



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

Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)

Février 2022

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
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, 2022

ISBN : 978-2-550-91233-0 (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, 2022

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. OBJET DU PROGRAMME	3
2. ADMISSIBILITÉ	3
2.1. PARTENAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	3
2.2. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	4
3. ADHÉSION AU PROGRAMME	4
3.1. ÉVALUATION PRÉALABLE DU NOMBRE DE PATIENTS INSCRITS PONDÉRÉS	4
3.2. DEMANDE D'ADHÉSION.....	4
4. RECONNAISSANCE DU GMF	5
4.1. NIVEAU DU GMF	5
4.2. EFFETS DE LA RECONNAISSANCE	6
4.3. PERTE DE LA RECONNAISSANCE	6
4.4. SOUTIEN DE GROUPES DE MÉDECINS EN TERRITOIRE ISOLÉ.....	7
5. MODIFICATIONS AU GMF	8
5.1. AJOUT, DÉMÉNAGEMENT OU RETRAIT DE SITE	8
5.2. ARRIVÉE ET DÉPART DES MÉDECINS.....	9
5.3. CHANGEMENT DE MÉDECIN RESPONSABLE	10
5.4. MODIFICATION DE L'ADRESSE COURRIEL.....	10
5.5. MODIFICATION ET TRANSFERT D'UNE INSCRIPTION EN GMF	10
6. FINANCEMENT.....	10
6.1. GÉNÉRALITÉS	10
6.2. AIDE AU DÉMARRAGE DU GMF	11
6.3. FINANCEMENT POUR LES TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT DU GMF	12
6.4. FINANCEMENT POUR LE FONCTIONNEMENT DU GMF.....	13
6.5. FINANCEMENT LIÉ AUX SERVICES D'UN PHARMACIEN.....	17
7. SOUTIEN PROFESSIONNEL.....	20
7.1. SOUTIEN PROFESSIONNEL POUR LE SUIVI DE PATIENTS INSCRITS AU GMF	20
7.2. ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LA POPULATION SANS MÉDECIN DE FAMILLE ET SOUTIEN À LA PRATIQUE.....	21
7.3. MODALITÉS D'AFFECTATION DU PERSONNEL OU DE VERSEMENT DES MONTANTS POUR L'EMBAUCHE DE RESSOURCES HORS RÉSEAU	22
8. OBLIGATIONS DU GMF	24
8.1. OFFRE DE SERVICE	24
8.2. GESTION DES DISPONIBILITÉS POUR LA MISSION GMF	27
8.3. LIEN AVEC LES URGENCES HOSPITALIÈRES	27
8.4. ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LA POPULATION SANS MÉDECIN DE FAMILLE	27

8.5.	INFORMATISATION	28
8.6.	FINANCEMENT ET SOUTIEN PROFESSIONNEL.....	28
8.7.	MANQUEMENT	29
9.	RÉVISION ANNUELLE.....	31
9.1.	DATE DE LA RÉVISION.....	31
9.2.	MODIFICATION DU NIVEAU DU GMF AINSI QUE DU FINANCEMENT ET DU SOUTIEN PROFESSIONNEL ASSOCIÉS	32
9.3.	RÉDUCTION DU FINANCEMENT LIÉ AU FONCTIONNEMENT DU GMF	32
9.4.	RETRAIT DE LA RECONNAISSANCE	33
10.	MODIFICATION DU PROGRAMME.....	33
11.	MÉCANISME DE RÉOLUTION DES PROBLÉMATIQUES DANS LES GMF	34
11.1.	COMITÉ TECHNIQUE	34
11.2.	ÉTAPES DE RÉOLUTION DES PROBLÉMATIQUES DANS LES GMF	34
12.	AVIS	35
13.	ENTRÉE EN VIGUEUR.....	35
14.	DURÉE	35
	ANNEXE I : PRÉCISIONS SUR LES RÈGLES DE CALCUL.....	36
	ANNEXE II : TABLEAU RÉCAPITULATIF LIÉ AU NIVEAU DU GMF.....	40
	ANNEXE III : FICHES D'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS EN GMF.....	41
	ANNEXE IV : TERRITOIRES DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS) VISÉS PAR LES SITUATIONS PARTICULIÈRES.....	64
	ANNEXE V : ADRESSES COURRIEL DES RESPONSABLES GMF EN ÉTABLISSEMENT	66
	ANNEXE VI : MÉTHODOLOGIE DE BONIFICATION DU TAUX D'ASSIDUITÉ	67
	ANNEXE VII : CONDITIONS POUR L'EMBAUCHE DE PERSONNEL HORS RÉSEAU POUR LE SUIVI DE PATIENTS NON INSCRITS À UN MÉDECIN DE FAMILLE.....	68
	ANNEXE VIII : LISTE DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	69

Acronymes et interprétation

CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CH :	Centre hospitalier
CLSC :	Centre local de services communautaires
DME :	Dossier médical électronique
DRMG :	Département régional de médecine générale
DSP :	Directeur des services professionnels
ETP :	Équivalent temps plein
FMOQ :	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GACO :	Guichet d'accès pour la clientèle orpheline
GAMF :	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP :	Guichet d'accès à la première ligne
GMF :	Groupe de médecine de famille
GMF accès-réseau :	Groupe de médecine de famille ayant reçu la désignation « accès-réseau »
GMF-U :	Groupe de médecine de famille universitaire
IPSPL :	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PARP :	Projet Accès réseau pertinence
PDG :	Président-directeur général
PROS :	Plan régional d'organisation des services médicaux généraux
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS :	Réseau local de services
RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux

Aux fins du Programme, le Centre régional de santé et de services sociaux (CRSSS) de la Baie-James, dans la région administrative du 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 services de première ligne¹ au Québec. Favorisant le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), 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 Programme ministériel de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (ci-après le « Programme ») conserve les assises fondamentales s'étant révélées les plus porteuses et introduit divers éléments dans l'objectif d'optimiser les services offerts.

Ainsi, la base du modèle demeure, soit l'inscription de patients à un médecin du groupe et une offre de service permettant aux patients inscrits de profiter de services de première ligne accessibles en temps opportun.

Le continuum de services préconise également l'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille et se traduit par la mise à disposition de plages de rendez-vous pour ce type de patients. À l'échelle provinciale, le nombre de plages nécessaires représente environ 10 % des visites totales des patients inscrits. Dans cette optique, les mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille visent à poser un regard concerté sur les besoins d'accès et sur l'offre populationnelle des différents réseaux locaux de services (RLS). Le modèle en développement prévoit la mise en place d'un guichet d'accès à la première ligne (GAP) régional qui évaluera la pertinence des demandes provenant des patients sans médecin de famille et qui sont enregistrés au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Il assurera également la coordination de l'offre populationnelle, le tout réalisé en cohérence avec les besoins et les services offerts.

Ainsi, tous les GMF d'une même région doivent participer collectivement à la réflexion en lien avec ce modèle et évaluer leur capacité à contribuer au mécanisme régional d'accès pour les patients sans médecin de famille. Le cas échéant, ils conviennent d'une entente avec le département régional de médecine générale (DRMG) de leur territoire, en cogestion avec l'établissement, afin de rendre disponible annuellement un nombre de plages de rendez-vous pour les patients sans médecin de famille.

Par ailleurs, une gouvernance assurant le suivi des principaux projets et orientations qui touchent spécifiquement l'amélioration de l'accès aux services médicaux de première ligne doit s'implanter à l'échelle régionale. Ainsi, le mandat de l'accès doit être partagé entre le directeur des services professionnels (DSP), le DRMG et la haute direction de l'établissement.

¹ Tout au long du document, les « services de première ligne » font référence aux soins de santé et aux services sociaux.

Puisque la responsabilité des travaux qui concernent spécifiquement les services médicaux de première ligne incombe majoritairement au DRMG, ce dernier doit proposer un Plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Les GMF doivent également affermir leur position de partenaires du RLS et participer en collaboration avec l'établissement, de manière réelle et tangible, à une trajectoire de services fluide et continue, au bénéfice de la population. Il apparaît donc essentiel que les GMF s'inscrivent dans ce PROS.

Enfin, dans une perspective de saine gestion au sein des GMF et afin d'établir un portrait de l'accès à un médecin de famille, il est recommandé que les GMF définissent des cibles d'accès, notamment en lien avec la contribution des médecins aux heures d'ouverture des GMF, le nombre de patients inscrits, le taux d'assiduité ainsi que le nombre de consultations annuelles.

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 des services sociaux. Il a pour mission, d'une part, d'offrir des services médicaux et professionnels à toute clientèle, notamment par le suivi continu d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients inscrits auprès des médecins qui y exercent leur profession, et d'autre part, de participer au mécanisme régional d'accès pour les patients sans médecin de famille.

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

2. Admissibilité

2.1. Partenaires du réseau de la santé et des services sociaux

Dans le contexte de la mise en place d'une structure de gouvernance de l'accès aux services médicaux de première ligne au sein des régions et dans le but de consolider le mandat de responsabilité populationnelle des établissements, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) procède à la décentralisation du Programme par le transfert des gouvernances administrative et financière de ce dernier vers les CISSS et les CIUSSS. L'amélioration de l'accès aux services de première ligne et une plus grande concertation des actions entre l'établissement et les équipes cliniques hors établissement sont les principales motivations de cette transition.

En effet, l'approbation du président-directeur général (PDG), du DSP et du chef du DRMG est maintenant requise dans les principaux processus administratifs liés au Programme, notamment l'adhésion des GMF au Programme et la révision annuelle des GMF. Les rôles respectifs, inhérents au Programme, de ces partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) sont les suivants :

- Le PDG est responsable de l'accessibilité générale, de la qualité des soins et services à la clientèle, et du maintien des liens nécessaires à l'arrimage avec les autres établissements du RSSS. Il participe également à l'élaboration du PROS.
- Le chef du DRMG définit et propose le PROS, lequel doit préciser, par territoire de RLS, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires (CLSC) ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement ainsi que la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles.
- Le DSP est responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services. De plus, en cogestion avec le DRMG, il dirige, coordonne et surveille les activités professionnelles, cliniques et scientifiques des professionnels de la santé provenant de l'établissement et œuvrant en GMF afin que des services de première ligne, efficaces et de qualité, soient offerts à la clientèle des GMF.

2.2. Critères d'admissibilité

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

- 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);
- tous les médecins du groupe pratiquent ensemble au sein d'un ou plusieurs cabinets de médecins ou d'une ou plusieurs installations exploitées par un établissement de santé et de services sociaux, dans lequel ou laquelle se fait de l'inscription de patients en première ligne pour toute clientèle, et ces lieux de pratique ne sont pas actuellement reconnus en tant que site de GMF;
- au moins les trois quarts des médecins du groupe ne se sont pas vu retirer une reconnaissance GMF selon la section 9.4 du Programme dans les douze mois précédant la demande du groupe;
- le projet GMF a reçu l'approbation de la part du DRMG, du PDG de l'établissement et du DSP.

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, et les transmettre à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre l'information directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12.

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 transmettre à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme, une demande 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. L'établissement veille à transmettre la demande directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12. Cette demande doit contenir :

- le nom et le numéro de permis de chacun des médecins du groupe;
- le niveau de GMF déterminé dans l'évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés du groupe de médecins (évaluation datant de moins de 90 jours) et l'indication, le cas échéant, que le groupe souhaite se voir attribuer au maximum un niveau inférieur à celui-ci;
- la désignation du ou des sites projetés du GMF;
- le nom du médecin qui sera responsable du GMF aux fins du Programme;

- les coordonnées du GMF (une seule adresse courriel corporative obligatoire et l'adresse postale) auxquelles toutes les correspondances en lien avec le Programme seront transmises;
- tout autre renseignement exigé dans le formulaire de demande.

