

**ENTENTE PORTANT SUR LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES
AUX TRAVAUX D'APPRÉCIATION ET D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CONCERNANT LE DÉPLOIEMENT DES NOUVELLES
MODALITÉS DU PROGRAMME DE FINANCEMENT ET DE SOUTIEN PROFESSIONNEL
POUR LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE**

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, pour et au nom du gouvernement, agissant par monsieur Michel Fontaine, sous-ministre;

ci-après appelé le « Ministre »

ET

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, personne morale de droit public, légalement constituée en vertu de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre R-5) et ayant son siège au 1125, Grande-Allée Ouest, Québec, Québec, G1S 1E7, agissant par son président-directeur général, monsieur Jacques Cotton, dûment autorisé aux fins des présentes;

ci-après appelée la « Régie »

ATTENDU QUE le Conseil du trésor exige du ministère de la Santé et des Services sociaux de procéder à l'évaluation du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* et de transmettre le rapport d'évaluation au Sous-secrétariat aux politiques budgétaires et aux Programmes au plus tard le 30 septembre 2019;

ATTENDU QUE le *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* est en vigueur depuis le 16 novembre 2015 (présenté à l'annexe A);

ATTENDU QU'en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (chapitre R-5), la Régie a notamment pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29, ci-après la « *LAM* »);

ATTENDU QUE les renseignements détenus par la Régie dans l'exercice de ses fonctions sont confidentiels en vertu de l'article 63 de la *LAM* et ne peuvent être communiqués que selon ce que prévoit cette loi;

ATTENDU QU'en vertu du paragraphe 13° du deuxième alinéa de l'article 431 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2, ci-après la « *LSSSS* »), le Ministre a notamment pour fonction d'apprécier et d'évaluer les résultats en matière de santé et de services sociaux et que, pour ce faire, il lui est nécessaire d'obtenir des renseignements détenus par la Régie dans l'exercice de ses fonctions;

ATTENDU QUE l'appréciation et l'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux sont des exercices indispensables à la bonne conduite de chacune des étapes du cycle de gestion axées sur les résultats du système de santé et de services publics, soit les étapes de planification, de répartition des ressources, de coordination, de contrôle et de reddition de comptes, la fonction d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux étant au cœur de la gestion axée sur les résultats;

ATTENDU QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est doté d'une politique d'évaluation jointe en annexe H des présentes;

ATTENDU QUE le dixième alinéa de l'article 67 de la *LAM* permet à la Régie de communiquer au Ministre les renseignements nécessaires à des fins d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux, conformément aux conditions et aux

formalités prévues par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (chapitre A-2.1, ci-après la « *Loi sur l'accès* »);

ATTENDU QU'en vertu de l'article 68 de la *Loi sur l'accès*, un organisme public peut, sans le consentement de la personne concernée, communiquer un renseignement personnel à toute personne ou organisme si cette communication est nécessaire à l'exercice des attributions de l'organisme receveur;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 70 de la *Loi sur l'accès*, une entente visée à l'article 68 de la *Loi sur l'accès* doit être soumise à la Commission d'accès à l'information pour avis;

ATTENDU QU'en vertu de l'article 67.3 de cette loi, sauf exception, un organisme public doit inscrire dans un registre toute communication de renseignements personnels visée notamment à l'article 68.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

OBJET DE L'ENTENTE

1. La présente entente a pour objet de déterminer les conditions et les modalités par lesquelles la Régie communique au Ministre les renseignements nécessaires afin d'effectuer les travaux d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de soins de santé et de services sociaux concernant le déploiement des nouvelles modalités du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* (ci-après les « GMF ») explicités à l'annexe B.

RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS ET MODALITÉS DE TRANSMISSION

2. Les renseignements visés par la présente entente sont ceux énumérés à l'annexe C et concernent les individus suivants pour la période allant de janvier 2011 à décembre 2020 :
 - 1) toutes les personnes inscrites auprès d'un médecin exerçant en GMF et toutes les personnes inscrites auprès d'un médecin exerçant en cabinet hors-GMF;
 - 2) toutes les personnes non inscrites auprès d'un médecin de famille et ayant consulté un médecin de famille en GMF ou en cabinet hors-GMF.
3. Les renseignements sont communiqués à la fréquence et selon les modalités prévues à l'annexe D.

OBLIGATIONS RELATIVES À LA PROTECTION ET À LA SÉCURITÉ DES RENSEIGNEMENTS

4. Le Ministre reconnaît le caractère confidentiel des renseignements communiqués dans le cadre de l'entente et s'engage à :
 - a) les protéger et à leur appliquer les mesures de sécurité, de contrôle et de conservation prévues à l'annexe E;
 - b) ne pas les utiliser ni permettre qu'ils soient utilisés à des fins différentes de celles prévues par la loi;
 - c) ne pas donner accès à ces renseignements à d'autres personnes que ses employés dûment autorisés et pour qui la connaissance des renseignements est nécessaire à l'exécution de leurs fonctions;

- d) donner des directives à son personnel, notamment au regard du traitement de ces renseignements et de l'utilisation qui peut en être faite, et à l'informer des mesures de sécurité;
 - e) aviser immédiatement le responsable en matière de protection des renseignements confidentiels de la Régie de tout incident susceptible de porter atteinte au caractère confidentiel des renseignements communiqués;
 - f) collaborer avec la Régie à toute vérification ou enquête concernant le respect de la confidentialité des renseignements communiqués et le contrôle de leur utilisation;
 - g) mettre en œuvre les procédures et les systèmes requis pour préserver la confidentialité des renseignements communiqués.
5. Dans l'éventualité où certains travaux visés par la présente entente soient confiés par le Ministre à un tiers et nécessitent la communication à ce dernier de renseignements communiqués par la Régie au Ministre en vertu de la présente entente, le Ministre s'engage à respecter les conditions et les formalités prévues à l'article 67.2 de la *Loi sur l'accès*.

APPLICATION DE L'ENTENTE

6. Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et le président-directeur général de la Régie sont responsables de l'application de l'entente dans leur organisation. Toutefois, ils peuvent déléguer leurs responsabilités à des membres de leur personnel, lesquels agiront à titre de responsables organisationnels.
7. Les responsables organisationnels peuvent prendre toute mesure pour l'application concertée et efficace de l'entente. De plus, ils doivent prendre les moyens appropriés pour que soit réglé de manière diligente tout différend pouvant surgir à l'égard de l'interprétation de l'entente ou son application.
- En outre, les responsables organisationnels désignent des agents de liaison pour assurer le bon fonctionnement de l'entente.
8. Les représentants sont nommés aux annexes F et G.

CHANGEMENT DES REPRÉSENTANTS

9. La personne responsable de l'application de l'entente peut pourvoir au remplacement des responsables organisationnels de son organisation.
10. Le responsable organisationnel peut pourvoir au remplacement des autres représentants de son organisation.
11. Une modification aux l'annexes F ou G peut être faite par lettre transmise au responsable organisationnel de l'autre partie. Elle entre en vigueur à la date de l'écrit ou à toute autre date qui pourrait y être indiquée.

SUSPENSION

12. Une partie peut suspendre l'application de l'entente de façon unilatérale et sans avis préalable si elle estime qu'il y a eu violation ou tentative de violation des règles prévues à la confidentialité des renseignements, ou s'il y a eu défaillance des mesures de sécurité. Elle doit alors immédiatement aviser l'autre partie, par écrit, d'une telle suspension.
13. Les parties collaborent à la résolution des problèmes à l'origine de la suspension et peuvent convenir de mesures transitoires pour que la communication des renseignements puisse reprendre le plus rapidement possible.
14. La suspension prend fin à une date convenue par les parties lorsque les mesures appropriées ont été adoptées à leur satisfaction.

MODIFICATION, DURÉE, TERMINAISON ET ENTRÉE EN VIGUEUR

15. Conformément à l'article 70 de la Loi sur l'accès, la présente entente entre en vigueur à la date d'un avis favorable de la Commission d'accès à l'information. Un avis favorable a été donné par la Commission d'accès à l'information en date du 21 juillet 2016 sous réserve de la réception par cette dernière d'une copie signée de la présente entente. La présente entente entre donc en vigueur à la date de réception par la Commission d'accès à l'information d'une copie de la présente entente signée par les deux parties.
16. L'entente ne peut être modifiée que par un écrit, sur support papier, portant la signature des parties. Cet écrit doit être signé en double exemplaire et joint à l'entente. Si elles touchent à un sujet de la compétence de la Commission d'accès à l'information, les modifications visées doivent être soumises à cette dernière pour avis.
17. La présente entente est valide jusqu'à un an suivant la transmission des dernières données de décembre 2020.
18. Les dispositions relatives à la protection des renseignements communiqués demeurent en vigueur malgré la terminaison de l'entente.

DISPOSITIONS DIVERSES

19. Le préambule et les annexes font partie intégrante de l'entente.
20. Tout avis ou courrier relatif à l'entente doit être expédié à l'adresse suivante :

Pour le Ministre
Secrétaire général
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 14^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Pour la Régie
Secrétaire générale
Régie de l'assurance maladie du Québec
1125, Grande Allée Ouest, 8^e étage
Québec (Québec) G1S 1E7

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ EN DOUBLE EXEMPLAIRE, À QUÉBEC

POUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX

POUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE
MALADIE DU QUÉBEC

Ce 16 septembre 2016

Ce 28 septembre 2016

Michel Fontaine

Jacques Cotton

Sous-ministre

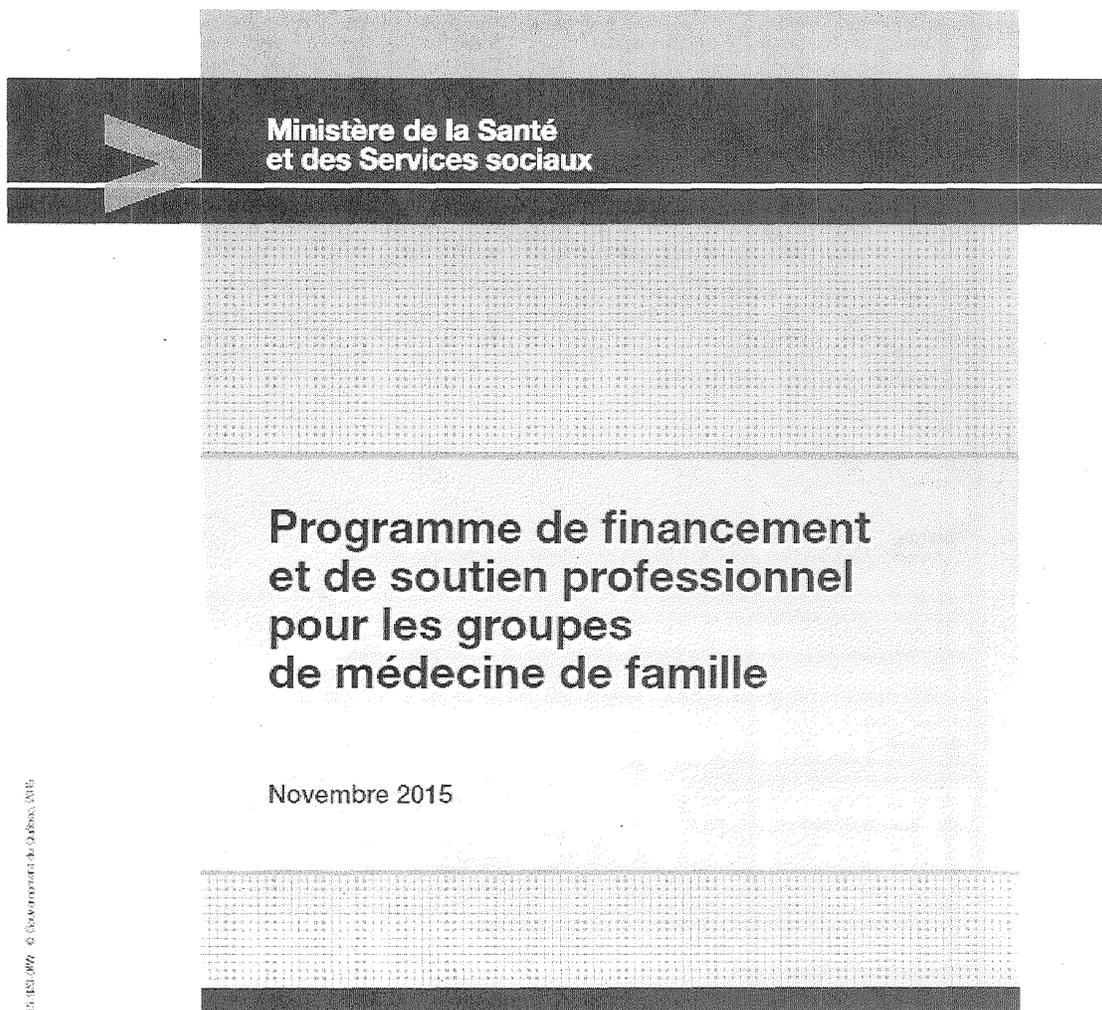
Président-directeur général

ANNEXE A

PROGRAMME DE FINANCEMENT ET DE SOUTIEN PROFESSIONNEL POUR LES GROUPES
DE MÉDECINE DE FAMILLE

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-920-04W.pdf>

Publication no : 15-920-04W



15-920-04W - Gouvernement du Québec, 2015

Québec 

No. ISBN (PDF) : 978-2-550-74440-5

EDITION

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 :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou 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, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-74440-5 (version 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, 2015

Table des matières

Introduction	1
1. Objet du Programme	2
2. Admissibilité	2
3. Adhésion au Programme	2
3.1. Évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés	2
3.2. Demande d'adhésion	2
4. Reconnaissance du GMF	3
4.1. Niveau du GMF	3
4.2. Effets de la reconnaissance	4
4.3. Perte de la reconnaissance	4
5. Modifications au GMF	5
5.1. Ajout, déménagement ou retrait de site	5
5.2. Arrivée, départ et changement de site principal de pratique des médecins	5
5.3. Modification de coordonnées et changement de médecin responsable	6
6. Financement	6
6.1. Aide au démarrage du GMF	6
6.2. Financement pour l'aménagement du GMF	6
6.3. Financement pour le fonctionnement du GMF	7
6.4. Financement lié aux services d'un pharmacien	9
7. Soutien professionnel	10
7.1. Nature	10
7.2. Calcul des ETP	10
7.3. Modalités d'affectation du personnel	11
8. Obligations du GMF	11
8.1. Offre de services	11
8.2. Taux d'assiduité	13
8.3. Informatisation	14
8.4. Financement et soutien professionnel	14
8.5. Manquement	15
9. Révision annuelle	16
9.1. Date de la révision	16
9.2. Modification du niveau du GMF ainsi que du financement et du soutien professionnel qui y est associé	17
9.3. Réduction du financement lié au fonctionnement du GMF	17
9.4. Retrait de la reconnaissance	18
10. Modification du Programme	18
11. Comité technique	18
12. Avis	19
13. Dispositions particulières applicables aux GMF accrédités	19
14. Entrée en vigueur	20
Annexes	21

Acronymes et interprétation

CLSC :	Centre local de services communautaires
CR :	Clinique-réseau
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DMÉ :	Dossier médical électronique
DRMG :	Département régional de médecine générale
DSQ :	Dossier de santé du Québec
FMOQ :	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF :	Groupe de médecine de famille
GMF-R :	Groupe de médecine de famille-Réseau
LAM :	Loi sur l'assurance maladie
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG :	Président-directeur général
PQADME :	Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS :	Réseau local de services
UMF / GMF-U :	Unité de médecine familiale / Groupe de médecine de famille universitaire

Pour les fins du Programme, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans la région administrative Nord-du-Québec (10), est assimilé à un CISSS.

