



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

# **Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)**

16-924-04W

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section Publications**

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-77173-9 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
1.Généralités .....	1
1.1. Missions d'un GMF-U .....	1
1.2. But du cadre de gestion.....	1
1.3. Objectifs du cadre de gestion .....	2
1.4. Portée du cadre de gestion .....	2
2.Orientations d'organisation des GMF-U : pratiques exemplaires et innovatrices.....	2
3.Paramètres du présent cadre de gestion des GMF-U .....	5
3.1. Paramètres de gouvernance et personnel.....	5
3.1.1. Personnel d'encadrement.....	5
3.1.2. Personnel de soutien administratif .....	5
3.1.3. Conseillers en amélioration continue de la qualité .....	6
3.1.4. Équipe interprofessionnelle.....	6
Figure 1 – Exemple d'organigramme hiérarchique et fonctionnel en GMF-U.....	7
3.2. Effectifs médicaux et inscriptions.....	8
Tableau 1 – Balises d'effectifs médicaux et d'inscriptions en GMF-U.....	8
3.3. Financement.....	8
3.3.1. Budget de fonctionnement annuel .....	8
Tableau 2 – Ressources humaines et financières en GMF-U.....	9
3.3.2. Budget additionnel au rehaussement de la capacité d'accueil.....	10
3.3.3. Budget pour GMF-U hors établissement.....	10
3.4. Autres paramètres.....	11
3.4.1. Paramètres généraux .....	11
3.4.2. Locaux .....	11
3.4.3. Équipements.....	12
4.Rôles des parties prenantes .....	12
4.1. Établissements .....	12
4.2. Universités et leurs facultés de médecine .....	12
4.3. GMF-U.....	13

4.4. MSSS .....	13
5.Cheminements particuliers .....	13
5.1. GMF-U de moins de 6 Résidents 1 .....	13
5.2. GMF-U de moins de 6 000 inscriptions pondérées .....	14
5.3. GMF-U en démarrage .....	14
6.Transition vers les nouveaux paramètres .....	14
6.1. Comité d'intégration et de suivi du cadre de gestion (CIS GMF-U) .....	14
6.2. Modalités de transition.....	15
6.2.1. Modalités générales.....	15
6.2.2. Modalités particulières .....	15
Annexe 1 : Guide d'intégration du conseiller en amélioration continue de la qualité .....	16
Annexe 2 : Balises des effectifs médicaux en GMF-U .....	19
Annexe 3 : Équipements nécessaires en GMF-U.....	32
Références .....	44

## **Introduction**

Dans le présent document, l'appellation « groupes de médecine de famille universitaires » (GMF-U) remplace celle des « unités de médecine familiale » (UMF). Cette nouvelle appellation souligne la volonté d'un rapprochement clinique entre les GMF-U et les autres prestataires de services de première ligne, notamment les groupes de médecine de famille (GMF). Ce changement s'exerce dans une perspective de responsabilité populationnelle, d'affiliation plus grande des GMF-U avec le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que d'affirmation du rôle en enseignement et en recherche dévolu à ces groupes.

Les GMF-U se distinguent des GMF par leur reconnaissance universitaire en matière d'enseignement. À cet effet, ils doivent notamment être agréés dans le Programme de médecine de famille par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Par ailleurs, le terme « apprenants » réfère à toutes les personnes pouvant suivre une formation médicale au sein d'un GMF-U, c'est-à-dire les résidents en médecine de famille ou dans une autre spécialité, les étudiants et les autres stagiaires de l'ensemble des disciplines de l'équipe interprofessionnelle.

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2017, l'appellation GMF-U sera généralisée à l'ensemble des UMF du Québec, que celles-ci aient ou non adhéré au Programme de financement et de soutien professionnel GMF (ci-après appelé « Programme GMF »).

## **1. Généralités**

### **1.1. Missions d'un GMF-U**

- De façon exemplaire et innovatrice, prodiguer en collaboration interprofessionnelle des soins de santé et des services de première ligne intégrés, dans un souci de contribuer à la mission de responsabilité populationnelle de l'établissement.
- Enseigner à prodiguer des soins de santé et des services de première ligne intégrés.
- Participer au développement et à l'application des connaissances, notamment par la recherche et l'érudition.

Ces trois missions ne se subordonnent pas les unes aux autres et sont interdépendantes.

### **1.2. But du cadre de gestion**

Déterminer les balises d'une organisation de services de première ligne modèle et probante, propices à soutenir adéquatement et équitablement les GMF-U.

### 1.3. Objectifs du cadre de gestion

- Préciser les composantes essentielles d'un milieu de première ligne exemplaire, notamment en matière de qualité et de productivité, autant sur le plan clinique que sur ceux de l'enseignement et de la recherche.
- Établir un modèle de gestion et d'allocation équitable des ressources humaines, financières et matérielles en GMF-U.

### 1.4. Portée du cadre de gestion

Ce cadre de gestion s'adresse à tous les GMF-U du Québec. Dans l'esprit de rapprocher les GMF et les GMF-U et d'atténuer les cloisons virtuelles entre les cliniques médicales en établissement et hors établissement, un projet pilote de GMF-U en clinique hors établissement est en cours.

Un tel rapprochement devrait permettre de mieux définir la nature des meilleurs arrimages possible entre ces milieux afin de contribuer à atteindre les missions des GMF-U et d'accroître l'offre de stages.

## 2. Orientations d'organisation des GMF-U : pratiques exemplaires et innovatrices<sup>1</sup>

Les GMF-U incarnent un puissant levier de maturation des lieux de dispensation de soins et de services de première ligne vers le modèle du centre de médecine de famille (CMF), milieu de pratique exemplaire de la prestation et de la coordination en temps opportun de tous les services de santé requis, centré sur les patients et intégré au réseau. Le CMF repose sur dix piliers qui constituent autant de buts à atteindre pour améliorer le système de soins et de services de première ligne. Il doit également offrir des soins et un accès optimaux pour les patients du Québec en plus de jouer un rôle de premier plan pour la prévention et la promotion de la santé en première ligne. Ces piliers posent les assises des pratiques exemplaires qui orientent l'organisation des GMF-U.

*Le patient centrisme.* Pilier central du CMF, qui transcende les neuf autres, le patient centrisme implique une réceptivité à l'égard des préférences, des attitudes et des antécédents des patients. Ce pilier implique également l'intégration de ces derniers dans les décisions relatives à leur santé. Les GMF-U doivent aussi assumer une responsabilité envers la population et la communauté dont sont issus leurs patients, en contribuant notamment à la réponse aux besoins des plus vulnérables.

*Le médecin de famille, premier prestataire responsable de ses patients.* Chaque patient a son propre médecin de famille, avec lequel il développe une relation de confiance privilégiée et qui assure le rôle premier dans la prise en charge de ses soins de santé et leur coordination. Ainsi, même les patients suivis par un apprenant demeurent sous la responsabilité d'un médecin de famille unique, alors que les apprenants qui sont amenés à leur prodiguer des soins peuvent changer. Par souci de respecter cette précieuse filiation, le patient devrait

---

<sup>1</sup> Les références bibliographiques de cette section sont présentées à la fin du présent document.

connaître le médecin auprès duquel il est inscrit. De plus, ce dernier devrait participer activement à son suivi, même si la majorité des visites du patient sont faites auprès d'apprenants.

*La collaboration interprofessionnelle (CIP).* En plus d'avoir leur propre médecin de famille, les patients bénéficient de services de santé et de services sociaux intégrés et continus, grâce à la collaboration de différents professionnels de la santé et des services sociaux. Les GMF-U sont un lieu propice à l'intégration de certains professionnels sur place et à la collaboration avec des médecins spécialistes et d'autres professionnels ailleurs dans le réseau. Ces derniers développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins des patients, de leurs proches et de la communauté. Ils travaillent pour les patients, en partenariat avec les médecins, et non pour les médecins ou pour eux-mêmes. La CIP constitue donc un moyen efficace de répondre aux défis de pratique actuels.

*L'accès opportun et coordonné.* Être inscrit auprès d'un médecin de famille ne signifie pas toujours y avoir accès. Or, il est primordial que chaque Québécois puisse obtenir, dans un temps opportun, un rendez-vous auprès de son médecin de famille ou d'autres services de santé dont il aurait besoin, notamment à des consultations spécialisées. Un tel accès élargi à des équipes de soins et de services de première ligne réduit les visites aux urgences, améliore l'accès aux services et augmente l'expérience-patient positive. Le rendez-vous doit idéalement avoir lieu dans le milieu de vie du patient ou dans un établissement de santé. Un modèle de rendez-vous inspiré de l'accès ouvert paraît contribuer à la réalisation de cet objectif.

*Une gamme complète de services.* Le médecin de famille, en partenariat avec les autres médecins spécialistes et les professionnels avec lesquels il collabore, dispense des soins et des services complets, continus et pertinents à des personnes ayant des conditions médicales très diversifiées et plus ou moins complexes, et il en assure le suivi. Cela a pour conséquence d'améliorer les dépistages, de diminuer les visites aux urgences et d'augmenter l'expérience-patient positive. Une attention particulière doit être apportée à l'intégration efficace des pratiques préventives et de promotion de la santé et du bien-être, toujours en ce qui concerne la prestation des soins et services offerts en première ligne.

*La continuité des services et de l'information.* La continuité des soins est « l'uniformité à long terme du lieu, de la manière et de l'instance responsable de répondre aux besoins médicaux de chaque personne tout au long de sa vie ». Elle est un facteur déterminant de la bonne santé des patients, tant lorsque les services médicaux leur sont habituellement offerts par un même médecin de famille que lorsqu'ils sont centralisés dans un même lieu de pratique. Dans un GMF-U, le transfert de connaissances et la collaboration entre les apprenants et les médecins sont indispensables pour assurer une prise en charge et une continuité des soins optimales, notamment face au défi des renouvellements constants des cohortes d'apprenants.

*L'informatisation.* Les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) sont un outil indispensable, puisqu'ils permettent de regrouper, dans un lieu unique et dématérialisé, tous les renseignements concernant un même patient. Dans le cadre d'une pratique en interdisciplinarité, ils favorisent l'échange d'informations entre les professionnels de la santé et de services sociaux responsables d'un même patient. L'instauration du DMÉ au sein d'un

GMF-U est facilitée lorsqu'elle est placée sous la direction d'un médecin et que l'ensemble des membres de l'équipe, apportant leurs différentes connaissances et compétences, y participe volontairement. Elle doit se faire dans un souci de respect de la confidentialité et de contrôle des accès. À l'avenir, les DMÉ pourraient devenir une plateforme d'échanges facilitante permettant une participation active des patients à l'amélioration de leur santé, à l'instar des dossiers patients électroniques.