La demande doit, le cas échéant, être accompagnée d'une copie de toute entente de service conclue en application des sections 6.5 ou 8.1.

La demande doit être signée par le médecin responsable, par tous les médecins du groupe, par le chef du DRMG, par le PDG et par le DSP. Les signatures du chef du DRMG, du PDG et du DSP sont considérées par le MSSS comme étant l'approbation par ces derniers de la demande d'adhésion au Programme.

L'approbation du DRMG, du PDG et du DSP doit tenir compte des besoins de la population située à proximité du GMF, du PROS adopté par le DRMG 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 celle d'autres GMF ou d'autres cabinets de médecins. Le DRMG, le PDG et le DSP peuvent refuser d'approuver un projet GMF s'ils ont un motif raisonnable de croire que les services rendus par le groupe ne permettront pas de dégager les bénéfices escomptés pour la population.

4. Reconnaissance du GMF

4.1. Niveau du GMF

Le ministre peut reconnaître un GMF qui lui en fait la demande par l'intermédiaire de son établissement. 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

Niveaux du GMF	Cibles d'inscriptions pondérées
1	6 000 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 à 32 999
10	33 000 à 35 999
11	36 000 à 38 999
12	39 000 et plus

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

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 18²) = 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 suivi³) = 3 patients;
- 5° un patient en perte d'autonomie sévère, ayant des besoins complexes et étant suivi à domicile = 12 patients;
- 6° un patient pris en charge dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) en vertu des modalités de la *Lettre d'entente n° 327* = 6 patients.

Lorsque plus d'un facteur de pondération peut s'appliquer, seul le facteur le plus élevé est appliqué par le ministre, à l'exception des facteurs 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 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 avis spécifiant la date prévue de fin de l'adhésion dans les 60 jours suivant la notification par le ministre d'une modification apportée au Programme.

² 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).

³ 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.

4.3.3. Fin du financement

Le GMF qui met fin à son adhésion avant la date de sa révision annuelle verra son financement ajusté au prorata des jours restants jusqu'à sa date de fin prévue. Si le financement a déjà été octroyé, le GMF doit transmettre à l'établissement un chèque de remboursement correspondant au montant des jours financés après sa date de fin. Le cas échéant, l'établissement avise le GMF par écrit du montant à rembourser. L'établissement veille à transmettre l'information directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12.

4.4. Soutien de groupes de médecins en territoire isolé

De façon exceptionnelle, un groupe de médecins qui pratique en territoire isolé peut être reconnu par le Programme même s'il n'atteint pas le seuil minimal de 6 000 patients inscrits pondérés.

Ce soutien exceptionnel est réservé aux groupes de médecins qui pratiquent dans les territoires ayant les caractéristiques suivantes :

- le territoire du CLSC sur lequel est situé le site de pratique des médecins comprend une population admissible à la RAMQ de 3 000 à 7 000 personnes;
- le site de pratique des médecins est situé à une distance d'au moins 40 km du point de services médicaux généraux le plus près (CLSC ou cabinet) situé sur un territoire de CLSC avoisinant;
- l'existence d'un point de services médicaux généraux (CLSC ou cabinet) dans lequel l'inscription de patients est possible selon les modalités prévues à *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de clientèle*.

Le groupe de médecins se situant dans ces territoires peut faire une demande d'adhésion au Programme GMF s'il respecte la condition suivante :

- le taux d'inscription de la population à un médecin de famille, pour le territoire du CLSC où le groupe de médecins est situé, équivaut au moins à 60 %.

4.4.1. Financement

Le financement et le soutien professionnel disponibles pour un GMF avec moins de 6 000 patients inscrits pondérés sont équivalents à un GMF de niveau 1, soit de 6 000 à 8 999 patients inscrits pondérés, tel que prévu au présent Programme.

4.4.2. Obligations particulières pour le GMF de moins de 6 000 patients inscrits pondérés

Les obligations pour le GMF de moins de 6 000 patients inscrits pondérés sont les mêmes que celles prévalant pour les GMF de niveau 1.

De plus, le GMF doit atteindre 75 % de la population inscrite du territoire du CLSC lors de la première révision annuelle et 80 % lors de la deuxième révision annuelle.

5. Modifications au GMF

5.1. Ajout, déménagement ou retrait de site

5.1.1. Ajout de site

Le GMF peut demander au ministre, à l'aide du *Formulaire de demande d'ajout de site* fourni à cette fin sur le site Internet du MSSS, de lui reconnaître un nouveau site s'il a préalablement obtenu l'approbation du DRMG, du PDG et du DSP.

Le DRMG, le PDG et le DSP doivent justifier leur approbation 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. L'approbation du DRMG, du PDG et du DSP doit en outre considérer que les critères suivants sont respectés :

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

Le DRMG, le PDG et le DSP peuvent refuser d'approuver un ajout de site s'ils ont un motif raisonnable de croire que les services rendus par l'ajout de ce site ne permettront pas de dégager les bénéfices escomptés pour la population. Par ailleurs, l'approbation du DRMG, du PDG et du DSP doit considérer les critères d'admissibilité prévus à la section 2.

Lors d'un ajout de site, le formulaire doit être signé par le médecin responsable du GMF, par le chef du DRMG, par le PDG et par le DSP. Les signatures du chef du DRMG, du PDG et du DSP sont considérées par le MSSS comme étant l'approbation par ces derniers de la demande d'ajout de site. Le formulaire doit être acheminé à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre le formulaire directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12. À la réception du formulaire, le ministre peut reconnaître le nouveau site du GMF. Le cas échéant, le comité paritaire en informe par écrit le médecin responsable du GMF.

5.1.2. Déménagement de site

Le GMF peut demander au ministre, à l'aide du *Formulaire de demande de déménagement de site* fourni à cette fin sur le site Internet du MSSS, de permettre le déménagement d'un GMF ou d'un site déjà reconnu, s'il a préalablement obtenu l'approbation du DRMG, du PDG et du DSP.

Le DRMG, le PDG et le DSP doivent justifier leur approbation 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. L'approbation du DRMG, du PDG et du DSP doit en outre considérer que les critères suivants sont respectés :

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

Le DRMG, le PDG et le DSP peuvent refuser d'approuver un déménagement de site s'ils ont un motif raisonnable de croire que les services rendus par le déménagement de ce site ne permettront pas de dégager les bénéfices escomptés pour la population. Par ailleurs, l'approbation du DRMG, du PDG et du DSP doit considérer les critères d'admissibilité prévus à la section 2.

Lors d'un déménagement de site, le formulaire doit être signé par le médecin responsable du GMF, par le chef du DRMG, par le PDG et par le DSP. Les signatures du chef du DRMG, du PDG et du DSP sont considérées par le MSSS comme étant l'approbation par ces derniers de la demande de déménagement de site. Le formulaire doit être acheminé à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre le formulaire directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12. À la réception du formulaire, le ministre peut reconnaître le déménagement de site et, le cas échéant, en informe la RAMQ.

5.1.3. Retrait de site

Le GMF peut également demander au ministre, à l'aide du *Formulaire de demande de retrait de site* 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.

Lors d'un retrait de site, le formulaire doit être signé par le médecin responsable du GMF ou par l'ensemble des médecins pratiquant sur ce site et faisant partie du GMF. Le formulaire doit également être signé par le chef du DRMG, par le PDG et par le DSP. Les signatures de ces derniers sont considérées par le MSSS comme étant leur approbation de la demande de retrait de site. Le formulaire doit être acheminé à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre le formulaire directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12. À la réception du formulaire, le ministre accepte le retrait du site. Le cas échéant, le comité paritaire en informe par écrit le médecin responsable du GMF.

Lorsqu'un site se dissocie de son GMF et par la suite adhère au Programme, le nouveau GMF doit s'entendre avec son ancien GMF afin de partager le soutien financier et professionnel de ce dernier jusqu'à la prochaine date de révision, date à laquelle :

- le nouveau GMF recevra son soutien financier et professionnel en tant qu'entité distincte;
- l'ancien GMF verra son soutien financier et professionnel ajusté en fonction de ses inscriptions pondérées réelles.

5.2. Arrivée et départ des médecins

Lors de l'arrivée ou du départ d'un médecin membre du GMF, qu'il inscrive des patients ou non, le médecin responsable doit transmettre le formulaire [Groupe de médecine de famille et pratique de groupe \(4060\)](#) à la RAMQ et au comité paritaire, selon les coordonnées présentées à la dernière page dudit formulaire.

À la réception de ce formulaire, la RAMQ procédera à l'ajout du médecin au GMF ou à son retrait du groupe.

De plus, lors de l'arrivée d'un médecin, le médecin responsable doit également informer le comité paritaire, selon les coordonnées présentées à la section 12, du nombre d'heures que ce médecin effectue au sein du GMF.

5.3. Changement de médecin responsable

Le GMF, par son médecin responsable, doit informer dès que possible l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme, d'un changement de médecin responsable. L'établissement veille à transmettre l'information directement au comité paritaire et au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12. À la réception de l'information, le ministre accepte le changement de médecin responsable. Le cas échéant, le comité paritaire confirme par écrit la modification au médecin responsable du GMF.

5.4. Modification de l'adresse courriel

Le GMF doit informer dès que possible l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme, d'une modification de l'adresse courriel corporative. L'établissement veille à transmettre l'information directement au ministre et au comité paritaire, selon les coordonnées présentées à la section 12.

5.5. Modification et transfert d'une inscription en GMF

Il est de la responsabilité du médecin de s'assurer du transfert de ses patients au GMF, selon les modalités précisées par la RAMQ. Étant donné que l'application de la demande de transfert comporte des délais de traitement informatique, un transfert de patients ne pourra être pris en considération dans le calcul du niveau du GMF avant une période de deux mois suivant la date de transfert des patients. Lors d'un ajout de site, d'un ajout de médecin ou d'un ajout de nouvelles inscriptions pouvant avoir pour impact d'augmenter le niveau du GMF à la prochaine révision annuelle, les dates d'extraction des données d'inscriptions précisées à la section 9.1 du Programme sont à prendre en considération. À défaut de respecter le délai de deux mois, les nouvelles inscriptions ne pourront être prises en compte.

6. Financement

6.1. Généralités

6.1.1. Indexation des montants octroyés

À partir du 1^{er} avril 2021, les montants octroyés dans le cadre du Programme sont indexés annuellement selon le taux établi par le MSSS et en vigueur au 1^{er} janvier de chaque année. La mise à jour de ces montants sera disponible en début d'année sur le site Internet du MSSS.

L'indexation concerne :

- le financement lié au fonctionnement du GMF, conformément aux montants présentés au tableau 2 de la section 6.4.2;
- le financement lié aux salaires des ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux et autres professionnels), selon la répartition présentée au tableau 4 de la section 7.1.2;
- le financement lié au soutien à la pratique, présenté au tableau 5 de la section 7.2.2;
- le taux horaire pour les honoraires du pharmacien, selon le montant présenté à la section 6.5.1, ainsi que le financement lié aux services d'un pharmacien, conformément aux montants présentés au tableau 2 de la section 6.4.2.