Introduction

Depuis 2002, les groupes de médecine de famille (GMF) ont incarné le modèle phare de l'organisation des soins et services de santé de première ligne au Québec. Favorisant le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle des Centres de santé et de services sociaux ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits entre patients et cliniciens, l'implantation progressive de ces groupes a connu un succès certain.

La révision du Cadre de gestion GMF (ci-après le « Cadre de gestion »), la première proposée depuis la création du modèle, conduit à la création du présent Programme ministériel de financement et de soutien professionnel (ci-après le « Programme »), qui conserve les assises fondamentales s'étant révélées les plus porteuses. L'adhésion volontaire des médecins et une structure de financement d'équipes incarnent ces assises. La base du modèle demeure, soit l'inscription de patients à un médecin du groupe et une offre de services permettant aux patients inscrits de profiter de services accessibles. La structure élémentaire des GMF impose d'assurer aux patients inscrits un accès raisonnable en temps opportun, comme en témoigne l'ajout d'une mesure d'assiduité des patients vis-à-vis le GMF auprès duquel ils sont inscrits.

Le Programme se veut plus simple. Il vise à réduire considérablement les procédures administratives liées à l'admissibilité au Programme et à sa gestion.

Le nouveau Programme actualise les modalités de financement et d'allocation des ressources tout en se voulant plus souple d'application. Il mise sur l'engagement professionnel des milieux cliniques à assurer des services accessibles, continus et de qualité.

1. Objet du Programme

Le Programme a pour objet la création, selon les besoins populationnels, de groupes de médecine de famille (GMF) et leur appui, au moyen d'un financement et d'un soutien professionnel.

Un GMF est composé d'un groupe de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé et a pour mission d'offrir des services médicaux à toute clientèle, notamment le suivi continu d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients inscrits auprès des médecins qui y exercent leur profession.

Par conséquent, le financement et le soutien professionnel offerts au GMF sont proportionnels au nombre de patients inscrits. De même, l'offre de services attendue d'un GMF est proportionnelle au nombre de patients inscrits par les médecins du GMF.

2. Admissibilité

Est admissible au Programme tout groupe composé de médecins de famille qui répond à l'ensemble des critères suivants :

- 1° chacun des médecins du groupe est soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- 2° tous les médecins du groupe pratiquent ensemble au sein d'un cabinet de médecins ou d'une installation (CLSC ou UMF / GMF-U) exploitée par un établissement de santé et de services sociaux, lequel ou laquelle n'est pas déjà reconnu comme un site de GMF;
- 3° au moins les trois quarts des médecins du groupe ne se sont pas vus retirer une reconnaissance GMF dans les douze mois précédant la demande du groupe.

3. Adhésion au Programme

3.1. Évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés

Tout groupe de médecins qui souhaite adhérer au Programme doit, au préalable, obtenir du ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après le « ministre ») l'évaluation du nombre de patients inscrits pondérés afin de déterminer son niveau selon les règles prévues à la section 4. Le groupe de médecins doit, pour ce faire, remplir le *Formulaire de consentement pour l'évaluation du nombre de patients inscrits pondérés* ainsi que le *Tableau d'évaluation du nombre de patients inscrits pondérés* fournis à cette fin sur le site Internet du MSSS.

3.2. Demande d'adhésion

Après l'obtention de l'évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés, le groupe de médecins admissible qui souhaite adhérer au Programme doit présenter une demande au ministre à l'aide du *Formulaire de demande d'adhésion au Programme de financement et de soutien professionnel* fourni à cette fin sur le site Internet du MSSS. Cette demande doit contenir :

- 1° le nom, le numéro de permis et le site principal de pratique de chacun des médecins du groupe;
- 2° le niveau de GMF déterminé dans l'évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés du groupe de médecins et l'indication, le cas échéant, que le groupe souhaite se voir attribuer au maximum un niveau inférieur à celui-ci;
- 3° la désignation du ou des sites projetés du GMF;
- 4° le nom du médecin qui sera responsable du GMF aux fins du Programme;

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

5° les coordonnées (courriel et adresse postale) du GMF auxquelles la correspondance en lien avec l'administration du Programme sera transmise;

6° tout autre renseignement exigé dans le formulaire de demande.

La demande doit, en outre, être accompagnée d'une copie de la recommandation du DRMG, signée par la personne désignée à cette fin, du territoire sur lequel seraient situés le ou les sites du GMF projeté et, le cas échéant, d'une copie de toute entente de services conclue en application des sections 6.4 ou 8.1.

La recommandation du DRMG doit tenir compte des besoins de la population située à proximité du GMF et des orientations ministérielles concernant le déploiement des GMF. Les besoins sont évalués en fonction du profil de cette population, de la proximité du ou des sites envisagés du GMF avec cette population et de la présence d'autres ressources sur le territoire projeté, notamment celles d'autres GMF ou d'autres cabinets de médecins. La recommandation du DRMG doit, en outre, indiquer si le groupe de médecins respecte les critères d'admissibilité prévus à la section 2.

La demande doit être signée par le médecin responsable et par tous les médecins du groupe.

4. Reconnaissance du GMF

4.1. Niveau du GMF

Le ministre peut reconnaître un GMF qui lui en fait la demande. Il indique alors le ou les sites du GMF qu'il reconnaît et établit le niveau du GMF en fonction du nombre de patients inscrits pondérés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) auprès des médecins du GMF, selon ce qui suit :

Tableau 1 – Niveau du GMF selon sa cible d'inscriptions pondérées

Niveau du GMF	Cibles d'inscriptions pondérées
1	8 000 à 8 999
2	9 000 à 11 999
3	12 000 à 14 999
4	15 000 à 17 999
5	18 000 à 20 999
6	21 000 à 23 999
7	24 000 à 26 999
8	27 000 à 29 999
9	30 000 et plus

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des informations liées au niveau du GMF est présenté à l'annexe II.

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

Le ministre réalise la pondération des patients inscrits à la RAMQ auprès des médecins du GMF selon les règles prévues à l'annexe I et les facteurs de pondération suivants :

- 1° un patient vulnérable (codes de vulnérabilité 06, 07, 11 et 18¹) = 2 patients;
- 2° reconnaissance de la vulnérabilité en fonction de l'indice de défavorisation sociale et matérielle = 2 patients;
- 3° un accouchement réalisé = 3 patients;
- 4° une patiente enceinte suivie (ce qui inclut la visite initiale de grossesse et minimalement une autre visite de suivi²) = 3 patients;
- 5° un patient en perte d'autonomie sévère, ayant des besoins complexes et suivi à domicile = 12 patients.

Lorsque plus d'un facteur de pondération pourraient s'appliquer, seul le facteur le plus élevé est appliqué par le ministre, à l'exception de ceux visés aux paragraphes 3° et 4°, lesquels sont appliqués de manière cumulative.

Un GMF peut demander au ministre, au moment de sa demande d'adhésion, de lui reconnaître au maximum un niveau inférieur à celui associé au nombre de patients inscrits pondérés à la RAMQ auprès des médecins du GMF.

La date de la reconnaissance du GMF est celle indiquée dans la lettre que le ministre transmet au GMF à cette fin. Lorsque la lettre transmise par le ministre au GMF, afin de le reconnaître en vertu du Programme, est datée entre le 16 janvier et le 31 mars inclusivement, la date officielle de reconnaissance du GMF est par défaut le 1^{er} avril suivant.

4.2. Effets de la reconnaissance

Tout groupe de médecins reconnu comme GMF par le ministre a droit, sous réserve des crédits votés par l'Assemblée nationale, au financement et au soutien professionnel calculés selon les règles prévues au Programme et doit, en contrepartie, respecter les obligations qui lui incombent en vertu du Programme.

4.3. Perte de la reconnaissance

4.3.1. Fin de l'adhésion

Le GMF perd sa reconnaissance ainsi que son financement à partir de la date à laquelle il cesse d'adhérer au Programme.

Pour mettre fin à son adhésion, le GMF doit transmettre au ministre un préavis écrit d'au moins six mois à cet effet. Il peut, en outre, mettre fin à son adhésion en transmettant au ministre un préavis à cet effet dans les 60 jours suivant la notification par le ministre d'une modification apportée au Programme.

¹ Selon l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle conclue entre le ministre et la FMOQ en application de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

² Idem.

4.3.2. Manquement aux obligations

Le GMF perd sa reconnaissance lorsque le ministre constate que le GMF commet un manquement à ses obligations de nature à lui faire perdre sa reconnaissance, selon ce qui est prévu à la section 9.4.

La perte de la reconnaissance prend effet à partir de la date à laquelle le ministre en avise le GMF.

5. Modifications au GMF

5.1. Ajout, déménagement ou retrait de site

Le GMF peut demander au ministre, à l'aide du *Formulaire de demande d'ajout, de déménagement ou de retrait de site* fourni à cette fin sur le site Internet du MSSS, de lui reconnaître un nouveau site ou de permettre le déménagement d'un site déjà reconnu s'il a préalablement obtenu une recommandation du DRMG. Le DRMG devra justifier la reconnaissance du site selon les besoins de la population située à proximité du nouveau site projeté du GMF tout en tenant compte des orientations ministérielles concernant le déploiement des GMF. L'évaluation des besoins est réalisée en fonction des critères d'évaluation prévus à la section 3.2. La recommandation du DRMG doit en outre indiquer que les critères suivants sont respectés :

- le site à ajouter est à proximité du ou des autres sites du GMF;
- des modalités de collaboration claires sont établies entre les médecins qui pratiquent au sein de chacun des sites du GMF.

Le formulaire d'ajout ou de déménagement de site doit être signé par le médecin responsable du GMF et être acheminé au ministre, avec la recommandation du DRMG. Sur réception du formulaire, le ministre peut reconnaître le nouveau site au GMF et, le cas échéant, en informe par écrit le médecin responsable du GMF, le DRMG et le comité technique.

Le GMF peut également demander au ministre, à l'aide du formulaire fourni à cette fin sur le site Internet du MSSS, de lui retirer un site qui a été préalablement reconnu comme faisant partie du GMF. Le formulaire de retrait de site doit être signé par le médecin responsable du GMF. Sur réception du formulaire, le ministre confirme par écrit le retrait du site du GMF au DRMG, au médecin responsable du GMF et au comité technique.

5.2. Arrivée, départ et changement de site principal de pratique des médecins

Tout médecin non signataire de la demande d'adhésion au Programme et qui souhaite faire partie d'un GMF déjà reconnu par le ministre doit transmettre au ministre le *Formulaire de déclaration d'arrivée, de départ ou de changement de site principal de pratique des médecins en GMF*, fourni à cette fin sur le site Internet du MSSS. Le formulaire doit être signé par le médecin responsable du GMF et chacun des médecins voulant adhérer à ce GMF. Il doit contenir le nom de chacun des médecins, leur numéro de permis d'exercice ainsi que le site du GMF où chacun des médecins exercera la majorité de sa pratique dans le GMF. Sur réception du formulaire, le ministre confirme par écrit l'adhésion des médecins au comité technique, au médecin responsable du GMF et à chacun des médecins ayant formulé la demande de son adhésion au GMF.

Le GMF, par son médecin responsable, doit informer dès que possible le ministre du départ de tout médecin, de la date de son départ et du numéro de son permis d'exercice. Pour ce faire, le médecin responsable du GMF doit transmettre au ministre le formulaire prévu à cet effet et disponible sur le site Internet du MSSS, lequel doit être signé par ce médecin et tout médecin voulant se retirer du GMF.

Le GMF, par son médecin responsable, doit informer dès que possible le ministre du changement de site principal de pratique d'un médecin du GMF. Pour ce faire, le médecin responsable du GMF doit transmettre au ministre le formulaire prévu à cet effet et disponible sur le site Internet du MSSS, lequel doit être signé par ce médecin et tout médecin effectuant un changement de site principal de pratique au sein du GMF.

5.3. Modification de coordonnées et changement de médecin responsable

Le GMF, par son médecin responsable, doit informer dès que possible le ministre de toute modification de coordonnées liées au fonctionnement du Programme ou d'un changement de médecin responsable.

6. Financement

6.1. Aide au démarrage du GMF

6.1.1. Dépenses visées

L'aide au démarrage du GMF est allouée au médecin responsable du GMF pour compenser les heures utilisées et les frais de déplacement encourus pour le démarrage d'un nouveau GMF, c'est-à-dire un GMF composé majoritairement de sites qui n'étaient pas accrédités selon le Cadre de gestion GMF.

Cette aide devient disponible seulement lorsque le DRMG a émis une recommandation favorable pour le projet de GMF en cours de développement.

6.1.2. Montant de l'aide

Le montant de l'aide est de 100 \$ par heure utilisée, pour un maximum de 20 heures, à quoi s'ajoutent les frais de déplacement réels encourus par le médecin responsable, lesquels ne peuvent excéder 3 000 \$.

6.1.3. Versement de l'aide

Le montant est versé par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) au médecin responsable du GMF dans les quatre semaines suivant la réception de la demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives et d'une copie de la recommandation préalable du DRMG.

6.2. Financement pour l'aménagement du GMF

6.2.1. Dépenses visées

Le financement pour l'aménagement du GMF est alloué au GMF pour les frais liés à l'accueil du personnel supplémentaire en GMF (personnel infirmier, travailleurs sociaux, autres professionnels de la santé et personnel administratif) ou à l'aménagement de différents locaux en lien avec la mission du GMF.

Ne sont pas admissibles les frais d'aménagement d'un site de GMF qui est situé dans une installation (CLSC ou UMF / GMF-U) exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

6.2.2. Montant du financement lié à l'aménagement du GMF

Le montant du financement lié à l'aménagement du GMF correspond aux dépenses réelles encourues par le GMF pour les travaux réalisés, jusqu'à concurrence de 40 000 \$. Ce montant maximum est disponible une fois au cours de la reconnaissance du GMF, que ce soit en vertu du Programme ou du Cadre de gestion qui prévalait jusqu'à la date d'entrée en vigueur du Programme.

6.2.3. Versement du financement lié à l'aménagement du GMF

Le montant est versé par le ministre au GMF, en un seul paiement, au plus tard six semaines suivant la date d'une révision annuelle de la situation du GMF. Le GMF doit présenter sa demande de remboursement au ministre, à l'aide du *Formulaire de demande de remboursement des travaux d'aménagement* prévu à cette fin et disponible sur le site Internet du MSSS, accompagnée des pièces justificatives, entre le 90^e jour et le 60^e jour précédant la date de sa révision. Advenant le remboursement de coûts inférieurs au montant maximal du financement, le solde non réclamé demeure disponible pour rembourser le coût de travaux ultérieurs. Le versement est effectué par dépôt direct dans le compte bancaire du GMF désigné par ce dernier au moyen du *Formulaire de transmission de l'information relative au dépôt direct* disponible sur le site Internet du MSSS.

Dans le cas d'un GMF dont les sites sont situés en cabinet et dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux, le CISSS ou le CIUSSS assure le remboursement du coût des travaux d'aménagement pour le ou les sites situés en cabinet du GMF, selon les mêmes conditions et modalités.