*L'enseignement et la recherche.* Les résidents en médecine de famille doivent recevoir leur formation dans des lieux représentatifs de leur pratique future. À ce titre, les GMF-U ont la mission d'enseigner aux apprenants à prodiguer des soins de santé et des services de première ligne exemplaires. Il est attendu, tant du corps professoral que des apprenants, que leur approche des soins et services de santé s'inspire de données scientifiques probantes, qu'ils contribuent à des activités d'érudition, notamment la publication d'articles scientifiques et la réalisation d'activités de transfert de connaissances, incluant celles sur les meilleures pratiques de collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, la recherche en première ligne doit pouvoir trouver en GMF-U un ancrage de prédilection, notamment la recherche relative à l'organisation des soins et services de première ligne, la recherche clinique et la recherche en pédagogie. Il est attendu des GMF-U qu'ils s'impliquent dans des projets préalablement approuvés par un comité d'éthique de la recherche du réseau de la santé et des services sociaux, qu'ils établissent un arrimage entre les activités de recherche et les activités cliniques, de même qu'avec les partenaires en recherche dont les Instituts universitaires de première ligne, et qu'ils participent à la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP).

*L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité.* La surveillance continue de l'efficacité des services, des résultats pour la santé des patients ainsi que de la satisfaction des patients et de l'équipe de base des GMF-U permettent à la fois de déterminer les défis existants, d'améliorer les résultats et de mener encore plus loin les forces de chacun. L'approche réflexive doit également être privilégiée, tant sur le plan clinique ou individuel que sur celui de la responsabilité populationnelle.

*La gouvernance.* Une bonne gouvernance permet de parvenir à un processus intégré de planification, de coordination, de mise en œuvre et d'évaluation. C'est pourquoi les rôles et responsabilités du directeur médical du GMF-U, du cadre intermédiaire (cogestionnaire) ainsi que des adjoints clinique et pédagogique doivent être clairement définis, et des attentes significatives à tous les membres de l'équipe, notamment à ceux impliqués dans le processus de détermination de la gouvernance, qui est propre à chaque groupe. Une saine cogestion doit ainsi être instaurée, dans laquelle le directeur médical et le cadre intermédiaire travaillent en concertation systématique. De plus, cette gouvernance doit être soutenue par un secrétariat compétent. Enfin, l'intégration de patients experts ou de représentants de patients dans la structure de gouvernance du GMF-U permet d'apporter une plus-value. Dans cette structure, le directeur médical assume l'imputabilité pour garantir que les participants à une recherche et les apprenants soient exposés à des activités conformes aux règles éthiques et d'intégrité scientifique.

L'application de ce cadre de gestion permettra aux GMF-U de tendre vers le CMF, voire de faire évoluer ce modèle. Dans l'esprit de pouvoir bien jouer ce rôle, il est impératif que les GMF-U ressemblent le plus possible aux milieux cliniques exemplaires dans lesquels les



jeunes médecins et les professionnels de la santé et des services sociaux qui y sont formés évolueront. À cet égard, l'adhésion des GMF-U au Programme GMF s'impose.

### **3. Paramètres du présent cadre de gestion des GMF-U**

Les paramètres du cadre de gestion des GMF-U s'apparentent à ceux du Programme GMF. Tout comme dans ce dernier, le nombre d'inscriptions en GMF-U est l'indicateur retenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme source d'attribution des ressources humaines, financières et matérielles. Les facteurs de pondération de ce nombre sont les mêmes que ceux utilisés pour les GMF.

Dans le même esprit que pour les GMF, l'attribution des ressources se fait progressivement par tranche de 3 000 inscriptions pondérées, tout en favorisant une taille optimale pour la satisfaction des patients et l'efficacité d'environ 12 000 à 18 000 inscriptions pondérées par GMF-U.

Le choix, pour un GMF, de se voir attribuer un niveau de financement inférieur à ses inscriptions pondérées n'a pas d'autre impact que celui associé au Programme GMF sur le financement total qui sera octroyé pour le GMF-U.

#### **3.1. Paramètres de gouvernance et personnel**

##### **3.1.1. Personnel d'encadrement**

La structure de gouvernance proposée est fortement inscrite en cogestion médico-administrative. Un encadrement et un soutien administratif adéquats doivent permettre aux cliniciens de se concentrer sur leurs rôles spécifiques au sein du GMF-U. Le personnel d'encadrement remplit quatre fonctions distinctes :

- Directeur médical : il s'agit d'un médecin désigné conjointement par l'établissement et l'université conformément à la loi;
- Cadre intermédiaire : il s'agit d'un gestionnaire employé de l'établissement et qui le représente;
- Adjoint médical pédagogique : sa fonction est définie par l'université et, dans certains cas, peut être assumée par le directeur médical;
- Adjoint médical clinique : il s'occupe de gérer le Programme GMF et les activités cliniques; dans certains cas, cette fonction peut être assumée par le directeur médical.

Tout le personnel embauché par l'établissement, que ce soit en GMF-U ou en GMF, est placé sous l'autorité hiérarchique du cadre intermédiaire, et non du directeur médical.

##### **3.1.2. Personnel de soutien administratif**

Le personnel de soutien administratif préconisé s'appuie sur une structure issue des meilleures pratiques, et comprend des secrétaires médicales, des agents administratifs ainsi que des techniciens en administration.

Une circulaire relative au soutien clérical et administratif à la pratique en centre local de services communautaires (CLSC) et en GMF-U<sup>2</sup> a été diffusée dans le réseau. Elle contient des guides d'intégration pour le personnel visé. De plus, tel qu'indiqué dans cette dernière, les ressources proposées par le présent cadre de gestion se substituent à celles de la circulaire.

### **3.1.3. Conseillers en amélioration continue de la qualité**

L'apport de conseillers en amélioration continue de la qualité (CACQ) pour chacun des GMF-U devrait contribuer à soutenir l'amélioration de la qualité des soins et services cliniques. Ce conseiller pourra notamment stimuler les réflexions, soutenir le changement, optimiser l'organisation clinique et la performance. L'annexe 1 présente le guide d'intégration de ce professionnel en GMF-U.

À l'échelle de la province, une personne chargée de chapeauter l'ensemble des CACQ sera nommée sur affichage de poste. Elle sera rattachée à un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) et placée sous l'autorité du directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique de cet établissement. Les ressources financières requises seront allouées par le MSSS pour compenser son salaire.

### **3.1.4. Équipe interprofessionnelle**

Les professionnels cliniques formant l'équipe de base des GMF-U sont l'infirmière clinicienne, l'infirmière auxiliaire, le travailleur social, le pharmacien et l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL).

Leur rôle est défini et explicité clairement dans les guides d'intégration des professionnels en GMF<sup>3</sup>. Il devrait être avant tout clinique pour la portion du financement accordée par le MSSS. Si leur apport à l'enseignement devait s'étendre au-delà d'une saine collaboration interprofessionnelle, et qu'il était jugé nécessaire par le milieu universitaire, il devrait alors être financé par ce dernier.

L'intégration d'infirmières auxiliaires apporte une contribution importante à l'équipe clinique, en favorisant l'utilisation du bon professionnel pour la bonne tâche (cueillette d'informations, mesures anthropométriques, organisation des salles cliniques, etc.) et en diminuant les goulots d'étranglement. De plus, cette intégration s'inscrit bien dans l'esprit de collaboration interprofessionnelle promu. Elle se veut aussi un modèle inspirant afin d'influencer les apprenants dans l'organisation de leur future pratique.

L'infirmière et le travailleur social constituent des acteurs clés afin d'assurer notamment le rôle essentiel de liaison avec les différentes ressources complémentaires (organismes communautaires, CLSC, hôpitaux, etc.), leur permettant ainsi d'agir en catalyseurs en ce qui concerne l'utilisation optimale des trajectoires de services préalablement établies.

Les IPSPL doivent, quant à elles, trouver en GMF-U un milieu clé pour exercer leur profession et assurer la formation de leurs semblables. Elles sont donc systématiquement intégrées aux

---

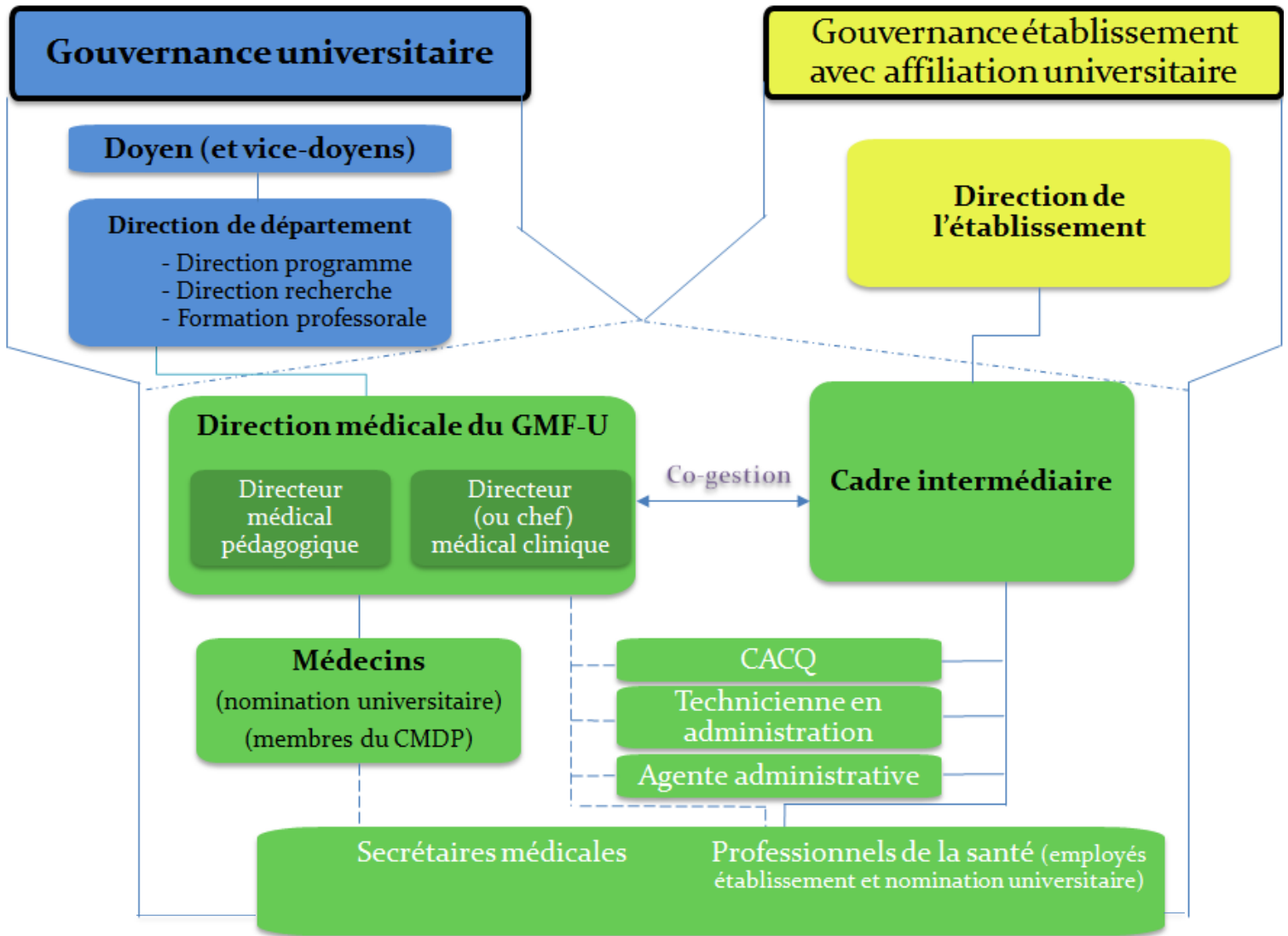
<sup>2</sup> Cette circulaire est disponible [en ligne](#).