Les montants octroyés pour l'aide au démarrage et pour le remboursement des travaux d'aménagement sont des montants fixes, non indexés.

6.1.2. Versement du financement

Le financement est versé par le ministre à l'établissement selon les modalités suivantes :

- un paiement au plus tard 10 semaines après le 1^{er} avril, date de la révision annuelle du GMF, couvrant une période de 6 mois (du 1^{er} avril au 30 septembre);
- un paiement au plus tard 10 semaines après le 1^{er} octobre, couvrant une période de 6 mois (du 1^{er} octobre au 31 mars de l'année suivante).

Toutefois, dans le cas d'une nouvelle adhésion au Programme GMF, le premier versement est effectué au plus tard 10 semaines suivant la date de reconnaissance du GMF. Le montant de ce versement est calculé au prorata des jours restants jusqu'à la date prévue du versement suivant.

Par la suite, le versement est effectué par l'établissement au GMF dans les 15 jours suivant le paiement du MSSS, et ce, sans aucune retenue pour gestion administrative.

6.2. Aide au démarrage du GMF

6.2.1. 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. Un GMF est considéré « nouveau » lorsqu'il est composé, à sa date d'adhésion, uniquement de sites qui n'ont jamais été reconnus auparavant selon le Programme GMF.

Cette aide devient disponible seulement lorsque le DRMG, le PDG et le DSP ont approuvé la demande d'adhésion du GMF, et ce, en fonction des critères d'évaluation prévus à la section 3.2.

6.2.2. 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 \$.

6.2.3. Versement de l'aide

Le montant est versé par l'établissement au médecin responsable du GMF dans les quatre (4) semaines suivant la réception de la demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives et d'une copie de la demande d'adhésion approuvée par le DRMG, le PDG et le DSP.

Par la suite, le MSSS rembourse l'établissement au moment de la révision annuelle du GMF, sur présentation d'une lettre signée par le PDG ou un représentant qu'il désigne.

6.3. Financement pour les travaux d'aménagement du GMF

6.3.1. Dépenses visées

Le financement pour les travaux d'aménagement du GMF est alloué à tous les GMF selon les situations suivantes :

- un nouveau GMF qui intègre le Programme a droit à l'ensemble du montant alloué en vertu du Programme. Un GMF est considéré « nouveau » lorsqu'il est composé, à sa date d'adhésion, uniquement de sites qui n'ont jamais été reconnus auparavant selon le Programme GMF;
- dans le cas d'un GMF composé de plus d'un site et qui se sépare pour former deux ou plusieurs GMF, chacun de ces GMF nouvellement formés aura droit à l'ensemble du montant alloué pour ce financement, moins le montant dont le ou les sites formant son GMF ont déjà bénéficié pour les travaux d'aménagement auparavant. Le cas échéant, l'ensemble de ces GMF devra envoyer une communication signée conjointement par les médecins responsables de chacune des entités formées après la séparation, précisant la nature des demandes de remboursement de travaux d'aménagement soumises par le passé et le montant auquel les nouvelles entités ont droit. Cette communication doit être acheminée à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre la communication directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12.

Ce financement comprend les frais liés aux travaux d'aménagement des différents locaux, en lien avec l'intégration du personnel supplémentaire au sein du GMF (infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux, autres professionnels de la santé et personnel administratif) ou en lien avec sa mission⁴. Les améliorations résultent des coûts engagés pour accroître le potentiel de service, notamment par :

- une augmentation du niveau de service du GMF;
- une réduction considérable des frais de fonctionnement des locaux du GMF;
- une prolongation de la durée de vie utile des locaux du GMF;
- une amélioration de la qualité des services fournis dans les locaux du GMF, en lien avec sa mission.

Lorsqu'elles sont engagées dans le cadre d'un projet d'amélioration des locaux, certaines dépenses visées à la section 6.5.1 pourraient être incluses dans le remboursement des travaux d'aménagement.

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

6.3.2. Montant du financement lié aux travaux d'aménagement du GMF

Le montant du financement lié aux travaux d'aménagement du GMF correspond aux dépenses réelles encourues par le GMF pour les travaux réalisés, jusqu'à concurrence de 40 000 \$.

⁴ Les établissements doivent se référer à la Politique de capitalisation des immobilisations (Chapitre 01 – Annexe 1F) du *Manuel de gestion financière* du réseau de la santé et des services sociaux pour déterminer le type de dépenses admissibles dans le cadre des projets d'aménagement et/ou d'amélioration.

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.

Advenant le remboursement de coûts inférieurs au montant maximal du financement, le solde non réclamé demeure disponible pour rembourser le coût de travaux ultérieurs.

6.3.3. Versement du financement lié aux travaux d'aménagement du GMF

Le GMF doit présenter sa demande de remboursement à l'établissement, à l'aide du *Formulaire de demande de remboursement des travaux d'aménagement*, accompagnée des pièces justificatives, au moment de sa demande d'adhésion ou du dépôt des documents de révision annuelle. L'établissement veille à transmettre le formulaire, signé par le PDG ou un représentant qu'il désigne, directement au ministre selon les coordonnées présentées à la section 12.

Une fois la demande approuvée par le MSSS, la totalité du montant demandé est versé par ce dernier à l'établissement lors du premier versement suivant la réception du formulaire.

6.4. Financement pour le fonctionnement du GMF

6.4.1. Dépenses visées

6.4.1.1. GMF privé

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 en sus des ressources allouées en vertu du Programme;
- l'achat de mobilier et le coût de location des espaces requis pour accueillir le personnel administratif et professionnel embauché par le GMF ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme;
- les frais de déplacement entre les sites du GMF pour le personnel administratif et professionnel embauché par le GMF;
- le matériel et les fournitures nécessaires au personnel administratif et professionnel embauché par le GMF ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme;
- l'informatisation du GMF, incluant les équipements et le câblage pour les médecins et pour le personnel administratif et professionnel embauché par le GMF ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme, la connexion à Internet et le commutateur;
- les frais d'implantation du dossier médical électronique (DME) et le coût de ses licences pour le personnel administratif et professionnel embauché par le GMF ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme;
- les frais d'inscription et de déplacement encourus pour la participation à une activité de formation complémentaire, demandée par le GMF et jugée pertinente pour le personnel administratif et professionnel embauché par le GMF ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme. Par ailleurs, le CISSS ou le CIUSSS demeure responsable d'assumer tous les frais afférents à une activité de formation qu'il exige pour les professionnels alloués au GMF.

6.4.1.2. GMF public

Le financement pour le fonctionnement du GMF public ne doit pas servir à pallier les responsabilités du CISSS ou du CIUSSS, qui demeure responsable de fournir les locaux, le mobilier, le matériel, les fournitures, les appareils informatiques et les licences DME nécessaires aux médecins, au personnel administratif et aux professionnels embauchés par le GMF ou alloués par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme.

Le financement alloué pour le fonctionnement du GMF doit contribuer au soutien de l'équipe de cliniciens, notamment en ce qui concerne :

- l'embauche de professionnels autres que ceux alloués en vertu du Programme;
- les dépenses entourant des projets de recherche ou d'innovation clinique.

6.4.1.3. GMF mixte

Le financement pour le fonctionnement du GMF mixte doit être partagé de façon équitable entre les sites. Les montants accordés aux sites privés doivent leur être versés par le CISSS ou le CIUSSS, conformément à la section 6.1.2.

Ce financement vise à contribuer aux frais liés aux opérations et à l'administration du GMF, en tenant compte des précisions apportées à la section 6.4.1.1, en ce qui concerne les sites privés, et de celles de la section 6.4.1.2, au sujet des sites publics.

6.4.2. 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 GMF⁵

Niveaux GMF	Fonctionnement (\$)	Pharmacien (\$)
1	110 172	21 813
2	144 671	32 719
3	179 172	43 625
4	213 671	54 532
5	246 638	65 437
6	262 387	76 343
7	278 134	87 249
8	293 883	98 156
9	309 632	109 062
10	321 444	119 968
11	333 256	130 875
12	345 068	141 675

⁵ Montants en vigueur pour l'année financière 2021-2022.

6.4.3. Modalités de financement lié au fonctionnement selon le taux d'assiduité du GMF

6.4.3.1. Taux d'assiduité

Le taux d'assiduité⁶ d'un GMF est défini comme étant le rapport entre :

D'une part (numérateur) :

Le total des visites et consultations faites auprès de la clientèle inscrite dans un ou des sites d'un même GMF par le médecin inscripteur, par un médecin qui fait partie du même groupe ou par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL), ainsi que l'ensemble des visites et consultations faites auprès d'une clientèle inscrite et associée aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse. Le groupe comprend tout médecin faisant partie du même GMF et qui a adhéré au Programme GMF ainsi qu'à l'*Entente particulière GMF*. Pour que les visites et consultations réalisées par une IPSPL soient considérées, cette dernière doit les avoir effectuées dans un des sites du GMF et avoir conclu une entente de partenariat avec un ou des membres du groupe. Le médecin rémunéré à tarif horaire et à honoraires fixes doit informer la RAMQ de toute visite ou consultation en l'inscrivant au Registre des consultations afin qu'elle soit comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité.

Et d'autre part (dénominateur) :

Le total des visites et consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin de famille (incluant le médecin et son groupe) ou par une IPSPL, en cabinet, à domicile, en CLSC, en GMF-U, en GMF, en GMF ayant obtenu la désignation accès-réseau (GMF accès-réseau), au service d'urgence d'un centre hospitalier (CH) ou d'un CLSC du réseau de garde, sous réserve des dispositions paraissant aux sous-paragraphes ci-dessous.

N'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation effectuée dans un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde :

- auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3;
- auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service d'urgence lors du même séjour au service d'urgence;
- auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins;
- auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 dirigé vers le service d'urgence par un médecin;
- 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;
- toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le GMF.

N'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation effectuée par un médecin qui exerce dans un GMF autre que celui du médecin qui a inscrit le patient, si les deux GMF en cause sont liés par une entente de service.

⁶ Voir le document [Comment améliorer son taux d'assiduité](#) disponible sur le site Internet du MSSS.

N'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation effectuée par un médecin qui exerce dans un GMF accès-réseau. Cette situation ne s'applique que si le GMF répond aux 2 conditions suivantes :

- le GMF accès-réseau et le GMF sont liés par une entente de service;
- les ententes de service entre ce GMF accès-réseau et les GMF du même territoire totalisent moins de 30 000 patients inscrits pondérés (en excluant le total des patients inscrits du GMF accès-réseau).

N'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation effectuée par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et l'a associée aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

N'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation de prise en charge d'un problème musculosquelettique, de suivi d'un problème musculosquelettique et d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion.

6.4.3.2. Variation du financement selon le taux d'assiduité

Le ministre attribue le financement lié au fonctionnement du GMF selon les modalités décrites dans le tableau 2 de la section 6.4.2 et en fonction des variations suivantes :

Tableau 3 – Variation du financement lié au fonctionnement du GMF selon le taux d'assiduité

Taux d'assiduité ⁷	Pourcentage de financement lié au fonctionnement du GMF
Inférieur à 60 %	0 %
Entre 60 % et 64 %	20 %
Entre 65 % et 69 %	40 %
Entre 70 % et 74 %	60 %
Entre 75 % et 79 %	80 %
Supérieur ou égal à 80 %	100 %

La variation du financement lié au fonctionnement selon le taux d'assiduité s'applique, à compter du 1^{er} avril 2022, au moment de la révision annuelle du GMF lorsque ce dernier a comptabilisé plus d'une année complète de données selon la section 9.1. Dans le cas contraire, le GMF se voit octroyer le financement selon les dispositions définies au tableau 2 de la section 6.4.2.