6.3. Financement pour le fonctionnement du GMF

6.3.1. Dépenses visées

Le financement pour le fonctionnement du GMF vise à contribuer aux frais liés aux opérations et à l'administration du GMF, soit :

- l'embauche et la rémunération de personnel administratif;
- l'embauche de professionnels autres que ceux fournis en vertu du Programme et selon les modalités d'affectation prévues à la section 7.3;
- l'achat de mobilier et le coût de location des espaces requis pour accueillir le personnel administratif et professionnel fourni en vertu du Programme;
- les frais de déplacement et d'inscription à des activités de formation encourus par les médecins ou le personnel du GMF et le coût de remplacement des salaires pour ces activités de formation;
- le matériel et les fournitures nécessaires au personnel administratif et professionnel fourni en vertu du Programme;
- l'informatisation du GMF, incluant les équipements et le câblage pour les médecins, le personnel administratif et professionnel fourni en vertu du Programme, la connexion à Internet et le commutateur ainsi que l'implantation et les licences de DME pour les médecins en établissement et les professionnels.

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

6.3.2. Montant du financement lié au fonctionnement du GMF

Le montant annuel de ce financement est établi en fonction du niveau du GMF selon le tableau suivant :

Tableau 2 – Montant du financement lié au fonctionnement et aux services d'un pharmacien selon le niveau du GMF

Niveau GMF	Fonctionnement (\$)	Pharmaciens (\$)
1	104 401 \$	20 670 \$
2	137 093 \$	31 005 \$
3	169 786 \$	41 340 \$
4	202 478 \$	51 675 \$
5	233 718 \$	62 009 \$
6	248 642 \$	72 344 \$
7	263 565 \$	82 679 \$
8	278 489 \$	93 014 \$
9	293 413 \$	103 349 \$

6.3.3. Versement du financement lié au fonctionnement du GMF

Le montant est versé par le ministre au GMF en deux paiements effectués comme suit :

- un versement au plus tard six semaines suivant le 1^{er} avril de chaque année;
- un versement au plus tard six semaines suivant le 1^{er} octobre de chaque année.

Toutefois, le premier versement sera effectué au plus tard six semaines suivant la date de la reconnaissance du GMF par le ministre. Le montant de ce versement sera calculé au prorata des jours restants jusqu'à la date prévue du versement suivant.

Le versement est effectué par dépôt direct dans le compte bancaire du GMF désigné par ce dernier au moyen du *Formulaire de transmission de l'information relative au dépôt direct* disponible sur le site Internet du MSSS.

Dans le cas d'un GMF composé d'au moins un site situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux, le financement est versé au CISSS ou au CIUSSS du territoire auquel appartient cette installation. C'est le CISSS ou le CIUSSS qui a la responsabilité de verser les montants de ce financement au GMF, y compris pour les sites du GMF qui sont situés en cabinet, en fonction de la répartition des inscriptions pondérées entre les sites du GMF et selon l'ensemble des modalités prévues à la présente section.

6.4. Financement lié aux services d'un pharmacien

6.4.1. Dépenses visées

Le financement lié aux services d'un pharmacien est alloué au GMF pour couvrir les coûts liés à toute entente de services que le GMF conclut avec un ou plusieurs pharmaciens communautaires ou, lorsqu'autorisé par le comité technique, les coûts liés à l'embauche d'un ou plusieurs autres professionnels de la santé.

Tout GMF peut conclure une entente de services avec un ou plusieurs pharmaciens communautaires³. Cette entente doit notamment préciser les services fournis par le pharmacien, lesquels doivent être conformes au *Guide d'intégration du pharmacien en GMF* reproduit à l'annexe III. Cette entente doit également prévoir que le pharmacien est tenu de poursuivre une pratique active et ne peut être au service exclusif du GMF. L'entente de services doit porter sur une période de 12 mois ou, le cas échéant, une période allant jusqu'à la prochaine date de révision annuelle du GMF. L'entente doit être révisée et signée à chaque révision annuelle du GMF. Elle doit être communiquée au ministre en même temps que la demande d'adhésion au Programme ou, en vue de la révision annuelle du GMF, entre le 90^e jour et le 60^e jour précédant la date de cette révision.

Un GMF ayant une entente de services en cours avec un pharmacien d'établissement peut présenter une demande de dérogation au comité technique visé à la section 11 afin d'utiliser le financement qui y est associé. Cette demande doit présenter l'ensemble des bénéfices de cette entente de services pharmaceutiques au GMF. Le comité technique prend position sur la recevabilité de la demande et indique la durée de la dérogation octroyée. C'est uniquement à la suite d'une décision positive du comité technique que le GMF doit entreprendre des démarches en présentant au ministre une demande pour obtenir un financement équivalent destiné à l'embauche d'un pharmacien d'établissement.

Lorsque le GMF ne peut, pour des raisons hors de son contrôle, conclure une entente avec un pharmacien communautaire, il peut présenter une demande de dérogation au comité technique visé à la section 11 afin d'utiliser le financement qui y est associé pour l'embauche d'autres professionnels. Cette demande doit présenter notamment les démarches qui ont été menées par le GMF pour conclure une entente pour des services pharmaceutiques et les raisons qui empêchent la conclusion d'une telle entente. Le comité technique prend position sur la recevabilité de la solution proposée et indique la durée de la dérogation octroyée. C'est uniquement à la suite d'une décision positive du comité technique que le GMF doit entreprendre des démarches en présentant au ministre une demande pour obtenir un financement équivalent destiné à l'embauche d'autres professionnels de la santé.

6.4.2. Montant du financement lié aux services d'un pharmacien

Le montant du financement lié aux services d'un pharmacien est celui du coût des services indiqué dans toute entente convenue avec un pharmacien, jusqu'à concurrence du maximum annuel autorisé selon le niveau du GMF (voir tableau 2).

6.4.3. Versement du financement lié aux services d'un pharmacien

Le montant est versé par le ministre au GMF qui lui a transmis une copie de l'entente signée par le GMF et le ou les pharmaciens en deux versements effectués comme suit :

- un versement au plus tard six semaines suivant le 1^{er} avril de chaque année;
- un versement au plus tard six semaines suivant le 1^{er} octobre de chaque année.

³ Un GMF peut adhérer au Programme sans conclure une entente avec un ou plusieurs pharmaciens communautaires.

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

Dans le cas où un GMF adhère au Programme entre les dates prévues pour les versements, le premier montant est versé au plus tard six semaines suivant la date de sa reconnaissance par le ministre. Le montant de ce versement est calculé au prorata des jours restants jusqu'à la date prévue du versement suivant.

Le versement est effectué par dépôt direct dans le compte bancaire du GMF désigné par ce dernier au moyen du *Formulaire de transmission de l'information relative au dépôt direct* disponible sur le site Internet du MSSS.

Dans le cas d'un GMF composé d'au moins un site situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux, le financement est versé au CISSS ou au CIUSSS du territoire auquel appartient cette installation. C'est le CISSS ou le CIUSSS qui a la responsabilité de verser les montants de ce financement au GMF, y compris pour les sites du GMF qui sont situés en cabinet, en fonction de la répartition des inscriptions pondérées entre les sites du GMF et selon l'ensemble des modalités prévues à la présente section.

7. Soutien professionnel

7.1. Nature

Ce soutien consiste en l'attribution de ressources professionnelles au GMF, dont :

- des infirmières cliniciennes;
- des travailleurs sociaux;
- d'autres professionnels de la santé (nutritionnistes, kinésiothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, psychologues ou infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux et pharmaciens autres que ceux déjà prévus au Programme).

7.2. Calcul des ETP

Les ressources professionnelles allouées au GMF sont calculées en équivalent temps plein (ETP) selon le niveau du GMF :

Tableau 3 – Niveau du soutien professionnel selon le niveau du GMF

Niveau GMF	Personnel infirmier (ETP)*	Travailleurs sociaux (ETP)*	Autres professionnels (ETP)*
1	1	0,5	0,5
2	1,5	1	0,5
3	2	1	1
4	2,5	1,5	1
5	3	1,5	1,5
6	3,5	2	1,5
7	4	2	2
8	4,5	2,5	2
9	5	2,5	2,5

*Équivalent temps plein

7.3. Modalités d'affectation du personnel

Le CISSS ou le CIUSSS sur le territoire où se situe le GMF y affecte le personnel pour la portion du temps de travail alloué au GMF. Ce personnel est choisi conjointement par le CISSS ou le CIUSSS et le GMF, dans le respect des conventions collectives en vigueur et de la disponibilité de la main-d'œuvre locale.

Dans le cas d'un GMF ayant eu droit à l'octroi de ressources professionnelles supplémentaires, il est possible d'attribuer prioritairement les ressources professionnelles en place aux postes octroyés et ce, dans le respect des règles prévues aux conventions collectives en vigueur et avec l'accord du CISSS ou du CIUSSS.

Ces professionnels sont localisés dans les locaux du GMF pour la portion de temps de travail associée au niveau du GMF. Au sein du GMF, ces professionnels de la santé exercent leur profession sous l'autorité fonctionnelle des médecins du GMF.

8. Obligations du GMF

8.1. Offre de services

8.1.1. Heures d'ouverture hebdomadaires

Le GMF doit offrir des services médicaux couvrant au minimum 68 heures par semaine, réparties sur sept jours. Parmi ces heures d'ouverture, un nombre minimal d'heures, variable selon le niveau du GMF (voir tableau 4), doit être assuré sur place, soit dans un ou plusieurs sites du GMF, et avec la présence d'au moins un médecin de famille du GMF.

Les modalités suivantes s'appliquent à l'offre de services des GMF (voir tableau 4) :

- tout GMF de niveau 1 à 4 qui n'offre pas hebdomadairement 68 heures de services sur place doit, pour combler l'écart entre ces 68 heures de services hebdomadaires et le nombre minimal d'heures d'ouverture sur place attendu selon son niveau (voir tableau 4), convenir d'une entente de services selon les modalités prévues à la section 8.1.3. Cette entente ne peut toutefois avoir pour effet de diminuer en deçà de 5 le nombre minimal de jours par semaine où des services sont offerts sur place;
- tout GMF de niveau 5 à 9 doit offrir sur place 68 heures par semaine de services. Ces GMF ne peuvent donc pas recourir à des ententes de services;
- une journée d'ouverture doit minimalement compter quatre heures de services, que les services soient offerts au sein des sites du GMF ou par entente de services;
- un jour férié⁴ doit également compter minimalement quatre heures de services. S'il s'agit d'une journée où le GMF comptait normalement plus de quatre heures de services sur place, une diminution du nombre d'heures d'ouverture est donc possible. Le GMF est malgré tout encouragé à compléter son offre de services de 68 heures d'accessibilité par entente avec un autre partenaire de services pour les semaines comptant un jour férié qui occasionne une diminution du nombre d'heures d'ouverture;

⁴ Ces jours sont : Vendredi saint, dimanche de Pâques, lundi de Pâques, lundi qui précède le 25 mai, fête nationale, fête du Canada, fête du Travail, fête de l'Action de grâce.

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

- durant la période des fêtes⁵, soit la semaine incluant le jour de Noël et celle incluant le jour de l'An, le nombre minimal d'heures d'ouverture sur place attendu selon le niveau du GMF peut être réduit de 24 heures hebdomadairement.⁶ Cette soustraction d'heures ne peut se traduire par une diminution de plus d'une journée ouvrable par rapport au nombre minimal de jours par semaine où des services sont offerts habituellement sur place. Le GMF est malgré tout encouragé à compléter son offre de services de 68 heures d'accessibilité par entente avec un autre partenaire de services.

Tableau 4 – Nombre minimal de jours et d'heures d'ouverture par semaine

Niveau GMF	Nombre d'heures de services médicaux par semaine, avec ou sans entente	Nombre minimal d'heures sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre d'heures par semaine pouvant faire l'objet d'une entente	Nombre minimal de jours par semaine où des services sont offerts sur place (dans le ou les sites du GMF)	Période des fêtes	Période des fêtes
					Nombre minimal d'heures sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre minimal de jours par semaine où des services sont offerts sur place (dans le ou les sites du GMF)
1	68	52	16	5	28	4
2		56	12	5	32	4
3		60	8	6	36	5
4		64	4	6	40	5
5		68	0	7	44	6
6		68	0	7	44	6
7		68	0	7	44	6
8		68	0	7	44	6
9		68	0	7	44	6

Le GMF doit communiquer clairement à sa clientèle les modalités de son offre de services.

Le GMF doit aviser dès que possible le ministre, ainsi que le CISSS ou le CIUSSS du territoire où se situe le GMF, de tout manquement à son offre de services.

⁵ Incluant les jours fériés suivants : veille de Noël, fête de Noël, lendemain de Noël, veille de jour de l'An, jour de l'An, lendemain du jour de l'An.

⁶ Une semaine débute le lundi et se termine le dimanche suivant.

8.1.2. Situations particulières

Le GMF situé dans un territoire de moins de 50 000 habitants figurant à l'annexe IV peut se prévaloir d'un allègement concernant le nombre minimal d'heures à offrir sur place. Les allègements possibles sont les suivants :

- le GMF situé sur un territoire de RLS de moins de 25 000 habitants peut diminuer de huit le nombre minimal d'heures qu'il doit offrir sur place s'il convient d'une entente de services pour combler ces heures. Conséquemment, le nombre minimal de jours par semaine où des services sont offerts sur place est ajusté en fonction du tableau 4. Le GMF sera financé selon son niveau initialement établi;
- le GMF situé sur un territoire de RLS ayant entre 25 000 et 49 999 habitants peut diminuer de quatre le nombre minimal d'heures qu'il doit offrir sur place s'il convient d'une entente de services pour combler ces heures. Conséquemment, le nombre minimal de jours par semaine où des services sont offerts sur place est ajusté en fonction du tableau 4. Le GMF sera financé selon son niveau initialement établi.

8.1.3. Entente de services

Les ententes de services visées à la section 8.1.1 peuvent être convenues avec :

- une autre clinique médicale, un CLSC ou une UMF / GMF-U, qu'il soit ou non reconnu GMF;
- un GMF-R ou une CR;
- le service d'urgence d'un centre hospitalier.

L'entente de services doit porter sur une période de 12 mois ou, le cas échéant, sur une période allant jusqu'à la prochaine date de révision annuelle du GMF. L'entente doit être révisée et signée par les deux parties à chaque révision annuelle du GMF, en plus d'être soutenue par une recommandation écrite du DRMG. Une copie de l'entente signée et de la recommandation du DRMG doit être transmise au ministre en même temps que la demande d'adhésion au Programme ou, en vue de la révision annuelle du GMF, entre le 90^e jour et le 60^e jour précédant cette date de révision.

8.2. Taux d'assiduité

Tout GMF doit, quel que soit son niveau, maintenir un taux d'assiduité minimal de 80 %. Ce taux est toutefois établi à 70 % pour la première année d'application du Programme, soit du 1^{er} octobre 2015 au 30 septembre 2016, puis à 75 % pour la deuxième année d'application du Programme, soit du 1^{er} octobre 2016 au 30 septembre 2017.

Le taux d'assiduité est défini comme étant la proportion de visites de la clientèle inscrite au GMF effectuées dans les sites du GMF sur le nombre total de visites de la clientèle inscrite au GMF effectuées dans l'ensemble des sites de prestation de services de première ligne (GMF, GMF-R, CR, autres GMF ou cabinets, CLSC, UMF / GMF-U, urgences).