<sup>3</sup> Ces guides d'intégration sont disponibles [en ligne](#).

GMF-U. De plus, autant de places de stage que d'ETP d'IP SPL en poste seront réservées pour assurer la formation de celles-ci.

La figure 1 présente une proposition d'organigramme hiérarchique et fonctionnel soutenu en GMF-U. Cette proposition est fournie à titre indicatif plutôt que prescriptif et a pour seul but de fournir un modèle d'organigramme, parmi d'autres possibilités.

**Figure 1 – Exemple d'organigramme hiérarchique et fonctionnel en GMF-U<sup>4</sup>**



Lien fonctionnel : - - - - -  
 Lien hiérarchique : \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Cette proposition d'organigramme a été fournie par le Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke.

### 3.2. Effectifs médicaux et inscriptions

Par souci de respecter l'exemplarité et la polyvalence, des balises d'effectifs médicaux et d'inscriptions basées sur le nombre d'apprenants en GMF-U s'imposent. Ces dernières sont présentées dans le tableau 1.

La présence d'IPSPL dans les GMF-U permet d'accroître les inscriptions.

**Tableau 1 – Balises d'effectifs médicaux et d'inscriptions en GMF-U**

Nombre de Résidents 1	Nombre d'inscriptions pondérées	Nombre de médecins enseignants	Nombre d'IPSPL
6	6 000	11-12	2 x 0,5
9	9 000	16-18	2 x 0,5
12	12 000	22-24	2
15	15 000	27-30	2
18	18 000	32-36	2
21	21 000	38-42	2
24	24 000	43-48	2

À ce groupe de base s'ajoutent, le cas échéant, des effectifs médicaux supplémentaires afin de prendre en considération la charge de travail additionnelle engendrée par l'accueil d'autres stagiaires (externes, IPSPL, stages CMQ, etc.).

Ces balises ont été élaborées sur la base des travaux du Comité spécial de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec sur le développement des capacités d'accueil en médecine de famille. Le document issu de ces travaux est présenté à l'annexe 2.

### 3.3. Financement

#### 3.3.1. Budget de fonctionnement annuel

Les ressources octroyées aux GMF-U telles que présentées dans le tableau 2 s'ajoutent à celles déjà prévues dans le Programme GMF. L'introduction des travailleurs sociaux et des pharmaciens dans ce dernier assure la présence de ces professionnels en GMF-U.

La rémunération des IPSPL et des médecins enseignants relève d'ententes négociées qui ne sont pas abordées dans le présent cadre de gestion.

Le financement des GMF-U proposé ci-après est de la responsabilité du MSSS. Les ressources décrites sont prévues à des fins avant tout cliniques. Les ressources pédagogiques relèvent du milieu universitaire.

**Tableau 2 – Ressources humaines et financières en GMF-U**

Cible d'inscriptions pondérées	Ressources GMF-U										Ressources GMF				
	Agent administratif (ETP)	Technicien en administration (ETP)	Secrétaire médicale (ETP)	Cadre (ETP) <sup>1</sup>	Infirmière auxiliaire (ETP)	Infirmière clinique (ETP)	CACQ (ETP)	Autres ressources humaines (\$) <sup>2</sup>	Fournitures et autres charges (\$) <sup>3</sup>	IPSPL (ETP)	Personnel infirmier (ETP)	Travailleurs sociaux (ETP)	Autres professionnels (ETP)	Pharmaciens (\$)	Fonctionnement (\$)
< 6 000	0,5	0	2	0,25	1	0,5	0,5	10 126 \$	30 378 \$	2 x 0,5	-	-	-	-	-
6 000 à 8 999	1	0,5	2,5	0,5	2	1	0,5	20 252 \$	60 756 \$	2 x 0,5	1	0,5	0,5	20 670 \$	104 401 \$
9 000 à 11 999	1	0,5	3,5	0,75	3	1,5	0,5	30 378 \$	91 134 \$	2 x 0,5	1,5	1	0,5	31 005 \$	137 093 \$
12 000 à 14 999	1	1	4,5	1	4	2	1	40 504 \$	121 512 \$	2	2	1	1	41 340 \$	169 786 \$
15 000 à 17 999	1	1	5,5	1,25	5	2,5	1	50 630 \$	151 890 \$	2	2,5	1,5	1	51 675 \$	202 478 \$
18 000 à 20 999	1	1,5	6,5	1,25	5,5	2,5	1	60 756 \$	182 268 \$	2	3	1,5	1,5	62 009 \$	233 718 \$
21 000 à 23 999	1	1,5	7,5	1,5	6	3	1	70 882 \$	212 646 \$	2	3,5	2	1,5	72 344 \$	248 642 \$
24 000 à 26 999	1	2	8,5	1,5	6,5	3	1	81 008 \$	243 024 \$	2	4	2	2	82 679 \$	263 565 \$
27 000 à 29 999	1	2	8,5	1,75	7	3,5	1	91 134 \$	273 402 \$	2	4,5	2,5	2	93 014 \$	278 489 \$
30 000 et plus	1	2	8,5	1,75	7,5	3,5	1	101 260 \$	303 780 \$	2	5	2,5	2,5	103 349 \$	293 413 \$

<sup>1</sup> Cette quantification est donnée à titre informatif seulement. En effet, depuis la mise en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, les établissements sont tenus de respecter un taux d'encadrement global, lequel est variable d'un établissement à l'autre.

<sup>2</sup> Ce financement est attribué pour l'embauche d'autres ressources, telles que des préposés ou du personnel de secrétariat particulier. Il peut également être utilisé pour des services de soutien, tels que du personnel de soutien informatique.

<sup>3</sup> Ce financement est attribué pour l'achat de fournitures médicales ou diverses (dépenses de bureau, papeterie, etc.) ainsi que pour l'achat ponctuel de services (entretien, réparation, etc.). Il peut être converti et ajouté au financement prévu pour les autres ressources humaines.

Les montants versés pour le soutien administratif permettent de fournir le personnel minimal indispensable, appuyé sur la structure prévue dans le tableau 2. Si le GMF-U souhaite faire différemment, le directeur médical et le cadre intermédiaire doivent s'entendre sur la structure mise en place. Dans tous les cas, aucun montant supplémentaire ne sera versé pour répondre à ces ajustements.

De manière temporaire et transitoire, un GMF-U pourrait opter pour une autre répartition entre les infirmières cliniciennes et les infirmières auxiliaires que celle proposée dans le tableau 2. En telle situation, le directeur médical et le cadre intermédiaire doivent s'entendre sur la structure mise en place. Dans tous les cas, aucun montant supplémentaire ne sera versé pour répondre à ces ajustements.

### **3.3.2. Budget additionnel au rehaussement de la capacité d'accueil**

Tout GMF-U qui augmente sa capacité d'accueil se verra octroyer un budget additionnel comme suit :

- Pour l'an 1 de ce rehaussement, il recevra le budget correspondant aux inscriptions pondérées attendues selon le nombre de Résidents 1 (R1) supplémentaires reçus.
- Pour l'an 2 et les années suivantes de son fonctionnement, il recevra la totalité du budget prévu selon le nombre de résidents accueillis, si la cible de l'année précédente est atteinte. À défaut, le financement est maintenu au niveau de l'an 1 jusqu'à l'atteinte de cette cible. Le financement complet prévu pour le nombre de R1 à terme est alloué à compter de l'atteinte de la cible d'inscriptions pondérées correspondant à ce nombre.
- Les effectifs médicaux du GMF-U seront également ajustés selon les attendus du présent cadre de gestion.

Cette mesure s'appliquera aux GMF-U qui augmenteront leur capacité d'accueil après la mise en application de ce cadre de gestion, le 1<sup>er</sup> avril 2017. Par ailleurs, les GMF-U touchés par les mesures particulières prévues aux sections 5. et 6.2.2. ne sont pas admissibles à celle-ci.

Dans tous les cas, le budget octroyé par le Programme GMF ne sera pas impacté par cette mesure : la modification du financement alloué au GMF n'interviendra qu'au moment de l'atteinte réelle du nombre d'inscriptions pondérées correspondant au niveau de financement supérieur.

### **3.3.3. Budget pour GMF-U hors établissement**

Tout nouveau projet de GMF-U pourra être financé selon certains paramètres.

*Capacité d'accueil.* Pour qu'un projet puisse être retenu, la capacité d'accueil prévue devra être d'un minimum de 4 R1 après deux ans de fonctionnement.

*Rémunération.* Les paramètres de rémunération pour les médecins enseignants en GMF-U hors établissement seront établis par une entente conventionnée.

*Budget de fonctionnement.* Le budget annuel octroyé aux GMF-U hors établissement sera proportionnel au nombre de R1 accueillis. En aucun cas ce budget ne pourra être supérieur au budget de fonctionnement moyen alloué aux sites en établissement.

*Loyer.* Un montant annuel sera octroyé aux GMF-U hors établissement proportionnellement au nombre de R1 accueillis. En aucun cas ce montant ne pourra être supérieur aux allocations moyennes allouées pour le loyer dans les sites en établissement.

*Budget de démarrage.* À l'ouverture d'un GMF-U hors établissement, des sommes seront rendues disponibles pour permettre l'acquisition des équipements et du mobilier nécessaires à l'accueil des résidents.

*Dans tous les cas, tant que les paramètres précis ne sont pas convenus, le MSSS ne prendra aucun engagement pour financer un nouveau projet de GMF-U hors établissement.*

### **3.4. Autres paramètres**

#### **3.4.1. Paramètres généraux**

*Reconnaissance GMF.* D'ici le 31 mars 2017, tous les GMF-U devraient avoir intégré le Programme GMF, que ce soit comme site unique ou comme partenaire d'un ou plusieurs autres sites. Le financement attribué lors de la reconnaissance par le ministre est considéré comme faisant un tout avec celui du GMF-U. À compter de l'année financière 2017-2018, un GMF-U sans reconnaissance GMF sera financé uniquement selon les ressources d'un GMF-U de moins de 6 000 inscriptions pondérées, même si son nombre d'inscrits pondérés est supérieur à 6 000.

*Offre de services.* Les heures et le nombre de jours d'ouverture GMF-U sont déterminés en conformité avec les attendus du Programme GMF.

*Accès ouvert.* Le modèle de l'accès ouvert (accès adapté ou *advanced access*) doit être favorisé, et aucun financement supplémentaire n'est prévu pour les activités de type « sans rendez-vous ».