⁷ Les valeurs du taux d'assiduité considérées sont arrondies à l'unité près.

Un GMF dont le taux d'assiduité se situe entre 75 % et 79 % au moment de sa révision annuelle peut prétendre à obtenir 100 % du financement lié au fonctionnement du GMF si, et seulement si, le GMF reçoit une recommandation favorable du DRMG en lien avec l'obligation visée par la section 8.4. Dans le cas d'une recommandation défavorable du DRMG, le GMF peut alors présenter une demande d'analyse auprès du comité technique visé à la section 11 afin de pouvoir bénéficier de 100 % du financement lié au fonctionnement du GMF. Cette demande doit être accompagnée d'un document démontrant les éléments particuliers pouvant avoir eu un impact sur le taux d'assiduité du GMF. L'analyse du comité technique tient compte de l'éloignement de la clientèle, soit du 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 du nombre de consultations effectuées hors GMF par des patients dont la résidence se situe à plus de 40 km de leur lieu d'inscription. À l'issue de cette analyse, le comité technique communique au GMF sa décision finale.

Un GMF dont le taux d'assiduité inférieur à 80 % résulte du fait que le personnel infirmier, les travailleurs sociaux ou les autres professionnels de la santé n'ont pas été affectés au GMF par le CISSS ou le CIUSSS se verra octroyer le financement selon les dispositions définies au tableau 2 de la section 6.4.2.

6.4.3.3. Bonification du taux d'assiduité pour les GMF situés dans un territoire éloigné et ayant une situation particulière

Le ministre bonifie le taux d'assiduité d'un GMF qui répond aux trois critères suivants :

- le GMF est situé dans un RLS dont la population admissible à la RAMQ est de moins de 25 000 habitants (annexe IV);
- la couverture médicale des urgences à proximité du GMF ne doit jamais être assurée par plus d'un médecin à la fois. Les urgences situées à plus de 40 km du site principal du GMF ne sont pas considérées;
- le site principal du GMF doit être situé à une distance d'au moins 40 km du site principal d'un autre GMF.

Le taux d'assiduité des GMF qui répondent à ces trois critères est calculé selon la méthodologie présentée à l'annexe VI. Lors de la révision annuelle, le ministre prend en compte le taux d'assiduité bonifié de ces GMF et octroie un financement en fonction des modalités prévues au tableau 3 de la section 6.4.3.2.

6.5. Financement lié aux services d'un pharmacien

6.5.1. Dépenses visées

Le financement lié aux services d'un pharmacien est alloué au GMF pour couvrir les coûts liés à toute entente de service que le GMF conclut avec un ou plusieurs pharmaciens. Le GMF doit conclure une entente avec chaque pharmacien qui donne des services dans le cadre du Programme.

Le GMF, composé d'un ou plusieurs sites privés, peut conclure une entente de service avec un ou plusieurs pharmaciens communautaires.

Le GMF composé d'au moins un site situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux peut, quant à lui, conclure une entente de service avec un ou plusieurs pharmaciens communautaires ou une entente visant un ou plusieurs pharmaciens d'établissement. Dans ce dernier cas, l'établissement est signataire de l'entente avec le GMF.

Toute entente, qu'elle vise un pharmacien communautaire ou un pharmacien d'établissement, doit être conclue en utilisant le modèle fourni par le MSSS et en incluant obligatoirement et minimalement les éléments suivants :

- nom du pharmacien qui dispensera ses services dans les locaux du GMF;
- nombre d'heures prévues de services par semaine;
- lieu de dispensation des services du pharmacien (ces services doivent obligatoirement être offerts dans les sites du GMF);
- taux horaire pour les honoraires du pharmacien, qui peut être d'un maximum de 79 \$⁸;
- frais relatifs à l'implication du pharmacien en GMF, qui peuvent être d'un maximum de 10 % du financement qui sera effectivement utilisé par le GMF pour les services d'un pharmacien;
- date d'entrée en fonction;
- dates de début et de fin de l'entente, et période couverte, laquelle peut être de 12 mois maximum ou, le cas échéant, jusqu'à la prochaine date de révision annuelle du GMF;
- services fournis par le pharmacien, lesquels doivent être conformes à la *Fiche d'intégration du pharmacien en GMF* reproduite à l'annexe III;
- modalités d'accès au DME (l'accès doit être obligatoirement fourni par le GMF) pour le pharmacien, et ce, pour la durée de l'entente;
- signature du médecin responsable du GMF et du ou des pharmaciens prestataires.

Le pharmacien doit transmettre au GMF un rapport périodique, dont la fréquence est à déterminer conjointement par le GMF et le pharmacien, indiquant le nombre d'heures effectuées.

À noter qu'aucuns frais supplémentaires ne peuvent être chargés au pharmacien dans le cadre de ces ententes pour de la location d'espaces, du soutien administratif, des fournitures ou autres frais relatifs à son travail en GMF. De plus, aucune somme obtenue dans le cadre du Programme ne peut être reversée par le pharmacien signataire de l'entente au GMF ou à un tiers.

Dans le cas où l'entente vise un pharmacien d'établissement, celle-ci doit être conclue avec le PDG ou un représentant qu'il désigne. Par ailleurs, le financement lié aux services d'un pharmacien d'établissement peut couvrir la part de l'employeur.

L'entente doit être révisée et signée par le médecin responsable et le(s) pharmacien(s) partenaire(s) à chaque révision annuelle du GMF. Elle doit être transmise à l'établissement en même temps que la demande d'adhésion au Programme ou en vue de la révision annuelle du GMF. Toute entente de service reçue au-delà de la date limite ne sera pas retenue dans l'analyse lors de la révision annuelle. L'établissement veille à transmettre l'entente directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12.

⁸ Montants en vigueur pour l'année financière 2021-2022.

6.5.2. Demande de dérogation

Un GMF composé uniquement de sites privés peut présenter au comité technique visé à la section 11 une demande de dérogation afin de conclure une entente avec un pharmacien d'établissement. Cette demande de dérogation peut être présentée seulement si le GMF, pour des raisons hors de son contrôle, ne peut conclure une entente avec un pharmacien communautaire.

Cette demande de dérogation doit présenter l'ensemble des bénéfices attendus par le GMF. Elle doit par ailleurs comprendre l'accord de l'établissement. Dans le cas où le GMF est dans l'incapacité de conclure une entente avec un pharmacien communautaire, il doit expliquer les démarches qui ont été menées pour tenter de conclure une telle entente et les raisons qui en empêchent la conclusion.

Cette demande de dérogation doit être transmise à l'établissement au même moment que les documents de révision annuelle, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre la demande de dérogation au comité technique, selon les coordonnées présentées à la section 12.

Toute demande de dérogation reçue au-delà de la date limite ne sera pas retenue dans l'analyse lors de la révision annuelle. Le comité technique prend position sur la recevabilité de la demande. 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 montant équivalent destiné au financement des services offerts par le pharmacien d'établissement. La dérogation est applicable aussi longtemps que le CIUSSS ou le CIUSSS est en accord avec cette entente. Il est à noter qu'une telle demande de dérogation peut engendrer des délais de traitement supplémentaires lors de la révision annuelle.

6.5.3. 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 de la section 6.4.2).

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

Le montant est versé par l'établissement au GMF selon l'entente signée entre le GMF et le ou les pharmaciens.

Si, au terme de la période couverte par l'entente, le nombre d'heures de services du pharmacien est moins élevé que le nombre d'heures prévues, un ajustement du financement lié aux services d'un pharmacien est appliqué au versement de l'année suivante. Cet ajustement sera calculé en fonction de l'information transmise par le GMF au moyen du *Formulaire de révision annuelle*.

7. Soutien professionnel

7.1. Soutien professionnel pour le suivi de patients inscrits au GMF

7.1.1. Nature des ressources

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).

7.1.2. Calcul des équivalents temps plein (ETP)

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

Tableau 4 – Niveau du soutien professionnel selon le niveau du GMF

Niveaux GMF	Infirmières cliniciennes (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
10	5,5	3	2,5
11	6	3	3
12	6,5	3,5	3

*Équivalent temps plein

7.2. Accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille et soutien à la pratique

7.2.1. Nature du soutien

Dans le cadre de sa participation au mécanisme régional d'accès pour les patients sans médecin de famille (section 8.4), le GMF, qui convient d'une entente avec le DRMG, en cogestion avec le PDG et le DSP, bénéficie d'un soutien à la pratique qui se traduit par l'octroi d'un financement destiné à l'affectation de ressources par l'établissement. Tout GMF dont la mission s'accomplit à partir d'un site qui n'est pas exploité par un établissement du réseau peut toutefois demander que ce soutien lui soit versé, en partie ou en tout, en argent par l'établissement, pour lui permettre d'embaucher des ressources hors établissement, selon les modalités de financement définies au tableau 5 de la section 7.2.2, et ce, en respect des conditions indiquées à l'annexe VII.

Le financement octroyé doit obligatoirement être utilisé dans le but de financer des heures travaillées par du personnel en soutien à la pratique (infirmière auxiliaire, technicienne ou clinicienne, ressource cléricale ou administrative). Dans le cas où la ressource provient de l'établissement, les modalités de l'octroi doivent être déterminées en collaboration avec le médecin responsable du GMF et l'établissement.

7.2.2. Calcul du financement

Le financement relatif au soutien à la pratique, dans le cadre du mécanisme régional d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille, est calculé en fonction du nombre de visites de patients sans médecin de famille au moment de la révision annuelle, et en fonction du nombre de visites de patients dirigés vers un autre professionnel de la santé du GMF par le guichet d'accès en première ligne (GAP), et ce, en cohérence avec l'entente convenue avec le DRMG. Le détail du financement est présenté au tableau 5.

Tableau 5 – Soutien à la pratique⁹

Nombre de visites de patients sans médecin de famille ¹⁰	Soutien à la pratique (\$)
1 200 à 1 799	21 106
1 800 à 2 399	31 658
2 400 à 2 999	42 211
3 000 à 3 599	52 764
3 600 à 4 199	63 317
4 200 à 4 799	73 869
4 800 à 5 399	84 422
5 400 à 5 999	94 975
6 000 à 6 599	105 528
6 600 à 7 199	116 081
7 200 à 7 799	126 633
7 800 et plus	137 186

⁹ Montants en vigueur pour l'année financière 2021-2022.

¹⁰ Les visites effectuées dans le cadre de la mission accès-réseau d'un GMF sont exclues du calcul.

Dans le cas où le nombre de patients sans médecin de famille ne permet pas de remplir l'ensemble des plages de rendez-vous, le DRMG peut, ultimement, permettre à un GMF de les répartir selon les types de clientèles suivantes :

- Patients réorientés de l'urgence (priorités 4 et 5);
- Patients référés par les infirmières d'Info Santé 811;
- Patients ayant des besoins jugés prioritaires par les autorités régionales (saison grippale, urgence sanitaire, catastrophe naturelle, etc.).