Pour le calcul du taux d'assiduité, les visites suivantes ne sont pas considérées :

- 1^o les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont la priorité de triage, établie conformément à l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence, est de niveau 1 à 3;
- 2^o les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont la priorité de triage est de niveau 4 ou 5 et qui ont été par la suite admis ou suivis (retour à l'urgence) en établissement;

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

- 3° les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie indiqué après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
- 4° toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le GMF;
- 5° toute visite à un médecin dont le lieu de travail est situé au service d'urgence, à la suite d'une référence de tout autre médecin;
- 6° toute visite à un médecin dans un autre GMF avec lequel le GMF du patient a conclu une entente de services;
- 7° toute visite à un médecin dans un GMF-R avec lequel le GMF du patient a conclu une entente de services. Si plus d'un GMF conclut une entente avec le même GMF-R, la présente exclusion s'applique seulement si le nombre total des inscrits de tous ces GMF n'atteint pas 18 000 patients, à moins que le GMF démontre au comité technique visé à la section 11 qu'une entente de services ne peut être conclue avec un autre GMF de son territoire, et ce, pour des raisons hors de son contrôle.

Les visites de patients vulnérables en établissement sont comptabilisées à l'aide des données de facturation de la RAMQ.

Les visites de patients non vulnérables en établissement sont comptabilisées à l'aide des données de facturation de la RAMQ ou estimées en appliquant la moyenne des visites de patients vulnérables au nombre de patients non vulnérables inscrits. La donnée maximisant le taux d'assiduité est retenue⁷.

8.3. Informatisation

Au moins les trois quarts des médecins du GMF doivent utiliser un DME certifié par le MSSS et en faire l'utilisation, notamment par l'alimentation au DSQ au moyen du volet « prescripteur » du DME.

Le GMF doit également respecter en tout temps les exigences informatiques du MSSS en vigueur, dont la liste et les explications sont disponibles sur le site Internet du MSSS. Le GMF devra permettre, le cas échéant, l'accès à ses infrastructures à des fins de contrôle par le représentant désigné par le ministre.

8.4. Financement et soutien professionnel

Le GMF doit :

- 1° administrer lui-même les sommes liées au financement qui lui est versé;
- 2° utiliser le financement qui lui est accordé aux seules fins prévues au Programme;
- 3° élaborer, aux fins de l'utilisation des ressources professionnelles qui lui sont allouées, des descriptions de tâches conformes aux pratiques décrites dans les différents guides d'intégration des professionnels de la santé en GMF, reproduits à l'annexe III du Programme;
- 4° conserver tous les documents ainsi que les pièces liés à l'administration et à l'utilisation du financement qui lui est versé pour une période d'au moins cinq ans suivant le versement de ce financement;

⁷ Cette règle de calcul du taux d'assiduité pour les visites des patients non vulnérables en établissement sera ajustée lorsque les modalités de la rémunération mixte seront pleinement en fonction et lorsque l'obligation pour les médecins de famille rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes de remplir le registre des consultations sera mise en vigueur.

- 5^e donner accès au ministre ou au représentant qu'il désigne à cette fin, à l'expiration d'un préavis de sept jours donné par le ministre, durant les heures d'ouverture du GMF, à ses livres et registres de comptabilité se rapportant à l'administration et à l'utilisation du financement qui lui est versé.

8.5. Manquement

8.5.1. Offre de services

Le ministre peut, à tout moment, constater un manquement aux obligations du GMF relatives à l'offre de services.

Le ministre peut également constater un manquement aux obligations du GMF à l'aide, le cas échéant, d'un avis du CISSS ou du CIUSSS spécifiant le manquement du GMF et la nature de celui-ci. Pour que ce manquement soit effectivement constaté par le ministre, le CISSS ou le CIUSSS doit avoir transmis au ministre et au médecin responsable du GMF visé une correspondance indiquant la date de contrôle, le manquement observé et la nature de celui-ci, au moins 60 jours avant la date de la révision annuelle du GMF.

Cependant, aucun manquement ne peut être constaté avant le premier anniversaire de la reconnaissance du GMF par le ministre.

8.5.2. Taux d'assiduité

Un manquement à l'obligation relative au taux d'assiduité est constaté par le ministre au moment de la révision annuelle de la situation du GMF, à l'aide des données d'analyse obtenues de la RAMQ et selon les règles précisées à l'annexe I.

Cependant, aucun manquement ne peut être constaté lors de la première révision annuelle du GMF si celle-ci est effectuée à une date antérieure à celle du premier anniversaire de la reconnaissance du GMF par le ministre.

En outre, le ministre ne constate un tel manquement que si l'analyse du comité technique visé à la section 11 démontre que le manquement n'est pas justifié par la situation particulière du GMF, dans les cas suivants :

- un GMF dont le taux d'assiduité se situe entre 77 % et 80 %;
- un cas litigieux soumis au comité technique par le GMF ou le ministre. Il appartient alors à l'organisation qui soumet le cas litigieux de documenter la situation devant être analysée par le comité technique.

L'analyse du comité technique tient notamment compte de l'éloignement de la clientèle du GMF et l'éloignement du lieu de la consommation de services par cette clientèle, soit le nombre de consultations effectuées par les patients du GMF dans un lieu situé à plus de 80 km du lieu d'inscription de ces patients ainsi que le nombre de consultations effectuées hors GMF par des patients dont la résidence se situe à plus de 40 km de leur lieu d'inscription.

Lorsque le GMF informe le DRMG qu'un manquement en lien avec le taux d'assiduité résulte possiblement du fait que le personnel infirmier, les travailleurs sociaux ou les autres professionnels de la santé n'ont pas été affectés par le CISSS ou le CIUSSS au GMF, le DRMG doit valider ce défaut auprès du CISSS ou du CIUSSS et en aviser le ministre au moins 60 jours avant la date de révision annuelle du GMF. L'avis du DRMG doit porter sur les aspects suivants :

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

- l'attribution au GMF, par le CISSS ou le CIUSSS, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la santé dans un délai maximal de trois mois après la reconnaissance du GMF par le ministre ou après une révision annuelle du GMF;
- le remplacement, par le CISSS ou le CIUSSS, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la santé en GMF pour toute absence continue de plus de quatre semaines dans les délais suivants :
 - à compter du 1^{er} jour si l'absence a été démontrée prévisible;
 - au plus tard le 1^{er} jour de la 5^e semaine d'absence si celle-ci a été démontrée imprévisible.

Le ministre ne peut constater un manquement si l'avis du DRMG confirme que la non-atteinte du taux d'assiduité minimal résulte du fait que le personnel n'a pas été affecté par le CISSS ou le CIUSSS.

8.5.3. Utilisation d'un DME certifié

Un manquement à l'obligation relative à l'utilisation d'un DME certifié par le ministre, notamment par l'alimentation au DSQ au moyen du volet « prescripteur » du DME, est constaté par le ministre au moment de la révision annuelle de la situation du GMF, à l'aide des données d'analyse obtenues de la RAMQ. Ces données se rapportent à l'utilisation d'un DME par les médecins du GMF au cours de la période annuelle précisée à l'annexe I.

Cependant, aucun manquement ne peut être constaté lors de la première révision annuelle du GMF si celle-ci est effectuée à une date antérieure à celle du premier anniversaire de la reconnaissance du GMF par le ministre.

8.5.4. Respect des exigences informatiques du MSSS

Un manquement à l'obligation relative au respect des exigences informatiques du MSSS est constaté par le ministre au moment de la révision annuelle de la situation du GMF, à l'aide, le cas échéant, d'un avis du représentant désigné par le ministre spécifiant le manquement du GMF et la nature de celui-ci. Pour que ce manquement soit effectivement constaté par le ministre, ledit représentant désigné doit avoir transmis au ministre et au médecin responsable du GMF visé une correspondance indiquant la date de contrôle, le manquement observé et la nature de celui-ci, au moins 60 jours avant la date de révision annuelle du GMF.

Cependant, aucun manquement ne peut être constaté lors de la première révision annuelle du GMF si celle-ci est effectuée à une date antérieure à celle du premier anniversaire de la reconnaissance du GMF par le ministre.

9. Révision annuelle

9.1. Date de la révision

La situation du GMF est révisée une fois par année, à l'une des dates suivantes, et ce, peu importe la date de la reconnaissance initiale du GMF :

- le 1^{er} janvier pour les GMF situés sur l'un des territoires de RLS listés dans la première section de l'annexe V;
- le 1^{er} octobre pour les GMF situés sur l'un des territoires de RLS listés dans la deuxième section de l'annexe V.

9.2. Modification du niveau du GMF ainsi que du financement et du soutien professionnel qui y est associé

Le ministre attribue un nouveau niveau au GMF, qu'il établit en fonction du nombre de patients inscrits pondérés auprès des médecins du GMF (voir tableau 1) calculé selon les règles prévues à l'annexe I, lorsqu'il s'avère que ce nombre :

- équivaut à un niveau plus élevé que celui du GMF;
- équivaut, pour une deuxième année consécutive, à 90 % ou plus, mais à moins de 99 % du nombre de patients associé à son niveau;
- équivaut à moins de 90 % du nombre de patients associé à son niveau.

Le cas échéant, le ministre alloue au GMF, pour l'année suivant la date de la révision annuelle de sa situation, le montant du financement et le soutien professionnel associés au nouveau niveau qu'il lui reconnaît pour cette année, à moins que le GMF n'ait demandé au ministre, au plus tard 90 jours avant la date de sa révision annuelle, de lui reconnaître un niveau inférieur à celui associé au nombre de patients inscrits pondérés à la RAMQ auprès des médecins du GMF.

9.3. Réduction du financement lié au fonctionnement du GMF

Le ministre réduit le financement lié au fonctionnement qu'il alloue au GMF pour l'année suivant la date de sa révision annuelle lorsque les données d'analyse démontrent un manquement du GMF à ses obligations au cours de l'année visée par les données (voir tableau 5). Les réductions applicables sont les suivantes :

- 30 % si un manquement de 1^{er} niveau est constaté;
- 50 % si un manquement de 2^e niveau est constaté;
- 100 % dans l'un ou l'autre des cas suivants :
 - le manquement de 2^e niveau constaté est le même que le manquement de 2^e niveau constaté l'année précédente;
 - au moins deux manquements de 2^e niveau sont constatés;
 - un manquement de 3^e niveau est constaté.

En cas de manquements multiples, seul le manquement de plus haut niveau donne lieu à une réduction et, lorsqu'il s'agit de manquements de même niveau, seule une réduction s'applique.

Tableau 5 – Définition des manquements selon leur niveau

Manquements 1 ^{er} niveau	Manquements 2 ^e niveau	Manquements 3 ^e niveau
Non-utilisation d'un DME certifié par 75 % des médecins du GMF	Heures d'ouverture non respectées	Taux d'assiduité inférieur à 70 % ²
	Taux d'assiduité situé entre 70 % et moins de 80 % ²	Manquement de 2 ^e niveau répété deux années consécutives
	Non-respect des exigences informatiques du MSSS en vigueur	Deux manquements de 2 ^e niveau au cours de la même année

9.4. Retrait de la reconnaissance

Le ministre retire la reconnaissance au GMF lorsqu'un manquement de 3^e niveau est constaté pour une deuxième année consécutive ou encore lorsque le ministre constate, lors de la révision annuelle du GMF, que le nombre de patients inscrits pondérés est en-deçà de 6 000.

Le ministre peut, à tout moment, retirer la reconnaissance d'un GMF lorsqu'il constate que ce dernier utilise le financement à d'autres fins que celles prévues au Programme, refuse l'accès à ses livres et registres de comptabilité ou refuse de divulguer les pièces liées à l'administration du financement, tel que prévu à la section 8.4.

10. Modification du Programme

Le ministre peut apporter des modifications au Programme. Une telle modification doit être notifiée au GMF au moins 60 jours avant la date de la révision annuelle de sa situation et devient applicable au GMF à compter de cette date, à moins que celui-ci n'ait avisé le ministre de sa volonté de mettre fin à son adhésion au Programme.

11. Comité technique

Le comité technique est composé de trois membres désignés par la FMOQ et de trois membres désignés par le ministre.

² Les manquements sont respectivement établis à moins de 80 % pour la première année d'application du Programme, soit du 1^{er} octobre 2015 au 30 septembre 2016, puis à moins de 65 % pour la deuxième année d'application du Programme, soit du 1^{er} octobre 2016 au 30 septembre 2017.

³ Les manquements sont respectivement établis entre 80 % et moins de 70 % pour la première année d'application du Programme, soit du 1^{er} octobre 2015 au 30 septembre 2016, puis entre 65 % et moins de 75 % pour la deuxième année d'application du Programme, soit du 1^{er} octobre 2016 au 30 septembre 2017.

12. Avis

Tous les avis, demandes, formulaires ou autres documents exigés en vertu du Programme doivent être acheminés au ministre par courriel à l'adresse suivante :

DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca

Le préavis exigé en vertu de la section 4.3.1 doit, pour être valide, être donné par écrit et être transmis au ministre, par un moyen permettant d'en prouver la réception à un moment précis, à l'adresse suivante :

DOSPLI – GMF
1075, chemin Ste-Foy (9^e étage)
Québec (QC) G1S 2M1

Toutes les demandes ou questions en lien avec l'*Entente particulière GMF – ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille* doivent être adressées au comité paritaire par courriel aux adresses suivantes :
comite.paritaire.FMOQ@msss.gouv.qc.ca et sdulude@fmoq.org.

13. Dispositions particulières applicables aux GMF accrédités

Le Programme remplace, dès son entrée en vigueur, le Cadre de gestion GMF. À compter de cette date, aucune nouvelle demande d'accréditation ne peut être présentée en application du Cadre de gestion.

Un GMF accrédité en application du Cadre de gestion continue d'être régi par celui-ci, et ce, jusqu'à la date de l'échéance de la convention conclue pour son application, à moins que ce GMF n'ait informé le ministre de sa volonté d'adhérer au Programme avant cette date. Dans ce cas, le GMF doit présenter une demande d'adhésion conformément aux dispositions de la section 3 du Programme.

Un GMF dont l'accréditation, en vertu du Cadre de gestion, est échue à la date d'entrée en vigueur du Programme ou vient à échéance avant le 31 mars 2016 a jusqu'au 15 mars 2016 pour faire parvenir sa demande d'adhésion au ministre ainsi que l'ensemble de la documentation, conformément aux dispositions de la section 3 du Programme. Le GMF qui n'aura pas présenté de demande d'adhésion au 15 mars 2016 sera désaccrédité à compter du 1^{er} avril 2016 et, conséquemment, le financement et le soutien professionnel dont il bénéficie prendront fin le 31 mars 2016.

Un GMF dont l'accréditation en vertu du Cadre de gestion vient à échéance entre le 1^{er} avril 2016 et le 30 juin 2016 a jusqu'au 1^{er} juin 2016 pour faire parvenir sa demande d'adhésion au ministre ainsi que l'ensemble de la documentation, conformément aux dispositions de la section 3 du Programme. Le GMF qui n'aura pas présenté de demande d'adhésion au 1^{er} juin 2016 sera désaccrédité à compter du 1^{er} juillet 2016 et, conséquemment, le financement et le soutien professionnel dont il bénéficie prendront fin le 30 juin 2016.

Un GMF dont l'accréditation en vertu du Cadre de gestion vient à échéance après le 30 juin 2016 doit faire parvenir sa demande d'adhésion au ministre ainsi que l'ensemble de la documentation, conformément aux dispositions de la section 3 du Programme, un mois avant la date d'échéance de cette accréditation. Le GMF qui n'aurait pas présenté de demande d'adhésion un mois avant la date d'échéance de cette accréditation sera désaccrédité à compter de la journée suivant la date d'échéance de son accréditation et, conséquemment, le financement et le soutien professionnel dont il bénéficie prendront fin à la dernière journée de cette accréditation.

