrage	12- Insuffisance rénale chronique
2- MPOC	7- VIH/SIDA	13- Maladies thrombo-emboliques
3- MCAS	8- Maladie dégénératives du système nerveux	14- Fibrillation auriculaire
4- Cancer	9- Maladies inflammatoires chroniques	15- 70 ans et plus
5- Diabète avec atteinte d'organes cibles	10- Troubles dépressifs majeurs, premier épisode	16- Nombre de facteurs de vulnérabilité
	11- Troubles dépressifs majeurs récidivants	17- Nombre de personnes vulnérables

Répartition des personnes vulnérables inscrites à un GMF
en date du 2006-12-31

Date : 2009/01/27

Région	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Nom du GMF																	
Total MONTREAL :	2 291	1 821	2 571	1 397	1 819	525	2 837	685	92	0	0	0	0	0	8 700	22 738	19 388
	12%	9%	13%	7%	9%	3%	15%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	45%		
Total Provincial :	24 555	24 011	50 735	22 877	25 777	1 640	3 107	10 138	2 823	0	0	0	0	0	129 713	295 376	237 397
	10%	10%	21%	10%	11%	1%	1%	4%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	55%		

 Légende:
 1- Psychose
 2- MPOC
 3- MCAS
 4- Cancer
 5- Diabète avec atteinte d'organes cibles

 6- Toxicomanie et sevrage
 7- VIH/SIDA
 8- Maladie dégénératives du système nerveux
 9- Maladies inflammatoires chroniques
 10- Troubles dépressifs majeurs, premier épisode
 11- Troubles dépressifs majeurs récidivants

 12- Insuffisance rénale chronique
 13- Maladies thrombo-emboliques
 14- Fibrillation auriculaire
 15- 70 ans et plus
 16- Nombre de facteurs de vulnérabilité
 17- Nombre de personnes vulnérables

Tableau 29 : Suivi des inscriptions GMF pour la période du 2000-01-01 au 2008-12-31

Région Nom du GMF	Date d'adhésion	Médecins partenaires	Nouvelles personnes désinscrites	Nouvelles personnes inscrites	Nouvelles personnes inscrites et vulnérables	Ratio vulnérables / inscrits
06 MONTREAL						
GMF de Verdun	2003-03-19	50	0	14 035	3 555	25%
GMF des Faubourgs	2003-03-25	23	0	5 219	1 488	29%
GMF Notre-Dame	2003-03-25	24	0	5 754	1 788	31%
GMF de Herzl	2003-06-25	27	0	12 319	3 564	29%
GMF Centre médical Saint-André	2004-01-06	11	0	8 261	1 676	20%
GMF Côtes-des-Neiges	2004-01-06	32	0	7 717	1 015	13%
GMF du Sud-Ouest	2004-07-16	22	0	17 770	6 990	39%
GMF Saint-Louis-du-Parc	2004-07-16	18	0	12 235	3 487	29%
GMF de la Clinique médicale l'Actuel	2005-03-18	18	0	2 902	2 258	78%
GMF Quartier Latin	2005-03-18	18	0	8 518	2 811	33%
GMF Cosmopolite de Saint-Laurent	2006-01-27	10	0	8 867	2 894	33%
GMF Stillview	2007-01-09	9	0	7 118	2 335	33%
GMF St. Mary	2007-04-02	34	0	7 763	2 386	31%
GMF Centre médical Métro Monk	2007-06-06	9	0	3 926	1 515	39%
GMF Médimax	2007-10-19	11	0	2 738	469	17%
GMF L'Envolée	2008-01-16	11	0	5 481	607	11%
GMF Dorval	2008-01-16	16	0	8 033	3 389	42%
GMF Queen Elizabeth	2008-01-16	24	0	9 452	3 612	38%
GMF 1851	2008-04-23	15	0	3 953	1 965	50%

Suivi des inscriptions GMF
pour la période du 2000-01-01 au 2008-12-31

Date : 2009/02/26

Région Nom du GMF	Date d'adhésion	Médecins partenaires	Nouvelles personnes désinscrites	Nouvelles personnes inscrites	Nouvelles personnes inscrites et vulnérables	Ratio vulnérables / inscrits
GMF Médistat	2008-05-27	8	0	3 274	1 306	40%
Total MONTREAL :		390	0	155 335	49 110	32%
Total Provincial :		2 778	0	1 727 207	539 042	31%