7.3. Modalités d'affectation du personnel ou de versement des montants pour l'embauche de ressources hors réseau

7.3.1. Ressources allouées par l'établissement

Le CISSS ou le CIUSSS du territoire où se situe le GMF y affecte le personnel pour la portion du temps de travail allouée au GMF, tout en s'assurant de lui transmettre, à titre informatif, les extraits pertinents des conventions collectives pouvant être nécessaires à la gestion de ces professionnels. Le choix du personnel est fait conjointement par le CISSS ou le CIUSSS et le GMF lorsque les conventions collectives en vigueur le permettent, et selon la disponibilité de la main-d'œuvre locale qualifiée pour le titre d'emploi concerné.

Les professionnels affectés par le CISSS ou le CIUSSS travaillent dans les locaux du GMF pour la portion de temps de travail associée au niveau du GMF. Ceux-ci ne peuvent toutefois pas être assignés à un site du GMF situé sur une réserve autochtone ou dans un CHSLD, que ce soit pour l'ensemble des heures travaillées auprès du groupe ou pour une portion seulement. Au sein du GMF, ces professionnels de la santé et des services sociaux exercent leur profession, en respect de leur domaine d'activités, sous l'autorité fonctionnelle des médecins du GMF et sous l'autorité administrative et l'encadrement clinique de leur établissement.

L'autorité fonctionnelle est assurée par le médecin responsable, qui veille au bon fonctionnement des activités quotidiennes au sein du GMF. Elle permet notamment aux médecins, en collaboration avec le CISSS ou le CIUSSS, d'identifier les profils du personnel recherché au sein du groupe, de mettre en place des mécanismes pour encadrer les tâches des ressources allouées et d'adapter les horaires de ces dernières afin de répondre aux besoins de la clientèle identifiée par le GMF. Toujours en collaboration avec le CISSS ou le CIUSSS, le médecin responsable évalue également le rendement et le comportement du personnel assigné à son groupe.

L'autorité administrative et l'encadrement clinique du CISSS ou du CIUSSS consistent à assurer la gestion du personnel afin de répondre aux besoins identifiés par le GMF et à juger de la qualité des services offerts aux patients du GMF par le personnel assigné dans le cadre du Programme. Cette autorité et cet encadrement doivent s'exercer en collaboration avec le médecin responsable du GMF.

Les rôles liés aux responsabilités des deux parties sont détaillés dans les *Fiches d'intégration des professionnels en GMF – Collaboration : conditions gagnantes*, à l'Annexe III, et dans les guides disponibles sur le site Internet du MSSS : [Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire](#) et [Guide pratique à l'intention des travailleurs sociaux issus d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire](#).

Par ailleurs, afin de favoriser l'encadrement clinique des ressources professionnelles assuré par le CISSS ou le CIUSSS, le GMF doit veiller à présenter à ses patients inscrits le [Formulaire de consentement au partage et à la communication des renseignements sur l'utilisateur](#) et à le consigner dans le dossier du patient, une fois rempli.

L'affectation des infirmières cliniciennes, des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la santé, par le CISSS ou le CIUSSS, dans un GMF nouvellement reconnu par le Programme doit être effectuée avant la date de sa première révision annuelle, sous réserve des dispositions des conventions collectives.

Le remplacement, par le CISSS ou le CIUSSS, des infirmières cliniciennes, des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la santé assignés à un GMF, pour toute absence continue de plus de quatre (4) semaines, doit s'effectuer dans les délais suivants et en respect des conventions collectives en vigueur :

- à compter du 1^{er} jour, s'il a été démontré que l'absence était prévisible;
- au plus tard le 1^{er} jour de la 5^e semaine d'absence, s'il a été démontré que l'absence était imprévisible.

Dans le cas d'un GMF déjà reconnu en vertu du présent Programme, dont le niveau a été rehaussé lors de sa révision annuelle, l'affectation supplémentaire d'infirmières cliniciennes, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé doit être effectuée dans un délai maximal de trois (3) mois, suivant la date de la révision annuelle du GMF, et ce, sous réserve des dispositions des conventions collectives.

Le GMF peut déposer au CISSS ou au CIUSSS, une demande de modification du type de professionnel sélectionné pour la catégorie « autres professionnels ». La demande doit être motivée par l'évaluation des besoins des patients inscrits au GMF et de la population desservie. Le CISSS ou le CIUSSS répond à cette demande en tenant compte de la disponibilité de la main-d'œuvre locale et en respect des conventions collectives en vigueur.

7.3.2. Ressources embauchées hors réseau pour le suivi de patients non inscrits à un médecin de famille

Pour les ressources hors réseau qui peuvent être embauchées directement par le GMF afin de le soutenir pour le suivi de patients non inscrits à un médecin de famille, l'établissement doit faire le versement au GMF du montant correspondant à celui auquel il a droit en fonction de son niveau GMF (voir tableau 5 de la section 7.2.2). Le montant est versé par l'établissement au GMF dans les 15 jours suivant le paiement du MSSS, sans aucune retenue pour gestion administrative et en respect des conditions indiquées à l'annexe VII.

Ces ressources sont obligatoirement localisées dans les locaux du GMF. Au sein du GMF, ces ressources exercent leur profession, en respect de leur domaine d'activités, sous l'autorité fonctionnelle et administrative ainsi que l'encadrement clinique des médecins du GMF. De plus, des structures de remplacement doivent être élaborées et mises en œuvre par le GMF afin de suppléer à l'absence de toute ressource embauchée hors réseau.

8. Obligations du GMF

8.1. Offre de service

8.1.1. Heures d'ouverture hebdomadaires

Le GMF doit offrir des services médicaux couvrant au minimum 68 heures par semaine, réparties sur 7 jours. Parmi ces heures d'ouverture, un nombre minimal d'heures, variable selon le niveau du GMF (voir tableau 6), doit être assuré sur place, soit dans un ou plusieurs sites du GMF, avec la présence d'un médecin de famille ou d'une IPSPL en tout temps.

Les modalités suivantes s'appliquent à l'offre de service des GMF :

- tout GMF de niveaux 1 à 4 qui n'offre pas hebdomadairement 68 heures de services sur place doit, pour combler l'écart entre ses 68 heures de services hebdomadaires et le nombre minimal d'heures d'ouverture sur place attendu selon son niveau, convenir d'une entente de service 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 (voir tableau 6);
- tout GMF de niveaux 5 à 12 doit offrir sur place 68 heures de services par semaine. Ces GMF ne peuvent donc pas recourir à des ententes de service (voir tableau 6);

Tableau 6 – Nombre minimal de jours et d'heures d'ouverture par semaine

Niveaux GMF	GMF sans entente		GMF avec entente		
	Nombre minimal d'heures de services médicaux sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre minimal de jours sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre minimal d'heures sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre maximal d'heures par semaine pouvant faire l'objet d'une entente	Nombre minimal de jours sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine
1	68	7	52	16	5
2			56	12	5
3			60	8	6
4			64	4	6
5 à 12			ne s'applique pas		

- une journée d'ouverture doit minimalement compter quatre (4) heures consécutives de services, que les services soient offerts au sein des sites du GMF ou par entente de service;

- un jour férié¹¹ doit également compter minimalement quatre (4) heures consécutives de services. S'il s'agit d'une journée où le GMF comptait normalement plus de quatre (4) 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 service 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;
- durant la période des fêtes¹², tout GMF doit offrir minimalement 44 heures de services par semaine, réparties sur 6 jours, que ce soit sur place ou par entente de service (voir tableau 7). Les deux périodes durant lesquelles cette réduction horaire peut s'appliquer sont comprises entre le 22 et le 28 décembre inclusivement, et entre le 29 décembre et le 4 janvier inclusivement. Les GMF de niveaux 1 à 4 ayant déjà conclu une entente de service en fonction des modalités prévues à la section 8.1.3 doivent s'assurer que celle-ci est valide durant la période des fêtes. Dans le cas contraire, ils doivent l'ajuster en conséquence et la transmettre à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V, avant le 1^{er} novembre précédant la période des fêtes concernée. L'établissement veille à transmettre l'information directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12. De façon exceptionnelle, les GMF de niveaux 1 à 4 qui n'ont pas signé d'entente de service au moment de leur révision annuelle peuvent conclure une entente spécifiquement pour la période des fêtes et la transmettre à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V, avant le 1^{er} novembre précédant la période des fêtes concernée. L'établissement veille à transmettre l'information directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12.

Tableau 7 – Nombre minimal de jours et d'heures d'ouverture par semaine durant la période des fêtes

Niveaux GMF	GMF sans entente		GMF avec entente		
	Période des fêtes Nombre minimal d'heures de services médicaux sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Période des fêtes Nombre minimal de jours sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Période des fêtes Nombre minimal d'heures sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Période des fêtes Nombre maximal d'heures par semaine pouvant faire l'objet d'une entente	Période des fêtes Nombre minimal de jours sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine
1	44	6	28	16	4
2			32	12	4
3			36	8	5
4			40	4	5
5 à 12			ne s'applique pas		

¹¹ Ces jours sont : Vendredi saint, dimanche de Pâques, lundi de Pâques, lundi qui précède le 25 mai, fête nationale du Québec, fête du Canada, fête du Travail, Action de grâces. Le calendrier du CISSS ou du CIUSSS spécifiquement pour ces journées fériées peut s'appliquer à l'horaire du GMF.

¹² Incluant les jours fériés suivants : veille de Noël, jour de Noël, lendemain de Noël, veille du jour de l'An, jour de l'An, lendemain du jour de l'An.

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

L'offre de service 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. Le GMF doit transmettre à l'établissement la demande d'adhésion intégrant leur engagement lié à l'offre de service ainsi qu'une copie de l'entente de service, s'il y a lieu. L'offre de service doit être revue ou confirmée à chaque révision annuelle du GMF comme précisé à la section 9.1 du présent Programme. Aucun changement d'offre de service en cours d'année n'est possible, et ce, pour tous les sites du GMF.

Le GMF doit aviser l'établissement dès que possible de tout manquement à son offre de service, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre l'information directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12.

8.1.2. Situations particulières

Le GMF situé dans un territoire de moins de 50 000 habitants (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 (8) le nombre minimal d'heures qu'il doit offrir sur place s'il convient d'une entente de service 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 6 de la section 8.1.1. 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 (4) le nombre minimal d'heures qu'il doit offrir sur place s'il convient d'une entente de service 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 6 de la section 8.1.1. Le GMF sera financé selon son niveau initialement établi.

8.1.3. Entente de service

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

- une autre clinique médicale ou un CLSC, qu'il soit ou non reconnu GMF;
- un GMF-U;
- un GMF accès-réseau;
- le service d'urgence d'un centre hospitalier (CH).

L'entente de service doit être effectuée avec un seul partenaire (une seule installation dans le cas d'une entente avec un partenaire du réseau). Par ailleurs, chacune des plages horaires couvertes par un partenaire de services doit comprendre au moins quatre (4) heures consécutives. L'entente de service 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, tel que précisé à la section 9.1 du présent Programme.

8.2. Gestion des disponibilités pour la mission GMF

Le GMF doit transmettre à l'orchestrateur¹³, par l'entremise d'un DME certifié par le MSSS, la totalité des plages de disponibilité¹⁴ offertes dans le cadre de sa mission GMF, incluant les plages de réorientation.

Les modalités d'accès de ces plages sont déterminées selon les besoins de la clientèle qui consulte dans le cadre de la mission du GMF.