*Frais de formation et de déplacement.* Ces frais sont assujettis aux règles et procédures de l'établissement. Ce dernier en assume la charge complète.

#### **3.4.2. Locaux**

Certaines balises sont préconisées pour les locaux des GMF-U. Toutefois, ces balises ne signifient pas que tous les GMF-U existants seront automatiquement mis à niveau. Seules les nouvelles constructions et les rénovations approuvées par le ministre seront systématiquement soumises à ces ajustements.

Les balises sont établies en fonction du nombre de résidents et des inscriptions pondérées. Celles-ci seront rendues disponibles sur demande et serviront à analyser les propositions de construction, de réaménagement ou d'agrandissement. Aucune nouvelle construction dans un hôpital ne sera privilégiée.

Le nombre de mètres carrés et les montants attribués seront déterminés en conformité avec les règles de gestion du réseau fixées par la Direction des immobilisations et des finances du MSSS.

### **3.4.3. Équipements**

Certains équipements devraient se retrouver dans l'ensemble des GMF-U. À cet effet, une liste de mobilier, de matériel médical et de matériel informatique jugés habituellement nécessaires est fournie à l'annexe 3 du présent document.

Toutefois, ces balises ne signifient pas que tous les GMF-U existants seront systématiquement mis à niveau. Seules les nouvelles demandes d'équipements approuvées par le ministre seront soumises à ces ajustements.

De plus, les demandes incluant des équipements non présents dans cette liste ou en quantité supérieure devront être justifiées.

## **4. Rôles des parties prenantes**

### **4.1. Établissements**

La collaboration entre les départements régionaux de médecine générale, les directeurs des services professionnels ainsi que les présidents-directeurs adjoints ou tout autre directeur intéressé par les services extrahospitaliers est indispensable, afin que les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les CIUSSS puissent :

- Assurer la bonne implantation du cadre de gestion des GMF-U;
- Soutenir la vision de l'organisation des soins de santé et des services de première ligne du présent cadre de gestion ainsi que l'intégration des GMF-U au reste du réseau local de services de santé et de services sociaux;
- Considérer l'ajout de ressources professionnelles ou financières supplémentaires à celles prévues dans le présent cadre de gestion pour répondre à leur objectif de responsabilité populationnelle dans le respect des services rendus par le GMF-U.

### **4.2. Universités et leurs facultés de médecine**

Les universités, leurs facultés de médecine et leurs départements de médecine de famille et de médecine d'urgence ont comme missions de :

- Reconnaître les milieux de formation et informer les établissements et le MSSS de cette reconnaissance;
- Participer à l'élaboration et à la mise à jour du cadre de gestion des GMF-U;



- Allouer les ressources humaines, matérielles et financières requises pour la mise en œuvre des volets pédagogiques et de recherche, notamment l'accès pour les apprenants participants à la recherche aux superviseurs approuvés par la Faculté des études supérieures;
- Soutenir la vision de ce cadre de gestion en ce qui a trait à l'organisation des soins de santé et des services de première ligne, et informer les médecins.

#### **4.3. GMF-U**

Les GMF-U se doivent de :

- Mettre en place et appliquer le cadre de gestion des GMF-U;
- S'assurer de faire les liens entre la fonction enseignement et la fonction prestation de soins et de services de santé sur les plans de la qualité, de la quantité et de la sécurité, en misant sur l'accessibilité et l'efficience.

#### **4.4. MSSS**

Au sein du MSSS, la Direction générale des services de santé et médecine universitaire a pour rôle de :

- Élaborer le cadre de gestion des GMF-U et en assurer le financement;
- Évaluer l'atteinte des objectifs;
- Informer les universités, les établissements et les GMF-U.

### **5. Cheminements particuliers**

Le MSSS s'engage à respecter et soutenir raisonnablement la transition de tous les GMF-U. À cet effet, les GMF-U qui se voient le plus fortement impactés par l'application de ce cadre de gestion profiteront d'un cheminement particulier. Le soutien proposé dépend de la situation vécue par le GMF-U.

#### **5.1. GMF-U de moins de 6 Résidents 1**

Les GMF-U de moins de 6 R1 se verront octroyer les ressources prévues pour un GMF-U de 6 000 inscriptions pondérées s'ils respectent le ratio d'inscriptions pondérées prévues selon le nombre de résidents et de médecins enseignants présenté dans le tableau 1.

Cette mesure de soutien prend fin dès lors que le GMF-U accueille 6 R1 et plus ou atteint le seuil d'inscriptions de 9 000 inscriptions pondérées.

## **5.2. GMF-U de moins de 6 000 inscriptions pondérées**

Les GMF-U de moins de 6 000 inscriptions pondérées se verront octroyer 1 ETP CACQ, plutôt que le 0,5 ETP prévu, afin de les aider à atteindre la cible de 6 000 inscriptions pondérées.

Ce soutien est conditionnel à l'inscription d'un nombre minimal de patients pondérés par année qui sera établi par le Comité d'intégration et de suivi du cadre de gestion GMF-U (CIS GMF-U), mais qui devrait être minimalement de 1 000.

Cette mesure de soutien prend fin dès lors que le GMF-U atteint la cible de 6 000 inscriptions pondérées ou si le GMF-U n'inscrit pas le nombre minimal de patients pondérés par année attendu.

Dans le cas des GMF-U qui accueillent moins de 6 R1, ce soutien s'ajoute à celui prévu dans leur situation jusqu'à ce que ces derniers respectent le ratio d'inscriptions pondérées prévues selon le nombre de résidents et de médecins enseignants présenté dans le tableau 1.

## **5.3. GMF-U en démarrage**

Tout nouveau GMF-U se verra octroyer son budget comme suit :

- Pour l'an 1 de son fonctionnement, il recevra le budget correspondant aux inscriptions pondérées attendues selon le nombre de R1 reçus. Autrement dit, un GMF-U qui aurait une capacité à terme de 6 R1 recevrait la moitié du budget prévu pour 6 R1.
- Pour l'an 2 et les années suivantes de son fonctionnement, il recevra la totalité du budget prévu selon le nombre de résidents accueillis si la cible de l'année précédente est atteinte. Autrement dit, un GMF-U qui aurait une capacité de 6 R1 recevrait la totalité du budget prévu pour 6 R1, pourvu qu'il ait inscrit le nombre de patients attendu au terme de la première année. À défaut, le financement est maintenu au niveau de l'an 1 jusqu'à l'atteinte de cette cible. Le financement complet prévu pour le nombre de R1 à terme est alloué à compter de l'atteinte de la cible d'inscriptions pondérées correspondant à ce nombre.

Cette mesure s'appliquera aux nouveaux GMF-U qui seront créés à compter de l'application de ce cadre de gestion, le 1<sup>er</sup> avril 2017.

## **6. Transition vers les nouveaux paramètres**

### **6.1. Comité d'intégration et de suivi du cadre de gestion (CIS GMF-U)**

Depuis l'adoption du cadre de gestion GMF-U, le MSSS est entré dans une phase de soutien à la transition du modèle historique vers celui souhaité. Concrètement, la gestion du changement et la transformation organisationnelle requise ne pourront se faire sans un effort synergique des principaux partenaires impliqués.

À cet effet, les universités, les médecins enseignants, les établissements, les associations médicales et d'autres partenaires ont été sollicités afin de constituer ce groupe stratégique de soutien à la transformation, le CIS GMF-U. Ce dernier se réunit depuis le 11 mars 2015 dans le but de planifier et de mettre en œuvre la phase de transition ainsi que d'assurer le suivi de l'implantation de ce cadre.

## **6.2. Modalités de transition**

### **6.2.1. Modalités générales**

*Appellation.* Depuis l'adoption du cadre par le ministre, les UMF actuellement GMF sont désignées GMF-U; les autres le seront au moment de leur accréditation GMF. Dans tous les cas, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 l'appellation UMF sera remplacée par celle de GMF-U, que le milieu ait ou non adhéré au Programme GMF.

*Financement.* À compter du 1<sup>er</sup> avril 2017, tous les GMF-U seront financés selon les paramètres du cadre. Les établissements conserveront néanmoins la liberté d'ajouter des ressources professionnelles ou financières supplémentaires s'ils l'estiment nécessaire pour répondre à leur mission de responsabilité populationnelle.

### **6.2.2. Modalités particulières**

Au-delà des cheminements particuliers prévus à la section 5, certains GMF-U pourraient profiter de modalités de transition exceptionnelles si des écarts majeurs entre les ressources humaines en place avant et après la mise en application du présent cadre de gestion s'avéraient. Ces GMF-U seront identifiés par le MSSS. Le plan de transition particulier (PTP) qui leur sera proposé sera établi en concertation avec le CIS GMF-U et conformément aux disponibilités budgétaires.

Le PTP devra inclure :

- Un engagement du GMF-U à atteindre un nombre d'inscriptions pondérées minimal pour pouvoir profiter du plan;
- Un engagement du GMF-U à accroître annuellement ses inscriptions pondérées jusqu'à la cible convenue, cohérente avec les effectifs médicaux en place et avec la capacité d'accueil du GMF-U;
- Un financement bonifié correspondant au niveau supérieur à celui atteint conformément aux inscriptions pondérées actuelles, jusqu'à l'atteinte effective des inscriptions pondérées de ce niveau supérieur.

En cas de non-respect des engagements, le PTP est suspendu et le financement corrigé, en conformité avec les balises du présent cadre, à la hauteur des inscriptions pondérées effectives.

Dans tous les cas, seule la portion de financement GMF-U, excluant le Programme GMF, peut profiter d'un PTP.

**Annexe 1 : Guide d'intégration du conseiller en amélioration continue de la qualité**

## Guide d'intégration du personnel en GMF-U

# Conseiller ou conseillère en amélioration continue de la qualité

LES BESOINS ET LA STRUCTURE DE POSTE REQUISE DOIVENT ÊTRE CONVENUS ENTRE LE COGESTIONNAIRE ADMINISTRATIF DU GMF-U ET LE CI(U)SSS CONFORMÉMENT À LA NOMENCLATURE DES TITRES D'EMPLOI, DES LIBELLÉS, DES TAUX ET DES ÉCHELLES DE SALAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

### Activités en GMF-U

La personne titulaire du poste assume des fonctions liées principalement à la mise en place d'une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein des GMF-U. À cet égard, elle assure la réalisation continue d'activités de promotion, de prévention, d'analyse et de recherche de solutions dans un objectif d'assurer la sécurité des usagers et d'amélioration continue de la qualité des soins et services. Pour assumer ses responsabilités, le conseiller ou la conseillère en amélioration continue de la qualité propose des orientations au personnel du GMF-U. Une dyade composée du directeur du GMF-U et du cogestionnaire administratif convient des activités qu'elle doit réaliser.