Programme de financement et de soutien professionnel
pour les groupes de médecine de famille

Un GMF accrédité en application du Cadre de gestion et dont la date de reconnaissance officielle au Programme est antérieure au 15 janvier 2016 recevra un ajustement concernant le financement et le soutien professionnel qui lui étaient alloués en vertu du Cadre de gestion, selon les modalités prévues au Programme. De façon exceptionnelle, ce premier versement en vertu des modalités du Programme sera effectué au GMF directement par le CISSS ou le CIUSSS de son territoire. Le montant de ce premier versement sera calculé au prorata des jours restants jusqu'à la date prévue du versement suivant, et ce, en tenant compte de la subvention déjà allouée au GMF en vertu du Cadre de gestion.

Un GMF accrédité en application du Cadre de gestion et dont la date officielle de reconnaissance au Programme est le 1^{er} avril 2016 recevra, de façon exceptionnelle, directement du CISSS ou du CIUSSS, un versement équivalant à 50 % du montant de la subvention qu'il recevait en vertu du Cadre de gestion. Ce versement aura lieu le premier jour ouvrable du mois d'avril 2016. Le financement d'un tel GMF sera ajusté selon les modalités prévues au Programme au plus tard six semaines après le 1^{er} octobre 2016. Cet ajustement est rétroactif au 1^{er} avril 2016. Toutefois, le soutien professionnel dont bénéficie ce GMF en vertu du Programme est applicable au maximum trois mois suivant la date officielle de reconnaissance du GMF au Programme.

Un GMF accrédité en application du Cadre de gestion et dont la date de reconnaissance au Programme est subséquente au 1^{er} avril 2016 recevra un premier versement selon les modalités du Programme en tenant compte de la subvention déjà allouée au GMF en vertu du Cadre de gestion. Ce versement sera calculé au prorata des jours restants jusqu'à la date prévue du versement suivant, tel que spécifié à la section 6.3.3. Toutefois, le soutien professionnel dont bénéficie ce GMF en vertu du Programme est applicable au maximum trois mois suivant la date officielle de reconnaissance du GMF au Programme.

14. Entrée en vigueur

Le Programme entre en vigueur le 16 novembre 2015.

ANNEXE B

(Article 1 de l'entente)

CONTEXTE DE LA DEMANDE ET DESCRIPTION DES TRAVAUX D'ÉVALUATION DU PROGRAMME GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Contexte de la demande

L'appréciation et l'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux : indispensables pour la gestion axée sur les résultats

Le ministre de la Santé et des Services sociaux (Ministre) a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. De cette mission découle la responsabilité de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations, de voir à leur mise en œuvre et à leur évaluation, autant en ce qui concerne le système de santé et de services sociaux dans son ensemble que les programmes, l'organisation des services et la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles. Le Ministre est imputable de ses actions auprès du gouvernement et de la population du Québec. À ce titre, l'évaluation de l'intervention publique au Ministre contribue de manière importante à l'atteinte de ce but en tant qu'outil important du cycle de gestion du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

La fonction d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux est enchâssée dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Elle est une fonction du Ministre qui est essentielle à la gestion du système public de santé et de services sociaux. Évaluer et apprécier les résultats est effectivement indispensable pour la bonne conduite de chacune des étapes du cycle de gestion du système public de santé et de services sociaux, soit les étapes de planification, de répartition des ressources, de coordination, de contrôle et de reddition de comptes. Une gestion axée sur les résultats est d'ailleurs attendue de la part des ministères et des organismes faisant partie de l'État québécois, tel qu'il est édicté par la *Loi sur l'administration publique* (chapitre A-6.01) adoptée en 2000. Rappelons que cette loi avait pour principal objectif d'instaurer un cadre de gestion axé sur les résultats et sur le principe de la transparence, en vue d'assurer la qualité des services rendus aux citoyens et de favoriser l'imputabilité de l'administration gouvernementale.

Documents de référence

- *Politique d'évaluation du Ministère de la Santé et des Services sociaux*

La *Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux* (ci-après, la « Politique ») a comme objectif principal de soutenir le Ministre dans l'exercice de sa fonction d'évaluation. Plus particulièrement, la Politique a pour but de définir la notion d'évaluation, d'en énoncer les principes directeurs et de proposer une démarche d'évaluation à entreprendre en fonction du cycle de vie d'une intervention entendue dans son sens large.

Cette Politique met l'accent sur trois éléments essentiels pour toute évaluation : une description claire et détaillée de l'intervention à évaluer, un suivi rigoureux et continu des résultats de l'intervention, et une stratégie globale d'évaluation qui comprend des évaluations ponctuelles liées entre elles. La Politique est présentée à l'annexe H.

Description des travaux d'évaluation

Depuis 2002, les groupes de médecine de famille (GMF) ont incarné le modèle phare de l'organisation des soins et des services de santé de première ligne au Québec. Favorisant le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle des Centres de santé et de services sociaux¹ ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits entre patients et cliniciens, l'implantation progressive de ces groupes a connu un succès certain.

Toutefois, malgré l'accroissement du nombre de médecins de famille et du nombre de GMF, la problématique de l'accès au médecin de famille pour la population du Québec perdure. On dénote notamment une offre de services médicaux limitée en heures défavorables et la difficulté de voir son médecin en temps opportun.

L'accès aux services de première ligne et plus particulièrement l'accès au médecin de famille constitue

¹ Les Centres de santé et de services sociaux sont dorénavant intégrés dans les CISSS et les CIUSSS.

une priorité de premier plan pour le Ministre. Plusieurs gestes ont été posés pour offrir un médecin de famille à l'ensemble de la population du Québec, et pour lui assurer une consultation en temps opportun. Parmi ceux-ci, soulignons la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée* (chapitre A-2.2) et l'*Entente de principe entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux*. L'Entente prévoit des cibles reliées au taux d'assiduité, à l'inscription et au suivi de la population du Québec auprès de médecins de famille.

De plus, le Ministre a procédé à la révision du Cadre de gestion des GMF, ce qui a mené à la création du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille* (ci-après, le « Programme »). Le Programme renferme les nouvelles modalités qui permettront d'améliorer l'accès à un médecin de famille. Il a pour objet la création de groupes de médecine de famille et leur support, au moyen d'un financement et d'un soutien professionnel. Il comporte de nouvelles modalités de financement et d'allocation de ressources, et impose aux GMF des obligations touchant les heures d'ouverture, le taux d'assiduité et l'utilisation du dossier médical électronique (DME).

En respect de la *Loi sur l'administration publique* (chapitre A-6.01) qui instaure la gestion axée sur les résultats et qui est en vertu de la Directive concernant l'évaluation de programme dans les ministères et les organismes, le Ministre procédera à l'évaluation du Programme.

Le Ministre aura donc recours aux données communiquées en vertu de la présente entente afin d'apprécier et d'évaluer les résultats obtenus par le déploiement des nouvelles modalités du Programme.

Le Programme de financement des groupes de médecine de famille

L'une des mesures les plus importantes du Programme concerne l'ajout significatif de professionnels de la santé au sein des GMF (infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, nutritionnistes, etc.). Ceux-ci contribueront à offrir un suivi plus complet aux patients inscrits ainsi qu'à offrir des services mieux arrimés, en continuité avec ceux offerts dans les centres intégrés. De cette façon, les ressources professionnelles ajoutées en GMF permettront de renforcer le suivi continu des personnes dans les services offerts en GMF avec ceux offerts en établissements.

La capacité des GMF à mieux prendre en charge les clientèles inscrites et à répondre plus globalement à leurs besoins tant physiologique que psychosocial ou à ceux en lien avec la santé mentale constitue la vision du modèle préconisé par le Programme. En résumé, l'ajout de professionnels de la santé au sein des GMF permettra une meilleure prise en charge des clientèles présentant de multiples besoins tout en facilitant la fluidité des services pour l'utilisateur.

Ces éléments seront examinés attentivement lors des travaux d'évaluation, principalement par l'appariement des données spécifiées dans cette entente avec celles issues des banques de données ministérielles.

Travaux d'évaluation réalisés à partir des variables prévues à l'annexe C

Objectif de l'évaluation

L'évaluation a pour objectif de mesurer l'atteinte des résultats en matière d'accès aux services médicaux de première ligne. Plus spécifiquement, l'évaluation permettra :

1. d'apprécier l'implantation du Programme GMF :
 - vérifier l'atteinte des balises prévues dans le Programme;
2. d'apprécier l'efficacité des GMF en termes :
 - d'accessibilité aux services rendus en GMF;
 - de continuité des services avec les établissements du réseau;
 - d'une meilleure prise en charge par les GMF des clientèles aux prises avec des problèmes de santé multiples;
 - de volume de services offerts (nb de patients inscrits en GMF, nb de visites par jours en GMF).

Ainsi, la mesure de l'efficacité des GMF se fera essentiellement à partir d'indicateurs d'accessibilité aux services, d'indicateurs de productivité des GMF et d'indicateurs de continuité et d'intégration des services.

Méthodologie/Analyse/Indicateurs

Le volet quantitatif de l'évaluation se fera, entre autres, à partir d'une analyse des indicateurs de suivi du Programme et par l'exploitation de plusieurs banques de données administratives qui devront être appariées. Il permettra d'apprécier l'accessibilité, l'intégration et la continuité des services des GMF tout en situant rapidement leur niveau de respect des normes du nouveau Programme.

1. Portrait des GMF et des cliniques hors GMF selon le type de clientèle (inscrite, vulnérable ou non inscrite) lorsque applicable
 - Région/RLS;
 - Indicateur de territoire éloigné, insuffisamment pourvu de médecins (omnipraticiens et spécialistes) et de secteur isolé;

- Secteur d'activité, catégorie, caractère, statut d'opération et vocation particulière de l'établissement;
 - Volume des actes dispensés, selon le type d'actes;
 - Volume des services dispensés selon leur nature;
 - Nombre d'usagers inscrits par dispensateur;
 - Nombre d'heures et/ou de jours de services offerts par les dispensateurs;
 - Nombre moyen de services rendus (patients) selon la plage horaire (favorable ou défavorable) et la journée de la semaine;
 - Nombre moyen de dispensateurs présents selon la plage horaire (favorable ou défavorable) et la journée de la semaine;
 - Nombre moyen de patients par dispensateur selon la plage horaire (favorable ou défavorable) et la journée de la semaine;
 - Distribution du nombre de consultations par jour selon le nombre de jours facturés;
 - Nombre moyen de visites par patient;
 - Nombre de dispensateurs affiliés selon leur classe ou leur sous-classe, leur âge et leur sexe;
 - Ancienneté de la pratique des dispensateurs;
 - Ancienneté de l'affiliation de l'usager auprès de son dispensateur;
 - Nombre de cessations de participation des médecins selon la raison;
 - Nombre de fins d'affiliation de l'usager auprès de son dispensateur selon la raison;
 - Pourcentage des services rendus en mode sans rendez-vous selon la plage horaire (favorable ou défavorable) et la journée de la semaine;
 - Pourcentage d'utilisation de la banque d'heures destinées à la rémunération des activités professionnelles requises pour le fonctionnement du GMF;
 - Gardes en disponibilité selon la plage horaire.
2. Portrait de la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille : comparaison clientèles GMF et hors GMF
- Nombre de patients inscrits selon l'âge, le sexe, le niveau de défavorisation, le type de vulnérabilité (incluant la vulnérabilité en raison de l'âge) et le diagnostic;
 - Nombre de nouveaux patients inscrits au cours de l'année selon l'âge, le sexe, le niveau de défavorisation, le type de vulnérabilité (incluant la vulnérabilité en raison de l'âge) et le diagnostic;
 - Ventilation de la clientèle inscrite selon le territoire de RLS;
 - Pourcentage des usagers inscrits en périnatalité;
 - Nombre d'usagers inscrits qui sont devenus vulnérables au cours de l'année.
3. Portrait de la consommation de services de première ligne : comparaison clientèles GMF et hors GMF, selon le lieu de dispensation lorsque applicable
- Nombre de visites annuelles;
 - Pourcentage des visites annuelles qui ont eu lieu avec le médecin de famille;
 - Taux d'assiduité de la clientèle inscrite;
 - Distance moyenne entre le lieu habituel de dispensation des services et le lieu de résidence de l'usager;
 - Nombre moyen d'omnipraticiens consultés au cours de l'année;
 - Pourcentage des usagers ayant rencontré leur médecin au moins une fois au cours de l'année parmi les usagers vulnérables et non-vulnérables.
4. Continuité et intégration des services (nécessite appariement de données) : comparaison clientèles GMF et hors GMF
- Nombre moyen de spécialistes consultés au cours de l'année selon le type de spécialiste;
 - Nombre annuel de consultations spécialisées auprès d'un médecin spécialiste, selon le type de spécialité;
 - Nombre d'usagers qui ont consulté au moins un spécialiste au cours de l'année, selon le type de spécialité;
 - Délai moyen pour une visite chez le médecin de famille après une consultation spécialisée;
 - Nombre de visites en établissements pour des services de première ligne, selon le type de services;
 - Nombre de visites en établissements pour des services de première ligne dans les 7, 30 et 90 jours suivant la dernière visite chez le médecin de famille;
 - Nombre de consultations spécialisées pour lesquelles une référence a été émise par un dispensateur, selon le type de spécialité.
5. Fardeau de soins pour le système (résultats défavorables, nécessite appariement de données) : comparaison clientèles GMF et hors GMF
- Nombre annuel de visites à l'urgence, selon le niveau de priorité;
 - Évolution des visites à l'urgence ayant un niveau de priorité moindre (P4-P5);
 - Nombre annuel d'hospitalisations;
 - Nombre annuel de jours d'hospitalisation;
 - Nombre de visites à l'urgence dans les 7, 30 et 90 jours suivant la dernière visite chez le

Entente portant sur la communication de renseignements nécessaires aux travaux d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux concernant le déploiement des nouvelles modalités du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille

- médecin de famille;
- Nombre d'hospitalisations dans les 7, 30 et 90 jours suivant la dernière visite chez le médecin de famille;
- Nombre d'hospitalisations pour des conditions propices à des soins ambulatoires;
- Nombre annuel de décès;
- Contrôle des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension.

Analyse longitudinale

Les données de 2011 à 2020 seront nécessaires afin d'effectuer l'étude longitudinale de la situation des GMF et de juger de l'atteinte des résultats en matière d'accès aux services de première ligne.

Niveaux d'analyse

Trois niveaux d'analyse géographique pour chaque indicateur :

- niveau national;
- niveau régional (par région socio-sanitaire);
- niveau territorial (réseau territorial de services)
- niveau local (par GMF ou clinique hors GMF et par réseau local de services);

Informations contextuelles

Les indicateurs seront calculés selon :

- le niveau et le type de GMF tel qu'il est défini dans le Programme;
- l'âge et le genre des médecins;
- l'âge et le genre des usagers;
- le type de vulnérabilité des usagers;
- le niveau de défavorisation sociale et matérielle;
- le type de région (universitaire, périphérique, intermédiaire ou éloignée);
- le score de performance global;
- le score de performance de la pratique interdisciplinaire;
- utilisation de la banque d'heures destinées à la rémunération des activités professionnelles requises pour le fonctionnement en GMF.