- Ces plages doivent pouvoir être comblées par téléphone et en personne auprès de la réceptionniste du GMF;
- Ces plages peuvent également être comblées en ligne par le citoyen. Dans ce cas, elles doivent être accessibles gratuitement par l'intermédiaire d'un portail de rendez-vous connecté à l'orchestrateur. Il est alors de la responsabilité du GMF d'informer sa clientèle des modalités de prise de rendez-vous en ligne;
- Certaines des plages de disponibilité peuvent aussi être comblées par le personnel autorisé du RSSS, selon les besoins.

8.3. Lien avec les urgences hospitalières

Le GMF doit convenir de modalités avec l'établissement de son territoire, en collaboration avec les établissements non fusionnés situés à proximité (liste disponible à l'annexe VIII), le cas échéant, afin de recevoir pour une consultation en présentiel (sauf en cas d'exception) ses propres patients inscrits qui se présentent à un département d'urgence et dont l'évaluation effectuée par l'équipe clinique est favorable à une réorientation.

Le nombre de plages de disponibilité pour les patients ambulatoires réorientés vers le GMF doit être entendu de gré à gré, entre le GMF et l'établissement, selon les besoins de la clientèle inscrite au GMF. La réalité des urgences du territoire, notamment dans les RLS de moins de 25 000 habitants, est également à considérer dans le calcul.

8.4. Accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille

Le GMF doit participer à la réflexion et aux travaux du DRMG entourant le mécanisme régional d'accès pour les patients sans médecin de famille, visant à assurer un accès à des services de première ligne, en temps opportun, à la population sans médecin de famille, et en cohérence avec le déploiement progressif du GAP au sein de sa région.

Les besoins de chaque région en matière de services de première ligne pour la population sans médecin de famille doivent être déterminés en fonction, entre autres, du taux d'inscription auprès d'un médecin de famille dans le territoire, de l'offre totale de rendez-vous populationnels pour la région (incluant l'offre populationnelle des GMF accès-réseau) et du nombre de personnes enregistrées au GAMF. À l'échelle de la province, cet effort est estimé à 10 % du nombre total de visites de patients inscrits en GMF.

¹³ L'orchestrateur se définit comme une solution informatique qui permet l'harmonisation et la gestion des rendez-vous avec un médecin ou un professionnel de la santé en première ligne, et qui présente à l'utilisateur des plages de disponibilité, quelle que soit la plateforme de prise de rendez-vous utilisée.

¹⁴ Une plage de disponibilité est une consultation d'une durée préétablie avec un médecin ou un professionnel de la santé.

Le cas échéant, le GMF peut convenir d'une entente avec le DRMG, en cogestion avec le PDG et le DSP, afin de déterminer le nombre de plages de disponibilité qu'il rend accessibles annuellement à la population sans médecin de famille. Le nombre de plages peut être modulé en fonction des besoins régionaux et en fonction de la situation spécifique du GMF (nombre de patients inscrits, nombre de médecins pratiquant au sein du GMF, polyvalence de la pratique de ses médecins et de leur implication en dehors du GMF, désignation accès-réseau et réalité des urgences du territoire, notamment dans les RLS de moins de 25 000 habitants). Ces plages peuvent être offertes par un médecin de famille ou par un autre professionnel de la santé, et ce, à l'intérieur même de l'offre de service habituelle du GMF.

L'accès à ces rendez-vous s'effectue en collaboration avec les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, notamment avec le personnel autorisé des urgences ainsi que les infirmières des centrales d'appels régionales, d'Info-Santé 811 et des GAP.

8.5. Informatisation

Au moins les trois quarts des médecins du GMF doivent détenir une licence pour un logiciel de DME certifié par le MSSS, et en faire l'utilisation. Le financement de ces licences est assuré par :

- le biais de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, pour les médecins pratiquant dans un GMF privé ou dans un GMF mixte (quel que soit le statut du site du GMF);
- le CISSS ou le CIUSSS, pour les médecins pratiquant dans un GMF public.

Le GMF doit fournir une licence de DME au personnel administratif et professionnel embauché par le GMF ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme. Pour les sites privés des GMF, le financement est assuré par le budget de fonctionnement du GMF, selon la section 6.4.1.1. Pour les sites publics des GMF, le financement est assuré par le CISSS ou le CIUSSS, selon la section 6.4.1.2.

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 doit permettre, le cas échéant, l'accès à ses infrastructures à des fins de contrôle par le représentant désigné par le ministre.

Dans le cas d'un GMF multisite, il est fortement recommandé de mettre en place un seul et unique DME. Si plusieurs logiciels de DME sont utilisés, le GMF est dans l'obligation de s'assurer que ceux-ci permettent le partage d'informations.

8.6. Financement et soutien professionnel

Le GMF doit :

- administrer lui-même les sommes liées au financement qui lui est versé par l'établissement;
- utiliser le financement qui lui est accordé aux seules fins prévues au Programme;
- intégrer, dans les délais prescrits à la section 7.3, les ressources professionnelles qui lui sont allouées, en vertu du Programme, et mettre en place les conditions nécessaires au maintien de ces ressources;
- mettre à la disposition du CISSS ou du CIUSSS, les informations relatives au travail des professionnels en GMF, qui sont nécessaires pour compléter les rapports annuels financiers et statistiques;

- déterminer, après avoir consulté le CISSS ou le CIUSSS, les descriptions de tâches pour les ressources professionnelles allouées en vertu du Programme, afin qu'elles soient conformes aux pratiques décrites dans les guides d'intégration des professionnels de la santé travaillant dans un GMF (voir annexe III);
- collaborer avec le CISSS ou le CIUSSS, pour mettre en place des mécanismes pour encadrer les tâches des ressources professionnelles et évaluer leur rendement et leur comportement;
- confirmer l'intégration des ressources professionnelles qui lui ont été allouées en vertu du Programme, ainsi que l'implication du pharmacien, lors de chaque révision annuelle du GMF, conformément à la section 9.1 du présent Programme;
- conserver tous les documents ainsi que les pièces justificatives en lien avec l'administration et l'utilisation du financement qui lui est versé, et ce, pour une période d'au moins cinq ans suivant le versement de ce financement;
- donner accès au ministre ou au représentant qu'il désigne à cette fin, à la suite de l'expiration d'un préavis de 21 jours donné par le ministre, durant les heures d'ouverture du GMF, à ses livres et registres de comptabilité ainsi qu'aux états financiers se rapportant à l'administration et à l'utilisation du financement qui lui est versé.

8.7. Manquement

8.7.1. Offre de service

Le ministre peut, à tout moment, constater un manquement aux obligations du GMF relatives à l'offre de service sur la base des heures d'ouverture inscrites dans le répertoire des ressources du réseau ou lors d'un audit.

Il est de la responsabilité du GMF, en collaboration avec son CISSS ou son CIUSSS, de s'assurer que les données inscrites au répertoire des ressources soient mises à jour en continu.

Le ministre peut également constater un manquement aux obligations du GMF sur la base, 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, au DRMG et au médecin responsable du GMF visé une correspondance indiquant la date de contrôle, le manquement observé et la nature de celui-ci, et ce, au moins 60 jours avant la date de la révision annuelle du GMF.

8.7.2. Gestion des disponibilités pour la mission GMF

Le ministre peut constater, au moment de la révision annuelle, un manquement à l'obligation relative à la gestion des disponibilités pour la mission GMF sur la base des données fournies par l'orchestrateur, sur la base de l'information notée lors d'un audit ou par tout autre mécanisme que le ministre jugera pertinent.

Le ministre peut également constater un manquement aux obligations du GMF sur la base, 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, au DRMG et au médecin responsable du GMF visé, une correspondance indiquant la date de contrôle, le manquement observé et la nature de celui-ci, et ce, au moins 60 jours avant la date de la 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.

8.7.3. Lien avec les urgences hospitalières

Le ministre peut constater, au moment de la révision annuelle, un manquement à l'obligation relative au lien avec les urgences hospitalières sur la base d'un avis de l'établissement spécifiant le manquement et la nature de celui-ci. Pour que ce manquement soit effectivement constaté par le ministre, l'établissement doit avoir transmis au ministre, au DRMG et au médecin responsable du GMF visé une correspondance indiquant la date de contrôle, le manquement observé et la nature de celui-ci, et ce, 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.

8.7.4. Accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille

Le ministre peut constater, au moment de la révision annuelle, un manquement à l'obligation relative à l'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille sur la base d'un avis du DRMG, en cogestion avec le PDG et le DSP, spécifiant le manquement du GMF et la nature de celui-ci. Pour que ce manquement soit effectivement constaté par le ministre, le DRMG, le PDG et le DSP doivent 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, et ce, au moins 60 jours avant la date de la 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.

8.7.5. Intégration des ressources professionnelles

Le ministre peut constater, au moment de la révision annuelle, un manquement à l'obligation relative au délai d'intégration et au maintien en place des ressources professionnelles allouées par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Programme à l'aide du *Formulaire de révision annuelle*.

Cependant, aucun manquement à l'obligation relative au délai d'intégration ou au maintien en place de ces ressources professionnelles ne peut être constaté avant ou 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.

Le ministre ne peut constater un manquement si l'approbation du DRMG, du PDG et du DSP confirme que le non-respect du délai d'intégration des ressources professionnelles résulte du fait que le personnel n'a pas été affecté par le CISSS ou le CIUSSS.

Le ministre peut constater, au moment de la révision annuelle, un manquement à l'obligation relative au respect des descriptions de tâches élaborées pour les ressources professionnelles allouées en vertu du Programme sur la base, le cas échéant, d'un rapport et de tout document pertinent fourni par le CISSS ou le CIUSSS spécifiant le manquement du GMF et la nature de celui-ci. Pour qu'un tel manquement soit constaté, le CISSS ou le CIUSSS doit avoir transmis au ministre, au DRMG et au médecin responsable du GMF visé une correspondance indiquant la date de contrôle, le manquement observé et la nature de celui-ci, et ce, au moins 60 jours avant la date de la révision annuelle du GMF.

Cependant, aucun manquement à l'obligation relative au respect des descriptions de tâches élaborées pour les ressources professionnelles allouées en vertu du Programme GMF ne peut être constaté avant ou 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.

8.7.6. Utilisation d'un DME certifié

Le ministre peut constater, au moment de la révision annuelle, un manquement à l'obligation relative à l'utilisation d'un DME certifié sur la base 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.

8.7.7. Respect des exigences informatiques du MSSS

Le ministre peut constater, au moment de la révision annuelle, un manquement à l'obligation relative au respect des exigences informatiques du MSSS sur la base, 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 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, et ce, 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

Tous les GMF sont révisés à la même date, soit le 1^{er} avril de chaque année.

Le GMF dont la date de révision se situe à moins de six mois de la date de reconnaissance est reconduit sans révision annuelle. La validation officielle du respect des obligations du Programme ne s'applique alors qu'à partir de l'année suivante.

Le *Formulaire de révision annuelle* doit être dûment rempli, signé par le médecin responsable, le chef du DRMG ainsi que le PDG, le DSP et le chargé de projet GMF de l'établissement, et être acheminé entre le 1^{er} et le 31 mars de chaque année à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. Toute demande reçue après cette période pourrait ne pas être considérée.

Les signatures du chef du DRMG, du PDG et du DSP sont considérées par le MSSS comme étant l'approbation par ces derniers du renouvellement de la reconnaissance du GMF. L'établissement veille à transmettre le formulaire et les documents afférents directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 12.

Les données concernant l'évaluation du nombre de patients inscrits pondérés et du taux d'assiduité sont extraites le 15 mars et s'étendent sur une période de 12 mois consécutifs, allant du 16 février de l'année précédente au 15 février de l'année en cours.