Afin d'améliorer les pratiques cliniques du GMF-U et ses services rendus à la population, le titulaire effectue les tâches suivantes :

- Participe à l'application des orientations de l'établissement d'appartenance du GMF-U en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques;
- S'assure du suivi et de la mise à jour des plans d'action élaborés quant à l'amélioration de la qualité des pratiques cliniques, professionnelles et administratives et à la gestion des risques;
- Informe, accompagne et mobilise les gestionnaires et l'équipe du GMF-U dans leurs activités d'amélioration de la prestation des soins et services et de gestion des risques;
- Promeut et participe à la mise en place des activités et des stratégies entourant l'amélioration continue et la sécurité des soins et des services et s'assure des suivis et de la mise en place des mesures correctives;
- Développe des indicateurs de la gestion de la qualité et assure le suivi ainsi que la pérennité de l'implantation du tableau de bord;
- Surveille l'émergence des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles, transmet aux membres de l'équipe du GMF-U les informations qui leur sont relatives et facilite leur implantation;
- Facilite la coordination des volets clinique, pédagogique et recherche du GMF-U;
- Soutient les chercheurs dans la réalisation de projets de recherche;
- Soutient l'érudition et le professionnalisme des apprenants en les sensibilisant à l'amélioration de la qualité;
- Soutient l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire du GMF-U dans la gestion des changements;
- Introduit et soutient l'utilisation de l'Accès adapté dans le GMF-U;
- Introduit et soutient l'utilisation du dossier médical électronique dans le GMF-U.

### Profil de compétences :

Compétences essentielles :

- Diplôme universitaire dans une discipline appropriée;
- Compétences en gestion de la qualité et de la sécurité des soins;
- Compétences en gestion du changement;
- Compétences informatiques générales;
- Esprit systématique et rigueur;
- Bonne organisation de son travail;
- Habiletés de communication écrite et orale;
- Capacité à travailler en équipe et avec des médecins;
- Souplesse et consensualité.

Peuvent s'ajouter, selon les besoins ciblés par le GMF-U :

- Diplôme de 2<sup>e</sup> cycle universitaire dans une discipline appropriée;
- Expérience professionnelle pertinente en recherche;
- Expérience professionnelle pertinente en coordination d'équipe;
- Compétences dans l'utilisation des outils de la qualité (LEAN, Six Sigma, audit, etc.);
- Compétences informatiques spécifiques, notamment en gestion et en rétrocession de données;
- Capacité à gérer un projet et ses acteurs;
- Connaissance du secteur de la santé et de services sociaux, en particulier des GMF-U;
- Capacité à interagir avec des patients;
- Compréhension des rôles des membres d'une équipe multidisciplinaire.

## **Règles générales de dotation d'un poste ou d'affectation temporaire (remplacement) du personnel qui travaille en GMF-U (UMF)**

Voici quelques éléments importants à retenir relativement au processus de dotation d'un poste vacant ou d'un remplacement :

- le cadre intermédiaire du CI(U)SSS est responsable du processus de dotation ou d'affectation temporaire;
- le directeur médical est appelé à collaborer à différentes étapes du processus de dotation ou d'affectation temporaire, notamment pour :
  - la définition du besoin;
  - l'établissement du profil de compétences requises;
  - l'élaboration de la description de tâches;
  - la détermination des exigences du poste;
  - la sélection s'il y a lieu (ex. : entrevue);
  - l'accueil, l'orientation et l'intégration dans le GMF-U;
  - l'appréciation en période de probation;
  - l'appréciation de la contribution annuelle;
- le directeur médical a la responsabilité d'élaborer et faire connaître à ce personnel les politiques et procédures du CLSC/GMF-U (UMF);
- ce personnel est syndiqué et soumis à la convention collective en vigueur.

**Annexe 2 : Balises des effectifs médicaux en GMF-U**

**Comité spécial de la Table de concertation permanente sur la  
planification de l'effectif médical au Québec et sur le  
développement des capacités d'accueil en médecine de famille**

**Proposition de balises visant l'adéquation des effectifs médicaux  
professoraux avec les livrables cliniques et académiques en milieu de  
formation d'apprenants GMF-U et UMF**

– Septembre 2016 –



## Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris, en décembre 2013, de revoir en profondeur le mode de gestion de l'organisation et du financement des unités de médecine familiale (UMF) afin d'assurer un soutien :

- professionnel et administratif adéquat;
- financier équitable entre les UMF;
- pertinent et conforme aux normes d'agrément des programmes de formation;
- favorisant l'exemplarité des UMF comme modèle d'organisation de services en première ligne.

En ce sens, un rapprochement des UMF avec le modèle d'organisation des groupes de médecine de famille (GMF) était impératif. Ces objectifs ont conduit à l'adoption d'un premier cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) par le MSSS en janvier 2015. Ce cadre de gestion balise l'organisation de services et le financement des UMF en prévoyant leur migration au modèle GMF-U d'ici avril 2017.

Par ailleurs, cet exercice s'inscrit également dans un contexte de besoins grandissants en place de formation pour les futurs médecins de famille qui constitueront 55 % des finissants en 2017 (soit entre 493 et 506 postes offerts), contre 45 % (soit 408 postes) en 2013. De plus, la transformation du modèle de formation favorisant « l'horizontalisation » des stages, le nombre croissant d'apprenants en difficulté ainsi que l'exposition précoce et accrue à la médecine de famille pour les étudiants en médecine et la formation d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL) créent une pression supplémentaire sur les milieux de formation.

Afin de s'assurer de répondre avec efficacité à ces enjeux, il apparaît essentiel de préciser un ensemble de paramètres à partir desquels une saine gestion, propice à assurer des services cliniques et de formation exemplaires, saura s'opérer. Parmi ces paramètres, celui portant sur le nombre d'inscrits et de médecins attendus par place de résidents en GMF-U/UMF revêt une importance cruciale au regard de la gestion des effectifs médicaux.

Le présent document vise ainsi à :

1. Baliser les cibles d'inscriptions de patients pour les médecins enseignants en GMF-U/UMF, tout en tenant compte des spécificités de chaque groupe et des différents profils de pratique qui y prévalent.
2. Modéliser la priorisation des recrutements médicaux pour répondre aux besoins cliniques et académiques dans ces milieux de formation.

Cette proposition poursuit l'adéquation entre les effectifs médicaux en GMF-U/UMF et les livrables cliniques et universitaires ainsi que l'atteinte des quatre objectifs suivants :

- Assurer les services à une population conformément au modèle GMF, incluant la continuité des soins et l'accès en temps opportun, tout en favorisant l'assiduité de la clientèle;
- Assurer la supervision clinique des résidents et autres apprenants prévus dans le milieu concerné;
- Favoriser le nombre optimal de médecins qui assurent le suivi de leur clientèle sur place, tout en tenant compte du contexte régional et local;
- Revoir le temps consacré aux fonctions non cliniques, en GMF-U/UMF ou hors GMF-U/UMF, assurées par certains médecins du groupe.

Ainsi, ce document de travail propose des balises pour l'ensemble des GMF-U/UMF du Québec, tout en confiant aux départements universitaires de médecine de famille et aux équipes en GMF-U/UMF la gestion interne quant aux responsabilités de chacun de ses membres.

## **1. Éléments de contexte**

### **1.1. Imputabilité de groupe et imputabilité réseau**

Les médecins enseignants en GMF-U/UMF constituent un groupe qui assure en partenariat un certain nombre de responsabilités cliniques et universitaires, et ce, en pourcentage variable selon le nombre d'apprenants, les régions, les besoins et les implications individuelles.

Ce partenariat et cette organisation en groupe impliquent une imputabilité collective, permettant que soient réalisées les différentes tâches par l'ensemble des membres du groupe. Ils permettent aussi de réduire les risques de « bris de service » cliniques et universitaires malgré les fluctuations prévisibles du nombre d'individus présents avec le temps (maladie, maternité, départ, retraite, etc.).

Advenant des fluctuations, même importantes, du nombre de résidents et autres apprenants, le groupe de médecins enseignants est responsable du maintien de l'offre de services cliniques offerte aux patients inscrits dans le GMF-U/UMF.

### **1.2. Supervision clinique des apprenants**

La responsabilité d'un GMF-U étant de faire vivre à ses étudiants l'interdisciplinarité et le travail de collaboration, la supervision clinique des apprenants (résidents, stagiaires IPS-PL, étudiants du préclinique et externes) doit être assumée par tous les membres du groupe sans égard au type d'apprenant ou à la performance clinique pressentie par un apprenant ou un

autre. Certains apprenants ont une meilleure productivité clinique que d'autres, dont la supervision a pour effet de faire diminuer la productivité clinique (ex. : résidents en difficulté, supervision directe 1 :1, stagiaires avec moins d'expérience clinique, etc.).

En GMF-U/UMF, des consultations auprès de médecins enseignants de différents milieux permettent d'estimer que la supervision clinique des apprenants se traduit, en moyenne, par un débit clinique inférieur à celui réalisé lorsque le médecin effectue sa clinique seul et implique des suivis médico-administratifs spécifiques à cette supervision (révision des dossiers des apprenants, laboratoires, etc.). Le point 2.2. propose une pondération à cet égard.

### **1.3. ETP « type » médecin enseignant**

Afin de déterminer les cibles d'inscription de patients pour les médecins de famille enseignants en GMF-U/UMF, on considère qu'un équivalent temps plein (ETP) médecin au Québec, en bureau, assure la continuité des soins à 1 500 patients inscrits pondérés, pour 42 semaines de travail/an, 36 heures/semaine.

- *Précision : les facteurs de pondération permettent l'ajustement du nombre d'inscriptions en tenant compte de la complexité et du temps requis pour effectuer certains types de pratiques. Les éléments de pondération appliqués en GMF et en GMF-U/UMF sont les suivants, conformément au Programme de financement et de soutien professionnel GMF :*
  - *certains patients vulnérables (1 patient vulnérable = 2 inscriptions);*
  - *les accouchements (1 accouchement = 3 inscriptions);*
  - *les suivis de grossesse (1 patiente en suivi de grossesse = 3 inscriptions);*
  - *les patients défavorisés (1 patient défavorisé = 2 inscriptions);*
  - *les patients avec des besoins complexes, en perte d'autonomie sévère et suivis à domicile (1 patient avec besoins complexes = 12 inscriptions).*

De nombreux échanges avec des médecins enseignants et des apprenants permettent de considérer qu'un ETP « type » en GMF-U/UMF favorisant la polyvalence, l'expertise et l'exemplarité devrait avoisiner :

- 1/3 de temps en suivi de ses patients;
- 1/3 de temps en supervision d'apprenants qui suivent des patients inscrits au nom des médecins du groupe;
- 1/3 de temps en activités hospitalières (obstétrique, urgence, patients admis), en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en programmes (santé mentale, jeunesse, famille-enfance...) ou en activités académiques (recherche et pédagogie).

Ceci implique qu'en moyenne, dans un GMF-U/UMF, chaque médecin devrait suivre un nombre défini de patients inscrits pondérés, que ceux-ci soient suivis par lui-même ou par les apprenants qu'il supervise.