Appariement des données

Certains indicateurs identifiés précédemment ne sont calculables qu'à partir d'un appariement des renseignements appartenant à la RAMQ avec ceux provenant des banques de données ministérielles. L'appréciation du Programme ne repose pas strictement sur la capacité des GMF à desservir sa clientèle inscrite en temps opportun. L'intégration et la continuité des services sont au cœur 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* (chapitre O-7.2), et le partenariat à établir entre les GMF et les CIUSSS ou les CIUSSS en vertu du Programme doit favoriser ces éléments. De plus, par l'ajout de professionnels de la santé, les GMF élargissent leur gamme de services au bénéfice d'une meilleure prise en charge des clientèles qu'ils desservent, la résultante visée étant une amélioration de la qualité des services rendus et de l'état de santé des clientèles inscrites.

En résumé, l'évaluation des GMF se fera principalement à partir d'indicateurs d'accessibilité, de continuité de services et de fardeau de soins, ces deux dernières catégories d'indicateurs étant obtenu à partir du jumelage de banque de données.

En effet, la mesure de la continuité des services entre le GMF et les établissements du réseau se fera à partir de l'analyse d'itinéraires d'usagers qui détaillent leur parcours de soins. Cette approche requière l'appariement des données renfermant les informations sur les services rendus en GMF avec celles renfermant les informations sur les services rendus en établissements. L'appariement des données concerne les banques de données ministérielles et les indicateurs ci-dessous :

1. Fichier des services de premières ligne rendus en CLSC – I-CLSC :
 - Nombre de visites en établissements pour des services de première ligne : ventilation selon le type de services;
 - Nombre de visites en établissements pour des services de première ligne dans les 7, 30 et 90 jours suivant la dernière visite chez le médecin de famille;
2. Fichier des hospitalisations – Med-Echo :
 - Nombre annuel d'hospitalisations;
 - Nombre annuel de jours d'hospitalisation;
 - Nombre d'hospitalisations dans les 7, 30 et 90 jours suivant la dernière visite chez le médecin de famille;
 - Nombre d'hospitalisation pour des conditions propice à des soins ambulatoires;
3. Fichier des services rendus à l'urgence – BDCU :
 - Nombre annuel de visites à l'urgence, selon le niveau de priorité;
 - Évolution des visites à l'urgence ayant un niveau de priorité moindre (P4-P5);
 - Nombre de visites à l'urgence dans les 7, 30 et 90 jours suivant la dernière visite chez le médecin de famille;
 - Contrôle des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension.

ANNEXE C

(Article 2 de l'entente)

RENSEIGNEMENTS COMMUNIQUÉS

1. Fichier « Index des personnes assurées »

	Variable
1	Numéro banalisé de l'individu
2	Date de naissance complète
3	Sexe du bénéficiaire
4	Code postal complet du bénéficiaire
5	Date de décès (s'il y a lieu)
6	Territoire de CLSC

2. Fichier « Gestion des numéros d'individus »

	Variable
1	Numéro banalisé de l'individu ancien
2	Numéro banalisé de l'individu nouveau
3	Indicateur de NAM fusionné

3. Fichier « Dispensateurs »

	Variable
1	Code de classe du dispensateur
2	Numéro banalisé du dispensateur
3	Numéro séquentiel individu dispensateur
4	Code de sexe
5	Date de naissance
6	Date du décès
7	Date d'obtention du permis
8	Date d'inscription à la RAMQ
9	Date début spécialité
10	Date début pratique omnipraticien

4. Fichier « Spécialité du dispensateur (ou professionnel) »

	Variable
1	Code de classe du dispensateur
2	Numéro banalisé du dispensateur
3	Code de niveau (spécialité principale ou secondaire)
4	Code de spécialité
5	Date de début de chaque spécialité
6	Date de fin de chaque spécialité

5. Fichier « Services rendus à l'acte »

Table « Service »

	Variable
1	Code d'entente du dispensateur
2	Code de classe du dispensateur
3	Numéro banalisé du dispensateur
4	Code d'origine de la transaction

Entente portant sur la communication de renseignements nécessaires aux travaux d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux concernant le déploiement des nouvelles modalités du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*

5	Date du service
6	Code de l'acte
7	Code de rôle
8	Code de modificateur pour rémunération à l'acte
9	Nombre d'actes
10	Nombre d'unités
11	Numéro banalisé de l'individu
12	Âge de l'individu au moment du service
13	Code de sexe de l'individu
14	Code de diagnostic
15	Classe du dispensateur référent
16	Numéro banalisé du dispensateur référent
17	Code de lieu de dispensation
18	Numéro de l'établissement usuel
19	Code de localité
20	Code de période d'heures du service médical

6. Fichier « Services médicaux sans personne assurée »

Table « Service »

	Variable
1	Code d'entente du dispensateur
2	Code de classe du dispensateur
3	Numéro banalisé du dispensateur
4	Date du service
5	Code d'acte
6	Nombre d'actes
7	Nombre d'unités
8	Numéro de l'établissement usuel
9	Code de localité
10	Code de période d'heures du service médical

7. Fichier « Facturation à vacation » (tarif horaire)

Table « Services rendus »

	Variable
1	Code d'entente du dispensateur
2	Code de classe du dispensateur
3	Numéro banalisé du dispensateur
4	Numéro de l'établissement usuel
5	Code secteur de dispensation
6	Date du service
7	Code de la nature des services
8	Code d'emploi du temps
9	Code d'unité de rémunération
10	Nombre d'heures payées
11	Indicateur de plage horaire - nuit
12	Indicateur de plage horaire – AM
13	Indicateur de plage horaire – PM
14	Indicateur de plage horaire - soir

8. Fichier « Facturation à salaire – horaire fixe » (RPS)

	Variable
1	Code d'entente du dispensateur
2	Code de classe du dispensateur
3	Numéro banalisé du dispensateur

Entente portant sur la communication de renseignements nécessaires aux travaux d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux concernant le déploiement des nouvelles modalités du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille

4	Numéro de l'établissement usuel
5	Code secteur de dispensation
6	Code de localité
7	Indicateur de plage horaire – nuit
8	Indicateur de plage horaire – AM
9	Indicateur de plage horaire – PM
10	Indicateur de plage horaire – soir
11	Code de nature du service
12	Code d'emploi du temps
13	Date du service
14	Nombre d'heures payées
15	Code de congé

9. Fichier « Établissement »

	Variable
1	Numéro d'établissement
2	Numéro de l'établissement attribué par le MSSS
3	Nom établissement
4	Première ligne d'adresse
5	Deuxième ligne d'adresse
6	Code de province
7	Code postal 6 positions
8	Code de localité
9	Code de catégorie d'établissement
10	Statut d'opération
11	Caractère de l'établissement
12	Vocation particulière
13	Date de début
14	Date de fin

10. Fichier « Table de correspondance entre les numéros d'établissements de la RAMQ »

	Variable
1	Numéro de l'établissement usuel
2	Numéro d'établissement
3	Date de début du numéro établissement des fichiers de facturation
4	Date de fin du numéro établissement des fichiers de facturation

11. Fichier « Lieu géographique »

	Variable
1	Code de localité
2	Nom localité
3	Code de territoire de tarification omnipraticien
4	Code de territoire de tarification spécialiste
5	Indicateur dépourvu omnipraticien
6	Indicateur dépourvu spécialiste
7	Secteur isolé omnipraticien
8	Secteur isolé spécialiste
9	Date de début
10	Date de fin

12. Fichier « Groupes de médecine de famille »

Table « Informations sur les groupes de médecine de famille »

	Variable
1	Numéro GMF
2	Nom GMF

Table « Dispensateurs membres d'un GMF »

	Variable
1	Numéro GMF
2	Code classe dispensateur
3	Numéro banalisé du dispensateur
4	Code de raison de cessation de participation à un GMF
5	Date de début partenaire dispensateur GMF
6	Date de fin partenaire dispensateur GMF

Table « :Point de service d'un GMF »

	Variable
1	Numéro GMF
2	Numéro de l'établissement usuel
3	Date de début du point de services GMF
4	Date de fin du point de services GMF

13. Fichier « Relation entre les dispensateurs et leur clientèle »

Table « Relation dispensateur clientèle »

	Variable
1	Numéro banalisé de l'individu
2	Numéro banalisé du dispensateur
3	Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle
4	Code de classe dispensateur
5	Numéro de séquence individu du dispensateur anonyme
6	Catégorie de relation
7	Date de début de la période de relation dispensateur clientèle
8	Date de fin de la période de relation dispensateur clientèle
9	Code de raison de la fin de la relation avec le dispensateur
10	Date de fin admis périnatalité
11	Date début admis personnes âgées

Table « Lieu de la relation dispensateur clientèle »

	Variable
1	Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle
2	Code de niveau de lieu
3	Numéro de l'établissement usuel
4	Code de localité
5	Date de début du lieu
6	Date de fin du lieu

Table « Valeur d'attribut relation dispensateur clientèle »

	Variable
1	Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle

Entente portant sur la communication de renseignements nécessaires aux travaux d'appréciation et d'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux concernant le déploiement des nouvelles modalités du *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*

2	Numéro de séquence de la valeur de l'attribut
3	Valeur alphabétique de l'attribut
4	Valeur numérique de l'attribut
5	Valeur format date de l'attribut
6	Date de début de l'attribut
7	Date de fin de l'attribut

Table « Situation de santé de la relation dispensateur clientèle »

	Variable
1	Numéro séquentiel relation dispensateur clientèle
2	Date de la déclaration de caractéristique de santé
3	Code de caractéristique de santé
4	Date de début de la situation de santé
5	Date de fin de la situation de santé

Table « Consultation relation dispensateur client »

	Variable
1	Numéro banalisé de l'individu
2	Numéro banalisé du dispensateur
3	Date de consultation
4	Numéro de l'établissement usuel
5	Code de localité
6	Code de classe du dispensateur

14. Fichier « Table de correspondance entre les numéros d'identification banalisés des usagers »

	Variable
1	Numéro banalisé de l'individu utilisé pour les négociations
2	Identifiant unique anonyme utilisé dans les banques de données confiées (I-CLSC, Med-Echo et BDCU)

ANNEXE D

(Article 3 de l'entente)

FRÉQUENCE ET MODALITÉS

FRÉQUENCE DE TRANSMISSION

À l'exception de la « Table de correspondance entre les numéros d'identification banalisés des usagers » qui est envoyée annuellement, les renseignements sont communiqués de façon à recevoir, pour chacun des treize fichiers les contenant, quatre fichiers trimestriels et un fichier annuel, et ce, pour chacune des années de données prévues à l'entente.

Fichiers
1 Index des personnes assurées
2 Gestion des numéros d'individus
3 Dispensateurs
4 Spécialité du dispensateur (ou professionnel)
5 Services rendus à l'acte
6 Services médicaux sans personne assurée
7 Facturation à vacation
8 Facturation à salaire – horaire fixe
9 Établissement
10 Table de correspondance entre les numéros d'établissements de la RAMQ
11 Lieu géographique
12 Groupes de médecine de famille
13 Relation entre les dispensateurs et leur clientèle
14 Table de correspondance entre les numéros d'identification banalisés des usagers

MODALITÉS DE TRANSMISSION

La transmission des fichiers se fait au moyen d'une télécommunication sécurisée suivant une technologie convenue entre les parties, ou par tout autre moyen sécurisé.

Considérant que les renseignements prévus à l'annexe C sont déjà communiqués au Ministre par la Régie, conformément au deuxième alinéa de l'article 65 de la *Loi sur l'assurance maladie*, le Ministre extrait de ces fichiers les renseignements prévus à l'annexe C.

Les fichiers seront jumelés avec les banques de données ministérielles suivantes :

- 1) I-CLSC;
- 2) Med-Echo;
- 3) Banque de données commune des urgences (BDCU);

Pour procéder au jumelage, le MSSS procède de la façon qui suit :

1. À partir de la table de correspondance (fichier #14), le MSSS attribue l'identifiant unique anonyme utilisé dans les banques de données confiées aux usagers identifiés dans les fichiers transmis pour les négociations;
2. Le MSSS dérive un identifiant propre aux travaux d'appréciation et d'évaluation des résultats concernant le déploiement des nouvelles modalités du **Programme GMF** pour l'ensemble des fichiers reçus;
3. Le MSSS applique la même « clé de brouillage » aux données des trois banques de données ministérielles auxquelles seront jumelées les données de la RAMQ.

ANNEXE E

MESURES DE SÉCURITÉ, DE CONTRÔLE ET DE CONSERVATION

(Article 4 de l'entente)

Le Ministre assure la confidentialité et la sécurité des renseignements obtenus de la Régie et, à cette fin, il applique les mesures qui suivent :

NORMES DE SÉCURITÉ

Les renseignements doivent être gardés dans des endroits sécuritaires auxquels l'accès n'est permis qu'aux personnes autorisées.

Les normes et les standards gouvernementaux au regard de la sécurité de l'information doivent être appliqués aux renseignements obtenus.

MESURES DE CONTRÔLE

Le responsable de la sécurité au ministère de la Santé et des Services sociaux avise celui de la Régie de toute perte ou de toute divulgation non autorisée des renseignements obtenus de la Régie.

CONSERVATION

Au ministère de la Santé et des Services sociaux, les documents sur lesquels apparaissent des renseignements obtenus de la Régie sont soumis aux procédures de gestion des documents en vigueur, lesquelles sont conformes à la *Loi sur les archives* (chapitre A-21.1).

ANNEXE F
REPRÉSENTANTS DU MINISTRE
(Articles 8 et suivants de l'entente)

Les personnes suivantes sont les représentants du Ministre :

1. Responsable organisationnel

Directrice
Direction de la gestion intégrée de l'information et de la performance
Direction générale de la coordination réseau et ministérielle
Téléphone : 418 266-8399

2. Agents de liaison aux fins de la communication des renseignements

Directrice adjointe
Direction de l'analyse et du soutien informationnel
Direction générale du personnel réseau et ministériel
Téléphone : 418 266-8457

3. Responsable pour les questions de protection des renseignements confidentiels

Responsable du service de l'accès à l'information et de la propriété intellectuelle
Téléphone : 418 266-7005

4. Responsable pour les questions de sécurité de l'information

Responsable de la sécurité de l'information numérique
Direction de la sécurité
Direction générale des technologies de l'information
Téléphone : 418 527-5211

ANNEXE G
REPRÉSENTANTS DE LA RÉGIE
(Articles 8 et suivants de l'entente)

Les personnes occupant les postes suivants sont les représentants de la Régie :

1. Responsables organisationnels

Directeur
Direction de l'analyse et de la gestion de l'information
Téléphone : 418 682-5132

2. Agent de liaison aux fins de la communication des renseignements

Chef de service
Service de la gestion informationnelle des banques de la Régie
Direction de l'analyse et de la gestion de l'information
Téléphone : 418 682-5124

3. Responsable pour les questions de protection des renseignements confidentiels

Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels
Téléphone : 418 682-5173

4. Responsable pour les questions de sécurité de l'information

Directeur des systèmes informationnels, administratifs et sécurité de l'information
Téléphone : 418 682-5164