9.2. Modification du niveau du GMF ainsi que du financement et du soutien professionnel associés

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 de la section 4.1), calculé selon les règles prévues et les périodes précisées à l'annexe I, lorsqu'il s'avère que ce nombre :

- équivaut à un niveau plus élevé que celui du GMF (augmentation de niveau);
- équivaut, pour une deuxième année consécutive, à 90 % ou plus, mais à moins de 100 % du nombre de patients associé à son niveau (diminution de niveau);
- équivaut à moins de 90 % du nombre de patients associé à son niveau (diminution de niveau).

Le ministre alloue au GMF, par l'entremise de l'établissement, 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, dans son formulaire de révision annuelle, d'être reconnu à un niveau inférieur à celui associé au nombre de patients inscrits pondérés auprès des médecins du GMF.

9.3. Réduction du financement lié au fonctionnement du GMF

Le ministre réduit le financement lié au fonctionnement du 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. Les réductions applicables sont les suivantes (voir tableau 8) :

- 30 % si un manquement de 1^{er} niveau est constaté;
- 50 % si un manquement de 2^e niveau est constaté;
- 100 % si un manquement de 3^e niveau est constaté.

Par ailleurs, un manquement de 3^e niveau est constaté si :

- un manquement de 2^e niveau constaté l'année de la révision en cours est le même que le manquement de 2^e niveau constaté l'année précédente;
- ou
- au moins deux manquements de 2^e niveau sont constatés la même année.

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 8 – Définition des manquements selon leur niveau

Manquements 1^{er} niveau	Manquements 2^e niveau	Manquements 3^e niveau
Non-respect de l'obligation relative à l'utilisation d'un DME certifié	Non-respect de l'obligation relative à l'offre de service	Non-respect de l'obligation relative au délai d'intégration ou au maintien en place des ressources professionnelles allouées en vertu du Programme
Non-respect de l'obligation relative au lien avec les urgences hospitalières	Non-respect des exigences informatiques du MSSS	Même manquement de 2 ^e niveau répété deux années consécutives
Non-respect de l'obligation relative à la gestion des disponibilités de la mission GMF	Non-respect de l'obligation relative aux descriptions de tâches élaborées ¹⁵ pour les ressources professionnelles allouées en vertu du Programme	Deux manquements de 2 ^e niveau au cours de la même année
Non-respect de l'obligation relative à l'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille		

9.4. Retrait de la reconnaissance

Le ministre retire la reconnaissance au GMF dans les cas suivants :

- lorsqu'il constate, lors de la révision annuelle du GMF, que le nombre de patients inscrits pondérés est en deçà de 6 000;
- lorsqu'un manquement de 3^e niveau est constaté pour une deuxième année consécutive;
- s'il est avisé que l'établissement ne reçoit pas, de la part du GMF et dans les délais prescrits, les documents relatifs à sa révision annuelle;
- à tout moment, s'il constate que le GMF utilise le financement à d'autres fins que celles prévues au Programme, refuse l'accès à ses livres et registres de comptabilité ou aux états financiers, ou refuse de divulguer les pièces liées à l'administration du financement, tel que prévu à la section 8.6.

10. Modification du Programme

Le ministre peut apporter des modifications au Programme, sous réserve de leur approbation par le Conseil du trésor. Une telle modification doit être notifiée au GMF au moins 60 jours avant la date de prise des données, telle qu'inscrite à la section 9.1, en prévision 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.

¹⁵ Conformément aux pratiques décrites dans les différentes *Fiches d'intégration des professionnels de la santé et des services sociaux en GMF* (réf. : annexe III du présent Programme).

11. Mécanisme de résolution des problématiques dans les GMF

11.1. Comité technique

Le comité technique est composé de trois membres désignés par la Fédération des médecins omnipraticien du Québec (FMOQ) et de trois membres désignés par le ministre. Toute question en lien avec le Programme, concernant notamment les obligations et responsabilités des GMF et des établissements, peut être soumise au comité technique pour analyse, aux coordonnées présentées à la section 12.

11.2. Étapes de résolution des problématiques dans les GMF

Toute problématique en lien avec le Programme peut être soulevée en suivant les cinq étapes du mécanisme de résolution des problématiques dans les GMF.

11.2.1. Étape 1 : la problématique est abordée par le médecin responsable du GMF, par le gestionnaire du CISSS ou du CIUSSS détenant l'autorité administrative auprès des ressources allouées au GMF et par le chargé de projet GMF du CISSS ou du CIUSSS

Dans l'éventualité d'une problématique découlant du Programme, les parties doivent échanger pour tenter d'arriver à une solution conjointe.

11.2.2. Étape 2 : la problématique est exposée à l'instance régionale de gouvernance de l'accès aux services médicaux de première ligne

Si aucune entente n'est possible entre les parties impliquées à l'étape 1, celles-ci font appel à l'instance régionale de gouvernance de l'accès aux services médicaux de première ligne, sous la cogestion du chef de DRMG et du DSP ou de son représentant, afin qu'elle apporte son aide pour dénouer la situation.

11.2.3. Étape 3 : la problématique est exposée au comité technique

Advenant l'échec des discussions à l'étape 2, les parties doivent soumettre la problématique au comité technique, décrit à la section 11.1, en lui transmettant toutes les informations nécessaires à l'analyse de la demande.

Pour ce faire, les parties doivent remplir le formulaire *Demande de résolution de problématiques dans un GMF*, qui est disponible sur le site Internet du MSSSS, et le soumettre directement au ministre, aux coordonnées présentées à la section 12.

Ce formulaire doit notamment inclure les informations suivantes :

- identité du GMF et de l'établissement;
- description de la problématique;
- points saillants des discussions déjà engagées;
- pistes de solution proposées.

Le cas échéant, le formulaire est accompagné de tout autre document jugé pertinent par les parties.

Le comité technique se réunit selon un calendrier établi annuellement pour analyser les demandes reçues et rendre les décisions en conséquence.

11.2.4. Étape 4 : la problématique est exposée au comité de conciliation

Advenant l'échec des discussions à l'étape 3, l'une ou l'autre des parties peut s'adresser au comité de conciliation, comme prévu à l'article 12.00 (2) de *l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'Entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (Accord-cadre), ou d'un accord subséquent.

Ce comité de conciliation permanent est mis en place afin d'aborder toute problématique ou autre, spécifique et ponctuelle, touchant les conditions de pratique des médecins, et ce, dans le but de la résoudre. Toute demande auprès du comité de conciliation doit être envoyée aux deux adresses suivantes : comiteconciliation-gmf@fmoq.org et dospli.gmf@msss.gouv.qc.ca.

11.2.5. Étape 5 : la problématique est soumise à l'arbitrage

Si la problématique n'est toujours pas réglée à l'étape 4, l'une ou l'autre des parties peut déposer un avis de différend selon les modalités prévues à l'article 24 (et les suivants) de l'Accord-cadre. À la présente étape, on entend par « parties », le médecin responsable du GMF, le MSSS ou la FMOQ.

L'arbitre a le pouvoir de résoudre le différend survenu entre les parties en rendant une décision juste et équitable, et ce, conformément à l'Accord-cadre.

12. Avis

Tous les avis, demandes, formulaires ou autres documents exigés en vertu du Programme doivent être acheminés à l'établissement, selon les coordonnées présentées à l'annexe V du Programme. L'établissement veille à transmettre l'information directement au ministre par courriel, à l'adresse : 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 :

Programme GMF
1075, chemin Ste-Foy, 8^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Toutes les 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 par courriel, aux adresses : comite.paritaire.fmoq@msss.gouv.qc.ca et comiteparitaire-gmf@fmoq.org

13. Entrée en vigueur

Le Programme est entré en vigueur le 16 novembre 2015.

La présente version modifiée du Programme entre en vigueur le 1^{er} avril 2022.

14. Durée

Le présent Programme est valide jusqu'au 31 mars 2025. Il peut être prolongé, sous réserve des crédits votés par l'Assemblée nationale, sur autorisation du Conseil du trésor. La durée de la prolongation est déterminée par le Conseil du trésor.

ANNEXE I : PRÉCISIONS SUR LES RÈGLES DE CALCUL

1. Précisions sur le calcul du nombre de patients inscrits pondérés

Les données utilisées dans le calcul du nombre de patients inscrits pondérés proviennent des bases de données suivantes :

- Base de données sur les services rendus à l'acte (RAMQ);
- Base de données sur les inscriptions auprès d'un médecin (RAMQ);
- Base de données du Registre des consultations (RAMQ).

1.1. Patients vulnérables (1 patient vulnérable = 2 inscriptions)

La *pondération des patients vulnérables* est attribuée à un médecin de famille qui inscrit un patient avec l'un des codes de vulnérabilité (déterminés selon *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle(EP 40)*) suivants :

- Code 06 – toxicomanie ou alcoolisme;
- Code 07 – VIH/sida, hépatite C;
- Code 11 – troubles dépressifs majeurs récidivants;
- Code 18 – douleur chronique.

1.2. Accouchements (1 accouchement = 3 inscriptions)

La *pondération des accouchements* est attribuée à un médecin de famille qui prodigue des services à une patiente (inscrite ou non inscrite) dans le cadre d'un épisode de soins correspondant à l'un des codes d'activité suivants :

- Code 06903 – accouchement;
- Code 06912 – césarienne avec ou sans stérilisation;
- Code 06913 – césarienne et hystérectomie;
- Codes 06984 et 06985 – accouchement le samedi, le dimanche, les jours fériés ou de 19 h à 7 h;
- Codes 06986, 06987 et 06988 – ensemble de soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement;
- Codes 06989 et 06990 – ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant qui ne participe pas à la délivrance du nouveau-né.

Cette pondération s'applique seulement si la dernière visite de suivi de grossesse avant l'accouchement a été effectuée au GMF, et ce, par le médecin ou l'un de ses collègues médecins du même GMF.

1.3. Suivis de grossesse (1 patiente en suivi de grossesse = 3 inscriptions)

La *pondération des suivis de grossesse* est attribuée à un médecin de famille qui effectue un total de deux visites de suivi de grossesse à une même patiente (inscrite ou non inscrite), dont la visite initiale. Voici les codes d'activité correspondant aux deux visites :

- 1^{re} visite :
 - Code 00059 – examen de prise en charge de grossesse;
 - Code 15159 – examen de prise en charge de grossesse si effectué avant la 13^e semaine;

- Code 15189 – examen de prise en charge de grossesse temporaire;
 - Codes 15805 et 15825 – examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence (moins de 500 patients);
 - Codes 15806 et 15826 – examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, sans référence (500 patients et plus);
 - Codes 15807 et 15827 – examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence (moins de 500 patients);
 - Codes 15808 et 15828 – examen de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre, avec référence (500 patients et plus);
 - Codes 15809 et 15829 – examen de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre (moins de 500 patients);
 - Codes 15810 et 15830 – examen de prise en charge de grossesse au-delà du premier trimestre (500 patients et plus);
 - Code 19074 – examen de prise en charge de grossesse si le médecin est membre d'un GMF.
- 2^e visite :
 - Code 15144 – examen de suivi de grossesse;
 - Code 15145 – examen de suivi de grossesse;
 - Codes 15811 et 15831 – examen de suivi de grossesse (moins de 500 patients);
 - Codes 15812 et 15832 – examen de suivi de grossesse (500 patients et plus);
 - Champ « Suivi de grossesse » sélectionné au Registre des consultations (exclusivement pour les IPSPL).