## **1.4. Intégration des différentes fonctions des membres**

Le modèle doit intégrer les différentes tâches susceptibles d'être assumées, en proportion variable selon les milieux et les individus, par les médecins d'un GMF-U/UMF. Ces tâches, telles que mentionnées au point 1.3., sont les suivantes :

- La responsabilité clinique et clinico-administrative en suivi de patients au GMF-U/UMF;
- Les responsabilités académiques intra-GMF-U/UMF (direction, direction pédagogique, préparation de cours et enseignement théorique formel, supervision, etc.);
- Les autres responsabilités cliniques (par exemple en milieu hospitalier, parfois avec de la supervision clinique);
- Les responsabilités académiques extra-GMF-U/UMF (départementales, facultaires, universitaires) ou autres.

## **2. Recommandations spécifiques aux particularités de la pratique**

### **2.1. Profils types des médecins en GMF-U/UMF**

Bien que la diversité des profils de pratique constitue davantage un continuum que de réelles sous-catégories, on distingue trois profils types de pratique chez les médecins enseignants en GMF-U/UMF aux fins du présent calcul. Le profil d'un médecin peut évoluer au cours de sa carrière.

#### **2.1.1. Profil A « médecin enseignant : majeure GMF-U »**

Dans ce profil, les médecins consacrent au moins 2/3 de leur temps tel que défini au point 1.3., soit 24 heures/semaine ou plus, en services directs aux patients inscrits en GMF-U/UMF, incluant la supervision clinique.

Ce profil devrait être le plus prévalent dans les GMF-U/UMF, approchant 80 % dans la plupart. Cependant, certains GMF-U/UMF, à proximité de la Faculté de médecine ou en site délocalisé, compteront un pourcentage plus important de Profil B.

#### **2.1.2. Profil B « médecin enseignant : mineure GMF-U »**

Dans ce profil, les médecins consacrent entre 1/3 et 2/3 de leur temps, soit entre 12 heures et 24 heures/semaine, en services directs aux patients inscrits en GMF-U/UMF, incluant la supervision clinique.

Les autres fonctions généralement assumées par ces médecins peuvent être :

- Des responsabilités ou des mandats de gestion académique reliés à une direction universitaire, facultaire, départementale ou de programme ou des fonctions majeures non cliniques et hors université : Direction des services professionnels (DSP) d'un

établissement, MSSS, Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), Collège québécois des médecins de famille (CQMF), Collège des médecins du Québec (CMQ), etc.;

- De l'enseignement d'intensité facultaire supérieure (implication majeure au prédoctoral, formation professorale, etc.);
- De la recherche (cliniciens-chercheurs, etc.);
- Des tâches cliniques hors GMF-U/UMF en proportion plus importante (tâches hospitalières d'intensité supérieure, appartenance principale à un autre GMF de la région, etc.);
- Des fonctions cumulatives et/ou non prévues ci-haut.

NOTE : pour un médecin donné, la reconnaissance en temps qui est associée aux différentes fonctions autres que GMF-U/UMF est attestée par les personnes en autorité, notamment les doyens des facultés de médecine (ou leur représentant) pour les fonctions de nature universitaire et le MSSS pour les fonctions de nature clinique.

### **2.1.3. Profil C « médecin enseignant occasionnel »**

Dans ce profil, les médecins consacrent moins de 1/3 de leur temps, soit moins de 12 heures/semaine, en services directs aux patients inscrits en GMF-U/UMF, incluant la supervision clinique.

On distingue ici deux situations prévalentes :

1. Des médecins enseignants avec fonctions majeures autres que cliniques, telles que décrites au Profil B, mais qui demandent plus de 24 heures/semaine. Ces médecins consacrent donc moins de 12 h/semaine en soins cliniques directs aux patients en GMF-U/UMF. Les fonctions susceptibles de correspondre au Profil C sont :
  - De la gestion académique reliée à une direction universitaire, facultaire, départementale ou de programme (doyen, vice-doyen, directeur de département, directeur de programme, etc.) ou des fonctions majeures non cliniques et hors université (DSP, MSSS, CMFC, CQMF, CMQ, etc.);
  - De l'enseignement d'intensité facultaire supérieure (implication majeure au prédoctoral, formation professorale, etc.);
  - Des fonctions cumulatives décrites au Profil B et/ou non prévues ci-haut.
2. Des médecins enseignants avec majeure clinique hors GMF-U/UMF. Ces médecins exercent certaines responsabilités ciblées dans le GMF-U/UMF, pour compléter ou consolider l'offre de service clinique et universitaire, par exemple : en apportant une expertise spécifique aux fins de l'enseignement, et/ou en consolidant le groupe de

superviseurs, que ce soit de façon ponctuelle ou à plus long terme. Leur principal lieu de pratique clinique est hors GMF-U/UMF. Ils n'ont généralement que peu ou pas de patients inscrits à leur nom dans le GMF-U/UMF, mais apportent une perspective professionnelle différente et enrichissante pour les apprenants du GMF-U/UMF. Au fur et à mesure qu'un GMF-U/UMF se développe et compte suffisamment d'effectifs professoraux qui suivent leur clientèle et enseignent sur place, la proportion de médecins avec ce profil peut diminuer.

## **2.2. Pondération générale du débit en clinique**

Compte-tenu de l'effet de la supervision sur la prestation clinique du médecin enseignant, on reconnaît une pondération à la baisse de 10 % des patients inscrits pondérés attendus pour le temps consacré à cette activité. Cette pondération reflète la baisse moyenne du débit clinique avec des apprenants en difficulté et l'ajout de suivis clinico-administratifs reliés à la supervision clinique.

Cette baisse de productivité s'applique sur le temps qui est consacré à la supervision clinique. Ainsi, pour un médecin de Profil A, qui consacre 1/3 de son temps en supervision d'apprenants, cette baisse de productivité représente 50 patients inscrits pondérés.

## **2.3. Activités pédagogiques en GMF-U/UMF**

Étant donné que les activités d'un médecin en GMF-U/UMF ne se limitent pas à la supervision (préparation et dispensation de cours, réunions d'évaluation, rencontres individuelles des apprenants, comités UMF, départementaux et universitaires, etc.), des heures de travail liées à des activités pédagogiques diverses (enseignement programmé, réunions pédagogiques ou organisationnelles, etc.) sont reconnues. Le nombre d'heures reconnues dépend du profil du médecin :

- Pour un médecin de Profil A : 8 h/semaine, soit 330 patients inscrits pondérés;
- Pour un médecin de Profil B : 4 h/semaine, soit 165 patients inscrits pondérés.

Comme ces activités sont de nature pédagogique, il apparaît cohérent de réduire en conséquence les inscriptions attendues des médecins enseignants.

## **3. Modèle de calcul des cibles d'inscriptions de patients pour un groupe de médecins enseignants de GMF-U/UMF**

Ce modèle vise à adapter à la réalité de la pratique en GMF-U/UMF le postulat général selon lequel un ETP médecin équivaut à 1 500 patients inscrits pondérés. Les facteurs de pondération permettent l'ajustement du nombre d'inscriptions en tenant compte de la complexité et du temps requis pour effectuer certains types de pratiques.

### **3.1. Cible minimale d'inscriptions pour un groupe de médecins enseignants de GMF-U/UMF**

Pour établir la cible minimale d'inscriptions d'un groupe de médecins enseignants en GMF-U/UMF, on fait la somme des moyennes attendues de patients inscrits pondérés des ETP médecins enseignants avec Profil A et de ceux avec Profil B. Les patients suivis par les différents apprenants en stage sont inclus dans les patientèles des médecins enseignants.

#### **3.1.1. Inscriptions pondérées des médecins avec Profil A**

Le nombre de patients inscrits pondérés suivis par ces médecins est déterminé comme suit, en considération des énoncés précédents :

- 2/3 du temps est réalisé en suivi de patients et en supervision en GMF-U/UMF (généralement en proportion égale), ce qui correspond à 1 000 patients inscrits pondérés (500 + 500);
- La supervision introduit une pondération de 10 % du débit pour le temps consacré à cette activité (voir point 2.2.). Ceci correspond donc à un ajustement à hauteur de 50 patients inscrits pondérés (10 % x 500);
- 8 heures/semaine sont consacrées à des activités pédagogiques (voir point 2.3.). Conformément à l'ETP de 1 500 patients inscrits pondérés, ces 8 heures équivalent à 330 patients inscrits pondérés.
- Ainsi, un médecin avec Profil A suit en moyenne **620 patients inscrits pondérés** (1 000 – 50 – 330). Il est encouragé à en inscrire davantage si cela est possible.

Tout médecin avec le Profil A qui ne suivrait pas le nombre attendu de patients inscrits pondérés devrait raisonnablement atteindre ce chiffre en ajoutant au moins **250 patients inscrits pondérés** par année.

#### **3.1.2. Inscriptions pondérées des médecins avec Profil B**

Le nombre de patients inscrits pondérés suivis par ces médecins est déterminé comme suit, en considération des énoncés précédents :

- Au moins 1/3 du temps est réalisé en suivi de patients et en supervision en GMF-U/UMF, ce qui correspond à 500 patients inscrits pondérés;
- La supervision introduit une pondération de 10 % du débit pour le temps consacré à cette activité (voir point 2.2.). Ceci correspond donc à un ajustement à hauteur de 25 patients inscrits pondérés (10 % x 250);
- 4 heures/semaine sont consacrées à des activités pédagogiques (voir point 2.3.). Conformément à l'ETP de 1 500 patients inscrits pondérés, ces 4 heures équivalent à 165 patients inscrits pondérés.

- Ainsi, un médecin avec Profil B suit au minimum **310 patients inscrits pondérés** (500 – 25 – 165).

Tout médecin avec le Profil B qui ne suivrait pas le nombre attendu de patients inscrits pondérés devrait raisonnablement atteindre ce chiffre en ajoutant au moins **125 patients inscrits pondérés** par année.

## **3.2. Considérations particulières et précisions**

### **3.2.1. Médecins enseignants : profils, croissance et décroissance de la patientèle**

Tous les médecins sont présumés avoir un Profil A jusqu'à preuve du contraire. Sur attestation par les autorités compétentes (universitaires, gouvernementales ou associatives), les inscriptions pondérées attendues sont ajustées lorsqu'il est reconnu à un médecin un Profil B ou C.

Certaines fonctions majeures de gestion du GMF-U/UMF peuvent correspondre au Profil A ou au Profil B, en fonction du profil global de pratique (ex. : directeur du GMF-U, directeur adjoint). Si des fonctions hors GMF-U/UMF cumulatives le justifient, cela pourrait même, de façon exceptionnelle, constituer un Profil C.

Les médecins n'ayant pas encore atteint le nombre minimal attendu de patients pondérés inscrits à leur nom en fonction de leur profil, incluant les nouveaux médecins intégrant le GMF-U/UMF ainsi que les médecins changeant de profil professionnel vers le Profil B ou A, devraient inscrire au moins 125 à 250 patients pondérés/an, jusqu'à atteinte de la cible qui leur a été confiée à l'intérieur du groupe, en fonction de leur profil (A ou B).