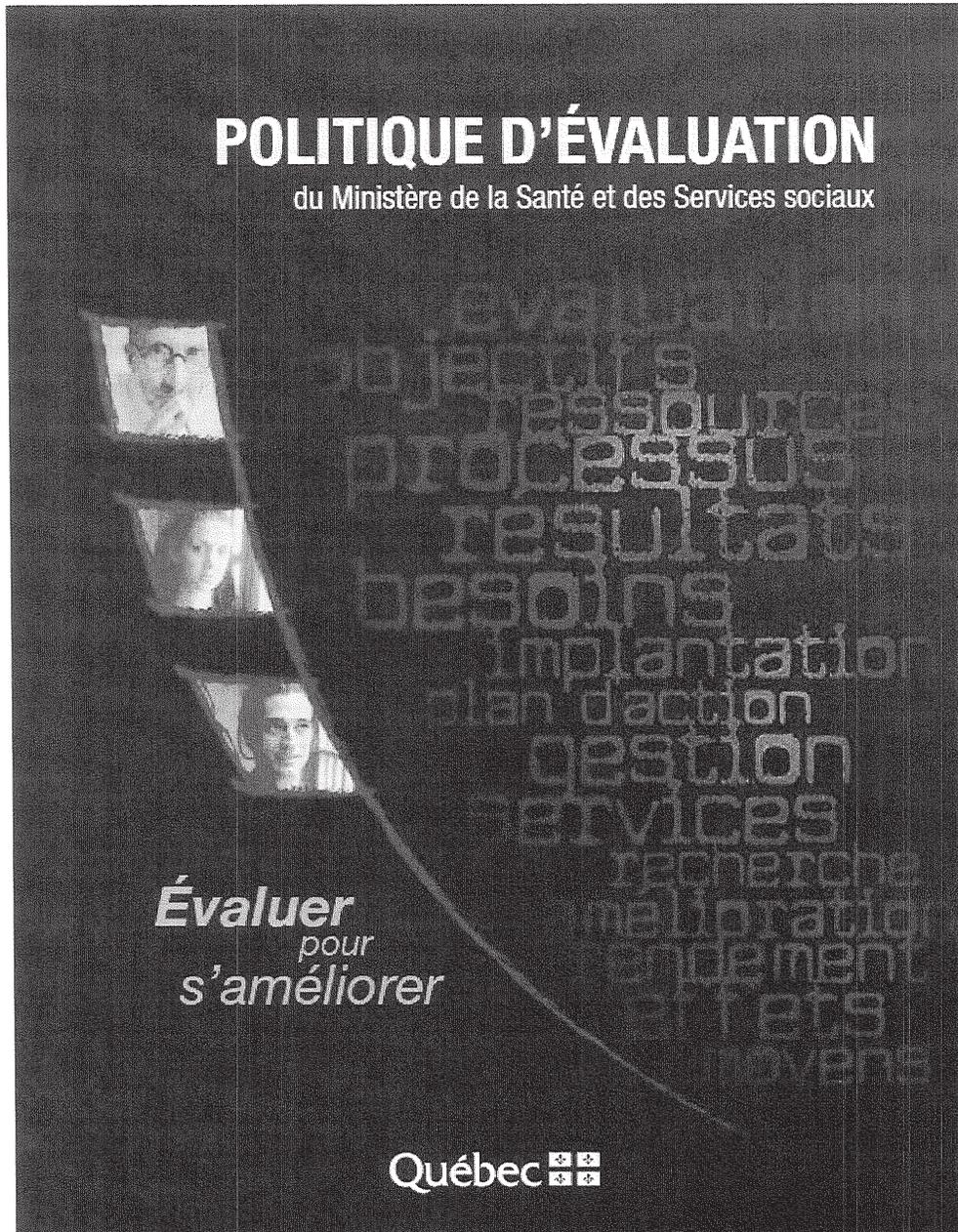
ANNEXE H

POLITIQUE D'ÉVALUATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-706-01.pdf>

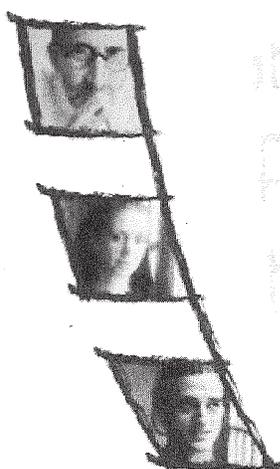
Publication no : 03-706-01

No. ISBN (PDF) : 2-550-41018-1



POLITIQUE D'ÉVALUATION

du Ministère de la Santé et des Services sociaux



Évaluer
pour
s'améliorer

évaluation
objectifs
ressources
processus
résultats
besoins
implantation
plan d'action
gestion
services
recherche
amélioration
rendement
effets
coûts

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation

Direction générale de la planification stratégique,
de l'évaluation et de la gestion de l'information

Juin 2003

Santé
et Services sociaux
Québec

La publication de cette politique d'évaluation a été rendue possible grâce à la participation des personnes suivantes de la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation :

Nelson Potvin, conception et réalisation
Lise Lapointe, mise en page
Claude Dussault, direction du projet

Révision linguistique : Francine Bordeleau

Cette édition a été produite par :
la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : (418) 644-4574

par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section Documentation, sous la rubrique Publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-41018-1

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

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
LE CONTEXTE.....	7
LA DÉFINITION DE L'ÉVALUATION.....	9
PREMIÈRE SECTION : L'ENCADREMENT DE L'ÉVALUATION.....	11
1. LES DOMAINES D'ÉVALUATION AU SEIN DU MINISTÈRE.....	11
2. LE PLAN D'ACTION DE LA DÉRI EN ÉVALUATION.....	12
3. LA COLLABORATION AVEC LES RÉGIES RÉGIONALES ET LE RÉSEAU.....	13
4. L'ÉVALUATION ET LA REDDITION DE COMPTES.....	14
5. LE FINANCEMENT DE L'ÉVALUATION.....	14
DEUXIÈME SECTION : L'EXERCICE DE L'ÉVALUATION.....	17
1. LA PRATIQUE ÉVALUATIVE.....	17
2. LE CADRE D'ÉVALUATION.....	18
3. LES TYPES D'ÉVALUATION.....	18
LES CONDITIONS DE RÉALISATION.....	21
CONCLUSION.....	23
ANNEXE : LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS.....	25

INTRODUCTION

La présente Politique a comme objectif de soutenir le Ministère dans l'exercice de sa fonction d'évaluation. Dans le contexte actuel de la mise en place de la nouvelle Loi sur l'administration publique¹ et du récent arrêté du Conseil du trésor (CT 198345)², où sont précisées certaines attentes en matière d'évaluation, la nécessité d'une telle Politique se faisait de plus en plus pressante. Pour y répondre, cette Politique a donc reçu l'approbation du Comité de direction (CODIR) du Ministère, en date du 17 mars 2003.

1. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, L.R.Q., c.A-6.01, *Loi sur l'administration publique*.
2. CONSEIL DU TRÉSOR (2002), C.T. 198345 *concernant les orientations du Conseil du trésor relatives à la fonction d'évaluation de programme dans les ministères et organismes*.

LE CONTEXTE

L'évaluation de programme est étroitement liée à la modernisation de la gestion publique, comme en témoigne l'arrêté du Conseil du trésor. Ce dernier découle de la nouvelle Loi sur l'administration publique, laquelle instaure un cadre de gestion axé sur les résultats et affirme la priorité accordée aux services aux citoyens. De ce fait, il incombe directement au Ministère de s'assurer de l'évaluation de ses politiques et de ses programmes, orientations, interventions et stratégies.

L'arrêté du Conseil du trésor s'inscrit également en concordance avec les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux³ et de la récente Loi sur la santé publique⁴ qui définissent les responsabilités légales du Ministère et de son réseau en matière d'évaluation.

Par ailleurs, selon un récent document d'orientation du Secrétariat du Conseil du trésor⁵, le Ministère doit veiller à l'évaluation de ses programmes et politiques en vue de déterminer leur pertinence actuelle, dans quelle mesure les activités et les résultats sont conformes à sa mission, dans quelle mesure les objectifs ont été atteints et, s'il y a lieu, les moyens d'atteindre les objectifs d'une manière plus efficace, soit par des améliorations opérationnelles à l'intervention existante, soit par l'introduction d'une nouvelle intervention. Soulignons également que l'évaluation permet de mettre en lumière certaines réalisations intéressantes des milieux d'intervention.

3. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. L.R.Q., c.S-4.2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

4. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. L.R.Q., c.S-2.2. *Loi sur la santé publique.*

5. SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR (2002). *L'évaluation de programme, document destiné aux dirigeants et dirigeantes de ministères et d'organismes*. Québec, SCT, Sous-secrétariat aux politiques budgétaires et aux programmes.

LA DÉFINITION DE L'ÉVALUATION

Le même document nous rappelle que l'évaluation d'un programme ou d'une politique est une démarche rigoureuse de collecte et d'analyse d'information qui vise à porter un jugement structuré sur un programme, une politique, un processus ou un projet pour aider à la prise de décision. Elle permet d'apprécier la pertinence de l'intervention, ou l'efficacité avec laquelle ses objectifs sont poursuivis, l'efficience des moyens mis en place, ou sa rentabilité, ainsi que ses retombées. Ajoutons à cela que l'évaluation porte en outre sur l'implantation d'une intervention, et sur les liens entre les composantes que sont les besoins, objectifs, ressources, processus et résultats.

PREMIÈRE SECTION : L'ENCADREMENT DE L'ÉVALUATION

1. LES DOMAINES D'ÉVALUATION AU SEIN DU MINISTÈRE

Quatre domaines d'intervention peuvent faire l'objet d'une évaluation au sein du Ministère. Les travaux d'évaluation entrepris dans chacun de ces domaines répondent de facto à des enjeux stratégiques pour le Ministère. Les objectifs fondamentaux qu'il compte rejoindre au moment de l'évaluation de ces quatre domaines d'intervention sont :

- L'amélioration de la performance des actions du Ministère.
- L'amélioration du processus de reddition de comptes du Ministère.
- L'amélioration des services aux citoyens.

L'évaluation des orientations, politiques et stratégies

Le premier domaine d'évaluation concerne les orientations, politiques et stratégies, dont la mise en œuvre requiert souvent une évaluation préalable afin de vérifier en quoi elles sont nécessaires, les résultats qu'on attend d'elles et leur ordre de coûts. L'évaluation de la mise en œuvre de ces orientations, politiques et stratégies est également indispensable. Ce travail est effectué par les professionnels de la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation (DÉRI), qui remplissent aussi un rôle de soutien et d'accompagnement auprès des autres directions du Ministère aux étapes de la planification et de la réalisation de ces évaluations.

L'évaluation des plans d'action du Ministère

L'évaluation des plans d'action ministériels, par l'entremise des ententes de gestion et d'imputabilité prévues à l'intérieur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, constitue le second domaine d'évaluation au sein du Ministère. Cette démarche se fait au moyen d'indicateurs de performance et met à contribution la Direction des ententes de gestion ainsi que la Direction des indicateurs et du pilotage, notamment.

L'évaluation de certains programmes du Ministère

Le troisième domaine d'évaluation est celui de l'évaluation des résultats de certains programmes, notamment ceux dont la situation est préoccupante pour les autorités du Ministère. Pour les besoins de l'impartialité, ces évaluations sont habituellement confiées à des ressources externes au Ministère et elles sont gérées au sein de la DÉRI. Cette dernière procédure demeure ponctuelle et s'apparente aux travaux menés par le Vérificateur général du Québec, au cours de ses investigations.

Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux

L'évaluation en santé publique

Enfin, et c'est là le quatrième domaine d'évaluation au sein du Ministère, la Direction générale de la santé publique s'est dotée d'un cadre d'évaluation⁶ pour son Programme national de santé publique auquel collaborent notamment la DÉRI, les régies régionales et certains autres partenaires du milieu de la santé et des services sociaux. Conjointement avec les régies régionales, la Direction générale de la santé publique gère également un programme de subventions en santé publique⁷ (PSSP) pour réaliser des projets d'études et d'évaluation.

2. LE PLAN D'ACTION DE LA DÉRI EN ÉVALUATION

Étant donné l'importance accrue que revêt désormais l'évaluation, les autorités du Ministère reconnaissent ici que la DÉRI est chargée de la fonction principale d'actualisation de la mission d'évaluation du Ministère. La DÉRI a un rôle de leader et de porteur principal du dossier, tant sur le chapitre de la planification que sur celui de la réalisation des mandats d'évaluation. Elle est également investie des rôles de coordination des intervenants du réseau, de gestion de contrats à l'externe, ainsi que de soutien et d'accompagnement des autres directions du Ministère.

L'évaluation au sein de la DÉRI, comme toute autre fonction de gestion, doit faire l'objet d'une planification opérationnelle rigoureuse. Cette planification constitue l'instrument de gestion par excellence qui accompagnera la présente Politique d'évaluation. Le CODIR et le Comité de gestion du réseau (CGR) sont les instances ministérielles qui préciseront les priorités d'évaluation dont devra tenir compte la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation pour l'élaboration de ce plan d'action. Ces choix devront également s'appuyer sur une analyse et des recommandations effectuées par la DÉRI.

Le choix des sujets et des priorités d'évaluation sera établi en fonction de certains critères, dont : l'importance stratégique de l'intervention, le besoin d'améliorer l'intervention, la nécessité de rendre compte de l'implantation et des résultats de l'intervention, la faisabilité technique, matérielle et financière de l'évaluation.

Essentiellement le plan d'action en évaluation de la DÉRI⁸ :

- ordonnera les activités de façon chronologique ;
- déterminera les étapes préalables à chaque activité ;
- définira les ressources humaines, matérielles et financières requises ;

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique*, Québec, MSSS.

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation. Orientations, objectifs et paramètres de gestion*, Québec, MGSS.

8. PINEAULT, R., et C. DAVELUY (1986). *La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies*, Montréal, Agence d'Arc.

- spécifiera clairement les responsabilités de chacun ;
- s'assurera de la collaboration des partenaires concernés ;
- étudiera les contraintes et les spécifiera ;
- précisera les dates de début et de fin des activités.

Le plan d'action sera produit sur une base annuelle et sera présenté au CODIR afin de recevoir son approbation. Les informations qui découleront de la mise en œuvre du plan d'action seront du domaine du public, puisqu'elles permettront de démontrer que le Ministère prend les moyens nécessaires afin de procéder aux ajustements que demandent ses interventions.

Le partage des responsabilités permettant la réalisation de ce plan d'action se trouve en annexe à la présente Politique d'évaluation. Les modifications auxquelles doivent s'attendre les autres directions du Ministère y sont énumérées, du moins en ce qui concerne leurs responsabilités à l'égard de l'évaluation. La Direction générale de la santé publique possède quant à elle son propre plan d'action afin de réaliser l'évaluation du Programme national de santé publique, auquel la DERI collabore, en tant que partenaire.

3. LA COLLABORATION AVEC LES RÉGIES RÉGIONALES ET LE RÉSEAU

En matière d'évaluation, le Ministère et les régies régionales se sont dotés récemment d'un mécanisme de coordination, le Groupe de coordination interrégions-MSSS en évaluation (CIME)⁹. Le CIME est rattaché au Comité de concertation et de coordination en planification et en évaluation (CCCPE), lequel a été créé par le Comité de gestion du réseau.

Les avantages escomptés de cette coordination sont :

- Le développement d'une meilleure pratique en évaluation dans le réseau en bénéficiant des expériences réciproques.
- Une utilisation plus efficiente des ressources, déjà fort restreintes, en partageant les mandats et en évitant ainsi certains doublages.

Présentement, le CIME commence à définir des objets de travail communs en matière de projets d'évaluation. Il s'est également doté d'un outil informatisé d'échange d'information entre ses membres. Différents moyens sont en outre prévus afin de faire le suivi des travaux d'évaluation du Ministère et des régies régionales, ainsi que des ressources humaines et financières qui y seront investies. Par ailleurs, en plus de cette indispensable collaboration, le Ministère et les régies régionales continuent d'assumer leurs responsabilités légales respectives en matière d'évaluation.

9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). Groupe de coordination interrégions-MSSS en évaluation (Groupe CIME), Québec, MSSS.

Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce partenariat s'étend aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'aux différents organismes rattachés au Ministère, puisqu'ils ont eux aussi des responsabilités à l'égard du processus d'évaluation, dont celle de collaborer aux démarches du Ministère, en plus de réaliser leurs propres démarches évaluatives.

4. L'ÉVALUATION ET LA REDDITION DE COMPTES

Il est essentiel, aux termes de la Loi sur l'administration publique, que le Ministère rende compte des résultats de ses politiques, orientations et programmes. Dans cette perspective, l'évaluation doit être insérée dans le processus de reddition de comptes du Ministère, afin qu'il puisse améliorer son imputabilité par rapport aux résultats de ses évaluations.

Pour ce faire, une section du plan stratégique sera consacrée à la planification des travaux d'évaluation du Ministère. Le rapport annuel de gestion, quant à lui, fera état des résultats auxquels conduisent les évaluations réalisées par le Ministère. Il est important de souligner ici que les contrats de gestion et d'imputabilité qui président à la reddition de comptes entre le Ministère et son réseau prendront en considération les attentes du Ministère quant à l'évaluation. Une telle façon de faire permettra au Ministère d'être proactif par rapport aux procédures de vérification intégrée du Vérificateur général du Québec, plutôt que d'en assumer les répercussions après coup.

Par ailleurs, l'évaluation, rappelons-le, fait partie intégrante du cycle de gestion d'une administration moderne. Elle peut être mise à contribution à chacune de ses étapes, de la planification à la mise en œuvre, jusqu'à la coordination des services et la reddition de comptes sur ceux-ci.

5. LE FINANCEMENT DE L'ÉVALUATION

Le financement d'une évaluation doit prendre en considération certains facteurs. Parmi ceux-ci, mentionnons les attentes du commanditaire de l'évaluation, l'état d'implantation de l'intervention, son ampleur ainsi que sa complexité. Habituellement, le commanditaire de l'évaluation est la direction générale responsable de la mise en œuvre d'une intervention, d'une orientation, d'une stratégie, d'une politique ou d'un programme.

De plus, au Ministère, le commanditaire est considéré comme étant le premier client de l'évaluation, ce qui se reflète tant dans l'usage qu'il fera de cette évaluation que par rapport à son financement. À cet égard, le Ministère devra prévoir, à l'intérieur de ses interventions, stratégies, politiques, orientations et programmes, une clause permettant le financement adéquat de l'évaluation.

Évaluer pour s'améliorer

À titre indicatif, il semble réaliste de consacrer 1 % du budget total de l'intervention à l'évaluation, lorsque ce budget est de grande taille ; l'évaluation d'une intervention de moins grande taille, mais plus complexe, mérite quant à elle de se voir allouer environ 2 % du budget total de l'intervention. Dans certains cas, ce financement peut s'échelonner sur la durée de vie du cycle temporel d'une intervention. En tout état de cause, il faut faire preuve d'un certain discernement dans l'application de cette mesure, c'est pourquoi elle est mentionnée à titre indicatif. Enfin, il est important que les coûts de l'évaluation soient intégrés aux prévisions budgétaires du Ministère.

DEUXIÈME SECTION : L'EXERCICE DE L'ÉVALUATION

1. LA PRATIQUE ÉVALUATIVE

Dans leur pratique évaluative, les évaluateurs et les évaluatrices de la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation privilégient une démarche d'accompagnement¹⁰ et de soutien où sont prises en considération les attentes des dirigeants du Ministère et celles de leurs partenaires, lors de la planification et de la réalisation de l'évaluation. Cette démarche vise l'amélioration de la prise de décision quant aux orientations, stratégies, politiques et programmes du Ministère, et doit être amorcée dès la conception de ceux-ci.

La pratique professionnelle des évaluateurs et des évaluatrices du Ministère se veut pluraliste, dans la perspective où elle tient compte d'un large éventail de points de vue, tant ceux des clientèles, des intervenants, des gestionnaires et des dirigeants, que ceux des associations professionnelles, des groupes communautaires et de la population. Ce mode de pratique cherche à favoriser la participation de ces différents acteurs au processus de l'évaluation.

Elle se veut également interne, car les évaluateurs et les évaluatrices de la DÉR ont comme responsabilité première de voir à la réalisation des évaluations du Ministère. Pour ce faire, ils peuvent demander à l'occasion la collaboration extérieure de spécialistes en la matière, notamment lorsque le point de vue de ces derniers permet une appréciation différente des interventions du Ministère, et ce, particulièrement au cours de l'évaluation des résultats de certains de ses programmes. Les évaluateurs de la DÉR remplissent donc un rôle essentiel de soutien et d'accompagnement des autres directions du Ministère pour l'évaluation de leurs interventions.

Dans cette perspective, il est important de considérer la question de l'évaluation sous l'angle de l'objectivité¹¹. Les résultats d'une évaluation doivent être vérifiables. Là réside un premier critère de validation auquel l'évaluation d'accompagnement n'échappe pas. Cela précisé, cette évaluation se faisant sur une base interne plutôt qu'externe, son impartialité pourrait être mise en doute. À cet égard, il faut se rappeler que l'objectivité dépend de plusieurs facteurs, notamment de l'intégrité personnelle de l'évaluateur ainsi que de son éthique professionnelle, balisée au moyen de différentes mesures édictées par les associations professionnelles, comme la Société canadienne d'évaluation¹². Elle dépend également des intentions du commanditaire de l'évaluation, c'est-à-dire des choix qu'il effectuera quant aux sujets d'évaluation et quant à l'utilisation des résultats de l'évaluation, et beaucoup moins du milieu d'appartenance de l'évaluateur ou de l'évaluatrice.

10. POTVIN, N. (1998-1999). *L'évaluation en tant qu'instrument d'amélioration des politiques. Une stratégie d'accompagnement*, Québec, Université Laval, *Services sociaux*, vol. 47, n° 1-2.

11. *Ibid.*

12. SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ÉVALUATION (1996). *Lignes directrices de la Société canadienne d'évaluation concernant la ligne de conduite en matière d'éthique*, Ottawa, S.C.E.

2. LE CADRE D'ÉVALUATION

Le cadre d'évaluation constitue le premier bien livrable de l'évaluation. Chaque politique, programme, projet, stratégie ou orientation du Ministère, jugés évaluable, doit obligatoirement contenir un tel cadre. Une intervention évaluable comporte habituellement des moyens d'action concrets (mesurables qualitativement ou quantitativement) que les demandeurs de l'évaluation souhaitent questionner avec le soutien d'un spécialiste en évaluation.

Les évaluateurs et les évaluatrices de la DÉRI font du cadre d'évaluation la pierre angulaire de leur pratique professionnelle, en plus des services-conseils et des démarches de consultation qui sont à la base même de leur pratique. Habituellement, un tel cadre comporte les éléments de base suivants : le mandat, le but du cadre d'évaluation, ses cibles et ses objectifs, le partage des responsabilités, l'identification des utilisateurs de l'évaluation et ses retombées.

Une fois ce cadre approuvé par les autorités du Ministère, sa mise en œuvre commande que les évaluateurs et les évaluatrices de la DÉRI le complètent par l'ajout de projets d'évaluation de nature opérationnelle. Ces projets se caractérisent habituellement par les éléments suivants : le contexte et le modèle d'évaluation, le but et les objectifs de la démarche d'évaluation, le questionnement évaluatif, l'approche méthodologique, la durée de l'évaluation et le financement requis.

3. LES TYPES D'ÉVALUATION

D'après le document du Secrétariat du Conseil du trésor auquel nous faisons référence et selon le Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes en promotion de la santé et en toxicomanie du Ministère¹³, cinq types d'évaluation peuvent être retenus :

- L'évaluation des besoins, qui porte sur la raison d'être du programme, sur sa conformité avec le besoin exprimé ou sur les problèmes reconnus à l'origine.
- L'évaluation des possibilités d'action, centrée sur les objectifs initiaux et la nature de l'intervention à offrir.
- L'évaluation d'implantation, qui s'intéresse à la conformité avec l'intervention planifiée ainsi qu'à son fonctionnement, à sa dynamique et aux facteurs, internes et externes, qui influent sur sa mise en œuvre.
- L'évaluation des résultats et des effets, qui a trait à l'atteinte des objectifs et aux retombées, intentionnelles ou non, de l'intervention.

13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec, MSSS.

Évaluer pour s'améliorer

- L'évaluation du rendement, qui détermine le rapport entre le coût et les résultats et dans quelle mesure des bénéfices découlent de l'intervention.

Le choix de l'un ou l'autre de ces types d'évaluation dépend du degré d'avancement de l'intervention du Ministère. De plus, avant d'entreprendre l'une de ces évaluations, il est souvent nécessaire d'effectuer une étude de faisabilité pour en établir la pertinence.

LES CONDITIONS DE RÉALISATION

Depuis la mise en œuvre de son dernier cadre de référence en évaluation¹⁴, le Ministère a su mettre en place une expertise appréciable en matière d'évaluation. Cependant, cette expertise est limitée quant aux ressources. De plus, ce cadre de référence n'a jamais eu l'occasion d'être présenté aux autorités du Ministère, et l'ensemble de ses directions n'ont donc pu réellement se l'approprier.

Actuellement, la modernisation de la gestion publique, entreprise par le gouvernement, rend nécessaire la reconnaissance formelle de l'évaluation par l'approbation d'une Politique qui prenne en considération les nouvelles pratiques dans le domaine de l'évaluation, et ce, afin de maximiser le potentiel et les retombées de l'évaluation pour le Ministère, notamment en matière de reddition de comptes.

La modernisation de la gestion publique et les obligations qu'elle entraîne pour le Ministère en matière d'évaluation requièrent donc une attention soutenue de sa part. Pour assurer une meilleure intégration et un positionnement plus solide et durable de la fonction évaluative, différentes conditions doivent être respectées. Certaines s'avèrent essentielles, dont celles-ci :

- La reconnaissance formelle de l'évaluation comme fonction distincte au sein du Ministère, fonction à laquelle sont allouées des ressources financières particulières, de même que la reconnaissance de sa contribution et de ses avantages par les autorités du Ministère.
- L'allocation de budgets dédiés à l'évaluation à l'intérieur même de chaque orientation, stratégie, politique, programme ou intervention du Ministère.
- L'assurance que la planification des projets d'évaluation corresponde aux grands enjeux du Ministère et de son réseau.
- La présence d'un noyau suffisamment solide de ressources professionnelles, au sein du Ministère, dont la formation continue est reconnue comme un besoin essentiel.
- Des arimages efficaces avec chacune des directions du Ministère.
- Des conditions de réalisation qui assurent la livraison des résultats de l'évaluation en temps opportun.
- La capacité de l'organisation, à tous les niveaux, à respecter les conditions favorables à l'utilisation, à la diffusion au sein de la population et au transfert des connaissances qui découlent des résultats d'une évaluation.

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *La fonction d'évaluation au ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec, MSSS.

CONCLUSION

Dans le contexte actuel, une chose apparaît certaine, soit la nécessité de renforcer l'évaluation dans le processus de gestion, par la mise en œuvre d'une Politique d'évaluation et la dotation de moyens qui permettront de la concrétiser.

Le processus de modernisation de la gestion publique la rend incontournable. Cependant, cette Politique doit demeurer assez souple, afin de pouvoir évoluer selon les attentes et les besoins des dirigeants du Ministère à l'égard de l'évaluation.

Il serait souhaitable de réviser cette Politique, d'ici cinq ans, afin de s'assurer qu'elle demeure pertinente, voire de l'améliorer au besoin. À cet effet, il faudra examiner, entre autres, son implantation et sa contribution au processus de reddition de comptes du Ministère.

ANNEXE : LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Selon le document d'orientation du Secrétariat du Conseil du trésor auquel nous avons fait référence, le processus d'évaluation, pour s'implanter avec succès, doit obtenir l'adhésion des différents paliers de responsabilité. Ainsi le CODIR, s'inspirant de ces orientations, a retenu le partage des responsabilités suivant en ce qui concerne l'évaluation au sein du Ministère.

Les autorités du Ministère

- Le sous-ministre en titre voit à l'insertion des résultats de l'évaluation à l'intérieur du processus de reddition de comptes du Ministère, afin d'améliorer l'imputabilité ministérielle quant aux résultats de ses interventions.
- Le Comité de direction (CODIR) est responsable de la reconnaissance formelle de l'évaluation comme fonction distincte de gestion au sein du Ministère en fixant les priorités d'évaluation et en y allouant des ressources financières particulières.
- Le Comité de gestion du réseau (CGR) est responsable de la reconnaissance formelle de l'évaluation comme fonction particulière de gestion au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Les directions partenaires de la DGPSEGI sont responsables¹⁵

- De s'assurer de la mise en place du suivi de gestion de leurs interventions.
- De participer au processus d'évaluation pour s'assurer que les opérations, leur environnement et certains enjeux liés à l'évaluation soient pris en considération.
- De participer à la planification de l'évaluation et à l'élaboration de la méthodologie, s'il y a lieu, ainsi qu'au transfert des résultats.
- De fournir, si l'ampleur des travaux l'exige, des ressources financières à l'équipe d'évaluation, et ce, en concordance avec les priorités émises par le CODIR.
- De commenter les résultats et les recommandations des évaluations.
- De prendre les décisions appropriées à la lumière des résultats de l'évaluation.

La sous-ministre adjointe de la DGPSEGI est responsable

- De la mise en place et du développement d'une fonction d'évaluation répondant aux besoins du Ministère, ce qui signifie qu'elle devra prévoir les évaluations dès la préparation de la planification stratégique.

15. Toutes les directions du Ministère sont susceptibles, à un moment ou à un autre, d'établir un partenariat avec la DÉRJ afin de voir à l'évaluation de leurs interventions.

Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux

- Du suivi de l'évaluation et de s'assurer que les décisions au regard des résultats d'évaluation mènent à l'action. De mettre à contribution les membres du Comité de direction du Ministère dans les choix stratégiques concernant notamment les interventions à évaluer, l'affectation des ressources, la disponibilité de l'expertise nécessaire.
- Par le truchement de la reddition de comptes du Ministère, de faire état des travaux effectués en matière d'évaluation des programmes, des politiques, des orientations et des stratégies.

Le directeur de la DÉRI est responsable

- De préparer et de mettre à jour la planification ministérielle en matière d'évaluation et de communiquer à la direction du Ministère l'information pertinente qui en découle.
- De développer une expertise en évaluation et d'affecter les ressources nécessaires à une évaluation de qualité.
- De recommander les critères encadrant la pratique de l'évaluation.
- D'assurer la qualité des évaluations.
- D'assurer la mise à profit et le transfert des connaissances (interne et externe) liées aux résultats de l'évaluation, en vue de soutenir la prise de décision quant à l'amélioration des interventions du Ministère.
- De soutenir les directions partenaires du Ministère dans la mise en place de l'évaluation de leurs interventions.

Les évaluateurs ou les évaluatrices sont responsables

- De formuler et de proposer les questions précises de l'évaluation, au regard des préoccupations des dirigeants en ce qui concerne un programme, une politique, une orientation et une stratégie.
- De proposer une stratégie et une méthode d'investigation précise de nature à répondre aux questions d'évaluation, y compris le recours à des moyens particuliers d'évaluation.
- De collecter les données pertinentes qui leur permettront de bien asseoir le processus d'évaluation et de faire les analyses et les rapports nécessaires et utiles à la prise de décision.
- De faire participer les professionnels et les gestionnaires responsables de l'intervention aux étapes stratégiques de la démarche d'évaluation, ainsi qu'au transfert des connaissances découlant des résultats de l'évaluation.