### **3.2.2. Patientèle**

Lorsqu'un groupe a déjà atteint ses cibles de patients inscrits pondérés et un taux d'assiduité de 80 % pour ces inscrits, celui-ci est invité à accroître sa patientèle, si cela est possible, afin de contribuer à l'offre de services régionale et de bénéficier de plus de ressources.

Dans le cas contraire, le groupe détermine un plan d'action avec le département universitaire de médecine de famille et le centre intégré de Santé et de Services sociaux (CIUSSS) ou le centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux (CIUSSS), incluant des cibles transitoires et des échéanciers lui permettant d'atteindre ses cibles.



## 4. Modèle pour assurer l'adéquation des recrutements de main-d'œuvre médicale avec les activités attendues cliniques et universitaires en GMF-U/UMF

### 4.1. Présentation générale du modèle

Le présent modèle vise à permettre, sur une base annuelle, les recrutements essentiels au sein des groupes de médecins cliniciens-enseignants dans les GMF-U/UMF du Québec, afin qu'ils réalisent leurs missions académiques et cliniques. Son objectif est d'assurer la présence des effectifs médicaux professoraux nécessaires pour l'enseignement clinique et formel auprès des différents apprenants en stage dans le GMF-U/UMF.

Dans le processus d'octroi annuel des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) au Québec, ce modèle priorise de façon transparente et équitable le recrutement d'effectifs en GMF-U/UMF, notamment celui de nouveaux facturants. Il remplace le processus d'élaboration des plans d'effectifs médicaux universitaires en vigueur jusqu'en 2016.

Les trois conditions pour réaliser le recrutement d'un médecin de famille en GMF-U/UMF sont :

- 1- un ou des **besoins** reconnus dans le GMF-U/UMF conformément aux balises du présent document et du cadre de gestion GMF-U;
- 2- une **candidature** répondant au profil recherché, recommandée par le chef du département universitaire concerné au chef de DRMG concerné;
- 3- la disponibilité d'un **poste au PREM** concerné pour ce besoin.

Dans le cas où ces trois conditions sont respectées, le recrutement en GMF-U/UMF est alors priorisé par le ministre.

### 4.2. Exemples de groupes de médecins enseignants en GMF-U/UMF

Dans cette section, deux types de groupes de médecins enseignants en GMF-U/UMF théoriques sont proposés à titre d'exemple, selon deux proportions différentes de médecins de Profil A et de Profil B.

Dans tous les cas, jusqu'à deux ETP médecins par GMF-U/UMF sont reconnus d'office comme ayant un Profil B, permettant d'assumer des tâches reliées à la direction du groupe, notamment :

- le directeur du GMF-U;
- l'adjoint pédagogique du GMF-U;
- l'adjoint clinique du GMF-U.

De plus, il est entendu que, de façon générale, chaque GMF-U/UMF devrait viser à avoir comme objectif 1 000 patients inscrits pondérés pour chaque poste de R1 affiché au CaRMS.

#### 4.2.1. Groupe exemple n° 1 : 80 % de Profil A et 20 % de Profil B

Le groupe idéal théorique comprend environ 80 % de médecins qui ont le Profil A et 20 % de médecins qui ont le Profil B.

Le nombre de médecins et d'inscriptions attendues selon le nombre de places de résidence offertes est alors :

Exemple de nombre de résidents	Cible d'inscriptions pondérées	Nombre attendu de médecins enseignants de Profil A	Nombre attendu de médecins enseignants de Profil B	Inscriptions pondérées moyennes
6 R1	6 000	9	2	6 200
12 R1	12 000	18	4	12 400

À ce groupe de base s'ajoute 1 ETP médecin enseignant par 4 apprenants (externes, IPS-PL, stages CMQ, etc.), présumé de Profil A (ou 2 ETP médecins enseignants de profil B). Cet ajout permet de prendre en considération la charge de travail supplémentaire pour le groupe engendrée par l'accueil de ces stagiaires.

#### 4.2.2. Groupe exemple n° 2 : 60 % de Profil A et 40 % de Profil B

Cet exemple de groupe alternatif théorique comprend environ 60 % de médecins qui ont le Profil A et 40 % de médecins qui ont le Profil B.

Le nombre de médecins et d'inscriptions attendues selon le nombre de places de résidence offertes est alors :

Exemple de nombre de résidents	Cible d'inscriptions pondérées	Nb attendu de médecins enseignants de Profil A	Nb attendu de médecins enseignants de Profil B	Inscriptions pondérées moyennes
6 R1	6 000	7,5	4,5	6 045
12 R1	12 000	15	9	12 090

À ce groupe de base s'ajoute 1 ETP médecin enseignant par 4 apprenants (externes, IPS-PL, stages CMQ, etc.), présumé de Profil A (ou 2 ETP médecins enseignants de Profil B). Cet ajout permet de prendre en considération la charge de travail supplémentaire pour le groupe engendrée par l'accueil de ces stagiaires.

### **4.3. Application du modèle à l'octroi de postes**

Dans le cas où le nombre de médecins enseignants est différent de celui attendu :

- S'il est supérieur au minimum attendu, il devrait y avoir entre 310 et 620 patients pondérés supplémentaires pour chaque médecin additionnel, selon leur profil;
- S'il est inférieur au minimum attendu, le recrutement dans ce milieu se verra accorder une priorité absolue par le DRMG (avec la participation des départements universitaires de médecine de famille) jusqu'à l'atteinte de ce minimum. La situation sera analysée à la lumière de l'adéquation entre le nombre d'inscrits pondérés réels et le nombre d'inscrits pondérés attendus pour le nombre de médecins enseignants déjà en place, ou de la croissance en cours de la patientèle du groupe.

Dans certaines situations exceptionnelles, des postes avec majeure universitaire pourront être rendus disponibles. Les objectifs, les profils et les modalités d'octroi de ce type de poste par réseau universitaire seront à convenir. Dans tous les cas, il s'agira de postes additionnels, à l'extérieur du processus décrit dans le présent document.

### **Annexe 3 : Équipements nécessaires en GMF-U**

# **ÉQUIPEMENTS NÉCESSAIRES EN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE (GMF-U)**

**Comité d'intégration et de suivi du Cadre de gestion  
GMF-U**

**Travaux du Sous-comité Immobilisations et équipements**

**Décembre 2015**

## PRÉCISIONS

Le présent document établit, selon le type de salle, des listes de mobilier, de matériel médical et de matériel informatique jugés nécessaires en groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U). Il s'agit donc du minimum commun qui devrait se trouver dans tous les GMF-U.

Toute demande d'équipements qui ne se trouveraient pas dans ce document devrait faire l'objet d'une justification et d'une analyse.

### 1. ZONE EN SCÈNE

#### 1.1. Salles d'examen

*Précisions : salles prévues pour les médecins, apprenants en médecine, infirmières cliniciennes, infirmières auxiliaires et IPS-PL (incluant leurs stagiaires). Seuls les équipements qui devraient se trouver dans toutes les salles d'examen sont présentés dans le tableau ci-dessous. Une liste complémentaire de matériel médical est présentée à la section 2.3.3. (Réserve de matériel médical).*

Mobilier	Matériel médical	Matériel informatique
Petit bureau (avec ou sans tiroir)	Bac à seringues souillées	Ordinateur
Chaise à roulette	Boîte de masques (avec support mural)	Écran
Chaises pour visiteurs (2)	Banc à roulettes ajustable pour examen gynécologique	Clavier/Souris
Distributeur de savon	Lampe gynéco ou speculum avec lumière pour examen gynécologique	Téléphone IP
Distributeur de papier	Ensemble de diagnostic mural (ophtalmo, otoscope)	Système de caméra et d'enregistrement
Distributeur de crème à mains	Distributeur de spéculum	Micro
Distributeur de gel antimicrobien	Cache-œil	Câble HDMI
Table d'examen (1 table électrique avec « pelvic-tilt » dans l'UMF)	Pneumo-otoscope mural <u>ou</u> pneumo-oto-ophtalmoscope mural <u>ou</u> pneumo-oto-ophtalmoscope-tensiomètre mural	Imprimante (prescriptions et étiquettes)
Lavabo avec robinet sans contact	Marteau réflexe	Multiprises
Comptoir/meuble pour déposer plateau à pose de stérilet et autres petits instruments si la table d'examen n'est pas proche du lavabo	Diapasons	Système de bouton panique (sur le téléphone ou ailleurs)
Grosse poubelle fermée	Monofilaments	DPE, DCI et DSQ
Bac à recyclage	Speculum rectal	Application DME web pour le GMF-U
Support à boîte à gants triple	Speculum vaginal	Marqueurs de temps d'attente
Support mural à bac à seringues souillées		
Barre d'appui table d'examen		
Meuble pour pèse-bébé (si besoin spécifique)		
Support à rideau et rideau		
Rehausseur (petit banc)		
Armoire fermée (idéalement vitrée)		

## 1.2. Bureaux de consultation

*Précisions : salles prévues pour les autres professionnels de la santé.*

Mobilier	Matériel informatique
Bureau (petit) Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Distributeur à gel antimicrobien Poubelle Bac à recyclage	Ordinateur Écran Clavier/Souris Imprimante Téléphone IP Câble HDMI Multiprises Système de caméra et d'enregistrement et micro (si pertinent) Système de bouton panique (sur le téléphone ou ailleurs)

## 1.3. Salle de traitement et de chirurgie mineure

*Précisions : une liste complémentaire de matériels médicaux qui pourraient être utilisés dans la salle de traitement et de chirurgie mineure est présentée à la section 2.3.3. (Réserve de matériel médical).*

Mobilier	Matériel médical	Matériel informatique
Table de chirurgie mineure électrique Petit bureau Lampe de chirurgie mineure (plafond) Table hauteur ajustable pour instruments ou plateau roulant pour instruments chirurgicaux Chaise à roulettes Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Bac à recyclage Grand comptoir Grand lavabo sans contact Distributeur à papier Distributeur à savon Distributeur de gel antimicrobien Support à boîte à gants triple Support mural pour bac à seringues souillées Armoires pour ranger le matériel Bac pour pose de stérilet	Table hauteur ajustable à plateau pour instruments en inox Bac à instruments souillés Bac à déchets biomédicaux Instruments de chirurgie mineure (pinces, manches à bistouri, gants, fils, champs, etc.) Matériel pour biopsie (punch) Cabaret de gynécologie Glacières pour spécimens Plateaux d'installation de stérilet/biopsie endomètre Électrocautère Petit galon à mesurer (CA et PC) Lampe pour spéculum Appareil à succion portatif Otoscope fixé au mur	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone IP Câble HDMI Multiprises Système de caméra et d'enregistrement et micro (si pertinent) Imprimante Étiqueteuse (s'il n'y en a pas une centralisée dans l'UMF)

#### 1.4. Réception/Accueil

Mobilier	Matériel informatique
Bureau modulaire ou comptoir Chaise à roulette Poubelle Bac à recyclage Déchiqueteuse Babillard(s) Pigeonnier Agrafeuse Armoire ou rangement pour formulaires et papeterie Vitrine au 2/3 ou jusqu'au plafond afin de protéger le personnel	Ordinateur(s) Écran(s) Clavier(s)/Souris Téléphone(s) Imprimante multifonctions (photocopieuse, numériseur) Numériseur DMÉ (1) Multiprises Casque d'écoute sans fil Adressographe (si lié au système informatique) Imprimante à étiquettes (si connectée au système informatique) Télévision grand écran (ou tableau blanc) Afficheur numérique pour enregistrement des patients

#### 1.5. Aire d'attente

##### 1.5.1. Salle d'attente

Mobilier	Matériel informatique
Fauteuils réguliers (avec ou sans accoudoirs) Stationnement fauteuils roulants Fauteuil pour personne obèse Babillard en liège Poste lavage des mains Distributeur papier Distributeur savon Fontaine Distributeur de verres Distributeur à gel antimicrobien Poubelles Présentoir à pamphlets Présentoir à revues	Système de son Télévision intelligente 60 po Téléphone-intercom Antenne sans fil segmentée Wi-Fi avec code patient Téléphone pour les patients

##### 1.5.2. Salle d'attente pour les enfants

Mobilier	Matériel informatique
Fauteuils réguliers Mobilier taille enfants	Télévision

##### 1.5.3. Salle d'allaitement

Mobilier
Table à langer Chaise berçante Lavabo Distributeur papier Distributeur savon Distributeur de gobelets Grande poubelle anti-odeurs



### 1.6. Toilettes pour usagers/handicapés

Mobilier	Matériel informatique
Distributeur à papier Distributeur à savon Grande poubelle Table à langer ou station à langer murale Barres d'appui	Système de bouton panique Système de verrouillage magnétique

## 2. ZONE HORS SCÈNE

### 2.1. Bureaux fermés

#### 2.1.1. Bureau du directeur médical

Mobilier	Matériel informatique
Bureau Table de discussion Bibliothèque Armoire ou étagère de rangement Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Babillard Bac à recyclage	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone Multiprises Imprimante*

#### 2.1.2. Bureau du cogestionnaire

Mobilier	Matériel informatique
Bureau Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Babillard Bac à recyclage Armoire ou étagère de rangement	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone Multiprises Imprimante*

#### 2.1.3. Bureau du médecin responsable du GMF

*Précisions : à titre indicatif seulement; ce matériel sera payé avec les sommes prévues par la subvention GMF.*

Mobilier	Matériel informatique
Bureau Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Babillard Bac à recyclage Armoire ou étagère de rangement	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone Multiprises Imprimante*

#### 2.1.4. Bureau de l'adjoint pédagogique

Mobilier	Matériel informatique
Bureau Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Babillard Bac à recyclage Armoire ou étagère de rangement	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone Multiprises Imprimante* Logiciel de gestion des horaires

### 2.1.5. Bureau du CACQ

Mobilier	Matériel informatique
Bureau Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Babillard Bac à recyclage Armoire ou étagère de rangement	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone Multiprises Imprimante* Logiciel de gestion de la qualité

### 2.1.6. Bureau du technicien en administration

Mobilier	Matériel informatique
Bureau Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Babillard Bac à recyclage Armoire ou étagère de rangement	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone Multiprises Imprimante* Voûte avec protection contre le feu et le vol

### 2.1.7. Bureau du secrétaire médical

Mobilier	Matériel informatique
Bureau Chaise à roulette Chaises pour visiteurs (2) Poubelle Babillard Bac à recyclage Armoire ou étagère de rangement (sur demande, si nécessaire)	Ordinateur Écran Clavier/Souris Téléphone Multiprises Imprimante*

\* Plutôt que de prévoir une petite imprimante individuelle par bureau, il peut être décidé de mettre une imprimante plus performante dans un espace commun.

## 2.2. Salles de groupe

### 2.2.1. Aire administrative de groupe

*Précisions : espace de travail commun pour tout clinicien, apprenant, professionnel, infirmière clinicienne, IPS-PL et infirmière auxiliaire.*

Mobilier	Matériel informatique
Bureaux (petits) Séparateurs sonores Chaises à roulette Poubelle Bac à recyclage	Ordinateurs Écrans Claviers/Souris Téléphones Multiprises Imprimante

### 2.2.2. Salle d'enseignement de groupe et de réunion

*Précisions : cette salle doit pouvoir se diviser en deux et sert également de salle de visioconférence.*

Mobilier	Matériel informatique
Table de conférence Chaises Tableau Armoire de rangement Entreposage pour le matériel didactique Étagère pour documentation Fauteuil de lecture Poubelle Bac à recyclage	Ordinateur(s) Écran(s) Clavier(s)/Souris Appareil de projection Toile de projection Tableau interactif Appareil de visioconférence Pieuvre Téléphone IP Console audio/vidéo Rallonges électriques Câble HDMI

### 2.2.3. Salle de supervision

*Précisions : salle prévue pour la supervision directe et la supervision indirecte.*

Mobilier	Matériel informatique
Bureaux ou tables Chaises à roulette Bibliothèque Classeur Étagère pour documentation Babillard Tableau Poubelle Bac à recyclage	Ordinateur(s) Écran(s) Clavier(s)/Souris Imprimante Multiprises Tableau magnétique interactif Téléphone IP Système d'enregistrement avec écouteurs Casque d'écoute sans fil Écrans Appareil de projection Toile de projection

## 2.3. Salles à utilisation médicale

### 2.3.1. Utilité propre

Mobilier	Matériel médical
Lavabo Distributeur papier Distributeur savon Grande poubelle Étagère en inox Chariot Réfrigérateur à médicaments Réfrigérateur à vaccins (si pertinent)	Matériel à pansement Matériel à infiltration Bac à aiguilles

### 2.3.2. Utilité souillée

Mobilier	Matériel médical
Aire/comptoir lavabo double inoxydable avec robinet douchette flexible Distributeur papier Grande poubelle Étagère en inox (module unibloc) Chariot Grands bacs pour le trempage des instruments	Bac à déchets biomédicaux Bac à aiguilles souillées, poche souillée Bac à stérilisation (si besoin)

### 2.3.3. Réserve de matériel médical

*Précisions : espace prévu pour contenir tout le matériel médical supplémentaire. Le matériel que l'on devrait trouver dans certaines salles de la zone en scène, mais pas toutes, y est inclus.*

Mobilier		
Étagères Poubelle Bac à recyclage Chariot basique pour le remplissage des salles		
Matériel informatique		
Plutôt que mettre des ordinateurs de bureau dans chaque salle, il peut être préféré d'opter pour des ordinateurs portables, en nombre moindre mais suffisant.		
Matériel médical		
Toise à mesurer Balance pour personne adulte Balance pour personne obèse Balance pour bébé Table de mesure pour bébé Thermomètre Jaquettes Serviettes Piqués Débarbouillettes Serviettes hygiéniques Couches Pistolet à azote pour verrues et thermos Chaise roulante Trousse visite à domicile Microscope Une ou deux tables d'examen hydrauliques	Défibrillateur externe automatisé Epipen Sphygmomanomètre Brassard L-XL-petit et pédiatrique Charte Snellen Petit plateau ORL Petit plateau ophtalmo Tonopen XL Lampe de Wood Moniteur de pression non invasif et SpO <sub>2</sub> Glucomètre et socle Infantomètre Débit expiratoire de pointe Plateau élémentaire à débit de pointe Moniteur fœtal (doptone)/Doppler Tête de doptone pour des indices tibiobrachiaux Moniteurs à signes vitaux (au moins deux ou un pour deux infirmières)	MAPA (3-4, selon la taille du GMF-U) BP TRUE (3-4, selon la taille du GMF-U) Moniteur(s) de pression (1-2, selon la taille du GMF-U) Ophtalmo-otoscopes portatifs (3-4, selon la taille du GMF-U) Chaise de prélèvement (si nécessaire) Chariots ou trousse spécifiques pour certains types d'examen <u>Pour les gros GMF-U :</u> Civière Bonbonne à O <sub>2</sub> Tables d'examen électriques supplémentaires Chariot de code médical d'urgence <u>Sur demande spécifique seulement :</u> Appareils d'échographie au chevet (locomoteur, infiltration, grossesse)

## 2.4. Commodités

### 2.4.1. Salle de repos et salle à manger (avec cuisinette)

Mobilier	Matériel informatique
Tables Chaises Fauteuils Babillards Tableau blanc Lavabo Distributeur papier Distributeur savon Distributeur crème à main Four(s) micro-ondes, selon la taille du GMF-U Cafetière Bouilloire Grille-pain Réfrigérateur(s), selon la taille du GMF-U Lave-vaisselle Grande poubelle	Téléphone-intercom

### 2.4.2. Vestiaires

*Précisions : avec ou sans code pour un accès sécurisé.*

Mobilier
Casiers pleine hauteur verrouillables Grande poubelle Salle pour se changer Bancs Cintres et plateaux à bottes

### 2.4.3. Toilettes et douches pour le personnel

Mobilier
Distributeur à papier Distributeur à savon Grande poubelle

## 2.5. Salles de support

### 2.5.1. Salle de photocopieur

Mobilier	Matériel informatique
Bureau (petit) ou espace comptoir Matériel de bureau (agrafeuse à document épais, tranche papier, assembleuse, etc.) Réserves de papier et de documents de dépannage Poubelle Bacs à recyclage (confidentiel et non confidentiel) Déchiquetage	Imprimante multifonction (photocopieur, numériseur, fax) Téléphone

### 2.5.2. Local informatique

Mobilier	Matériel informatique
Petite table Chaise Étagère Paniers de classement Lampe de travail	Support ouvert Commutateur Serveurs UPS Antenne(s) sans fil Tapis antistatique Logiciel de sécurité Système de verrouillage magnétique Climatisation Multiprises Câblage et panneau Câble HDMI Connecteur fibre optique

### 2.5.3. Salle d'entretien ménager

Mobilier
Équipements d'entretien sanitaire Accessoires sanitaires

### 2.5.4. Corridor

Mobilier	Matériel informatique
Tables station debout Panier à lingerie souillée	Système d'intercom général Internet sans fil pour le personnel

## Références

- BARRETT J. et autres (2007). *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*.
- D'AMOUR et OANDASSAN (2005). Site web du RCPI.
- DOUCETTE J., LUDWICK D.A. (2009). « Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. », *International Journal of Medical Informatics*.
- FERRANTE J.M. et autres (2010). « Principles of the Patient-Centered Medical Home and Preventive Services Delivery. », *Annals of Family Medicine*.
- FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ et autres (2010). *La qualité des services de santé au Canada en graphiques*.
- KHAN S. et autres (2008). *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*.
- LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2011). *Une vision pour le Canada La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*.
- POINTER D.D., ORLIKOFF J.E. (1999). *Board Work: Governing Healthcare Organizations*.
- STARFIELD B. et autres (2009). « Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans: correlates and consequences. », *The Journal of Ambulatory Care Management*.
- STARFIELD B., SHI L. (2004). « The Medical Home, Access to Care, and Insurance: A Review of Evidence. », *Pediatrics*.