1.4. Patients défavorisés (1 patient défavorisé = 2 inscriptions)

La *pondération des patients défavorisés* est attribuée à un médecin de famille qui inscrit un patient vivant dans un lieu de résidence considéré défavorisé selon l'indice de défavorisation sociale et matérielle de l'Institut national de santé publique du Québec.

1.5. Patients avec besoins complexes et suivis à domicile (1 patient avec besoins complexes = 12 inscriptions)

La *pondération des patients avec besoins complexes et suivis à domicile* est attribuée à un médecin de famille qui suit à domicile un patient en perte sévère d'autonomie ou avec des besoins complexes. Voici les codes d'activité correspondant à cette pondération :

- Code 15904 – évaluation médicale globale;
- Code 15905 – visite de suivi exigeant un examen auprès d'un patient complexe;
- Code 15906 – visite de suivi exigeant un examen requis d'urgence auprès d'un patient complexe;
- Code 15907 – visite de suivi exigeant un examen d'un patient complexe additionnel sous le même toit;
- Code 15781 – examen à domicile, premier patient non vulnérable en perte sévère d'autonomie;
- Code 15782 – examen à domicile, patient non vulnérable additionnel en perte sévère d'autonomie;
- Code 15783 – examen à domicile, premier patient vulnérable en perte sévère d'autonomie;
- Code 15784 – examen à domicile, patient vulnérable additionnel en perte sévère d'autonomie;
- Champ « Domicile du patient en perte sévère d'autonomie » sélectionné au Registre des consultations.

Les médecins de famille qui ne peuvent facturer ces codes d'acte ont la possibilité de cocher la case « Suivi à domicile et patient en perte sévère d'autonomie » dans le Registre des consultations.

1.6. Patients en CHSLD (1 patient en CHSLD = 6 inscriptions)

La *pondération des patients en CHSLD* est attribuée à un médecin de famille qui s'engage, au sein d'un groupe concerté de médecins de famille, à mettre en place des modalités pour favoriser une prise en charge globale et une continuité des services médicaux pour les patients hébergés dans les CHSLD désignés selon la *Lettre d'entente n° 327* conclue entre le MSSS et la FMOQ, et entrée en vigueur le 1^{er} avril 2018.

1.7. Règles de calcul lorsqu'un patient a plus d'un facteur de pondération

Si plus d'un facteur de pondération s'applique à un même patient, seul le facteur le plus élevé est appliqué, à l'exception des pondérations de suivis de grossesse et d'accouchements qui peuvent se cumuler. Par conséquent, les facteurs de pondération sont appliqués aux patients selon l'ordre suivant :

- 1° patients avec besoins complexes et suivis à domicile;
- 2° patients en CHSLD;
- 3° accouchements;
- 4° suivis de grossesse;
- 5° patients vulnérables;
- 6° patients défavorisés.

2. Précisions sur le calcul du taux d'assiduité

Les données utilisées dans le calcul du taux d'assiduité proviennent des bases de données suivantes :

- Base de données sur les services rendus à l'acte (RAMQ);
- Base de données sur les inscriptions auprès d'un médecin (RAMQ);
- Banque de données communes des urgences (MSSS);
- Base de données du Registre des consultations (RAMQ).

3. Précisions sur les données utilisées pour le calcul des indicateurs

Pour le calcul de chacun des indicateurs (nombre de patients inscrits pondérés, taux d'assiduité et nombre de médecins dans un GMF qui utilisent un DME certifié), une période de référence est déterminée concernant les données utilisées. De même, pour chacun des indicateurs, des règles précises de calcul sont déterminées. Le tableau à la page suivante précise autant les périodes de référence des données utilisées que les règles de calcul des différents indicateurs.

**TABLEAU DES PÉRIODES DE RÉFÉRENCE DES DONNÉES UTILISÉES
ET DES RÈGLES DE CALCUL APPLICABLES AUX INDICATEURS**

	Évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés	Demande d'adhésion au Programme	Révision annuelle des GMF (1^{er} avril)
Période de référence des données utilisées	Les données utilisées s'étendent sur une période de 12 mois consécutifs se terminant 2 semaines avant la date de la demande d'évaluation. Si la demande d'adhésion au Programme survient plus de 90 jours après le résultat de l'évaluation des inscriptions pondérées, une seconde demande d'évaluation devra être effectuée.		Les données sont extraites le 1 ^{er} mars précédant la révision annuelle. Les données utilisées s'étendent sur une période de 12 mois consécutifs précédant la révision annuelle et allant du 16 février de l'année précédente au 15 février de l'année en cours.
Patients inscrits	Le calcul est effectué à partir des données liées aux patients inscrits au GMF lors de la dernière journée de la période de référence.		
Patients vulnérables	Le calcul est effectué à partir des données liées aux patients inscrits au GMF lors de la dernière journée de la période de référence.		
Accouchements	Le calcul est effectué selon le nombre d'accouchements effectués pendant la période de référence, et pour chaque accouchement comptabilisé, une recherche est effectuée dans la Base de données sur les services rendus à l'acte jusqu'à dix mois avant l'accouchement afin de constater s'il y a eu ou non au moins une visite de suivi de la parturiente par le médecin ou un autre médecin du GMF.		
Suivis de grossesse	Le calcul est effectué à partir de l'ensemble des données compilées pendant la période de référence.		
Patients défavorisés	Le calcul est effectué à partir des données liées aux patients inscrits au GMF lors de la dernière journée de la période de référence.		
Patients avec besoins complexes	Le calcul est effectué à partir de l'ensemble des données compilées pendant la période de référence.		
Patients CHSLD	Le calcul est effectué à partir de l'ensemble des données compilées pendant la période de référence		
Taux d'assiduité	ne s'applique pas	ne s'applique pas	Le calcul est effectué à partir de l'ensemble des données compilées pendant la période de référence.
Utilisation du DME	ne s'applique pas	ne s'applique pas	Le calcul est effectué à partir de l'ensemble des données compilées pendant la période de référence.

ANNEXE II :
TABLEAU RÉCAPITULATIF LIÉ AU NIVEAU DU GMF
INFORMATIONS RELATIVES AUX OBLIGATIONS, AU FINANCEMENT ET AU SOUTIEN PROFESSIONNEL DES GMF SELON LEUR NIVEAU

Niveaux GMF	Cibles d'inscriptions pondérées	GMF sans entente		GMF avec entente			Fonctionnement (\$)**	Pharmacien (\$)**	Personnel infirmier (ETP)***	Travailleurs sociaux (ETP)***	Autres professionnels (ETP)***
		Nombre minimal d'heures de services médicaux sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre minimal de jours* sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre minimal d'heures de services médicaux sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine	Nombre maximal d'heures par semaine pouvant faire l'objet d'une entente	Nombre minimal de jours* sur place (dans le ou les sites du GMF) par semaine					
1	6 000 à 8 999	68	7	52	16	5	110 172	21 813	1	0,5	0,5
2	9 000 à 11 999			56	12	5	144 671	32 719	1,5	1	0,5
3	12 000 à 14 999			60	8	6	179 172	43 625	2	1	1
4	15 000 à 17 999			64	4	6	213 671	54 532	2,5	1,5	1
5	18 000 à 20 999			ne s'applique pas			246 638	65 437	3	1,5	1,5
6	21 000 à 23 999						262 387	76 343	3,5	2	1,5
7	24 000 à 26 999						278 134	87 249	4	2	2
8	27 000 à 29 999						293 883	98 156	4,5	2,5	2
9	30 000 à 32 999						309 632	109 062	5	2,5	2,5
10	33 000 à 35 999						321 444	119 968	5,5	3	2,5
11	36 000 à 38 999						333 256	130 875	6	3	3
12	39 000 et plus						345 068	141 675	6,5	3,5	3

* Une journée d'ouverture, y compris les jours fériés, doit minimalement compter quatre (4) heures de services.

** Montants en vigueur pour l'année financière 2021-2022.

*** Équivalent temps plein.

ANNEXE III : FICHES D'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS EN GMF¹⁶

Afin de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour répondre aux besoins spécifiques de leur clientèle, le MSSS propose des Fiches d'intégration des professionnels en GMF.

- Collaboration : conditions gagnantes
- Infirmière clinicienne en GMF
- Travailleur social en GMF
- Pharmacien en GMF
- Nutritionniste en GMF
- Kinésiologue en GMF
- Inhalothérapeute en GMF
- Physiothérapeute en GMF
- Ergothérapeute en GMF
- Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en GMF
- Infirmière auxiliaire en GMF

¹⁶ Également disponibles sur le site Internet du MSSS : *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un GMF ou un GMF-U et Guide pratique à l'intention des travailleurs sociaux issus d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et qui travaillent dans un GMF ou un GMF-U.*

Fiche d'intégration des professionnels en GMF

Collaboration : conditions gagnantes

1. Choisir le type de professionnel pour son GMF

- Convenir avec le CI(U)SSS des besoins prioritaires des patients inscrits au GMF.
- Cibler, en collaboration avec le CI(U)SSS, le type de professionnel répondant le mieux aux besoins prioritaires déterminés à partir des « [Fiches d'intégration des professionnels](#) »¹, tout en tenant compte des ressources disponibles sur le territoire.
- Spécifier avec le CI(U)SSS les activités que chaque professionnel pourra réaliser.
- Préciser, en fonction de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable en GMF, les modalités de travail du professionnel (horaire, lieu du travail, etc.).

Cogestion auprès des nouveaux professionnels^{2,3}

Autorité fonctionnelle : le médecin responsable s'assure du bon fonctionnement des activités quotidiennes au sein du GMF.

Autorité administrative et surveillance clinique : le gestionnaire du CI(U)SSS gère les ressources humaines et veille à l'encadrement clinique.

Exemples du partage des responsabilités

- Maintenir les liens directs avec les cogestionnaires du CI(U)SSS ;
- Prévoir des services adaptés aux besoins de la population de son territoire en partenariat avec les CI(U)SSS ;
- Coordonner l'expertise dont sont investis les professionnels impliqués ;
- Accueillir et intégrer les nouveaux professionnels au sein du GMF ;
- Développer et soutenir la collaboration interprofessionnelle dans le GMF ;
- Collaborer à l'appréciation des professionnels du GMF.

- Maintenir les liens directs avec le médecin responsable ;
- Gérer les ressources humaines et appliquer les politiques, procédures, conventions collectives ;
- Contribuer à l'accueil et à l'intégration des nouveaux professionnels ;
- Procéder à l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles ;
- Assurer le soutien au développement des compétences des professionnels.

Ce guide vise à accompagner le médecin de famille responsable d'un GMF dans l'intégration des nouveaux professionnels. Il comprend deux volets : la cogestion dans une perspective d'optimisation de la collaboration avec le CI(U)SSS ainsi que la mise en oeuvre des conditions favorables à la collaboration interprofessionnelle au sein de son équipe interprofessionnelle. Les lignes directrices présentées dans ce guide tiennent compte du fait que le patient est au coeur des actions, des décisions et en est la raison d'être.

2. Préparer l'arrivée des professionnels en cogestion

- **S'assurer d'une compréhension commune des rôles et responsabilités du médecin responsable et du cogestionnaire du CI(U)SSS.** S'assurer de sa diffusion et de son appropriation par l'ensemble de l'équipe GMF.
- **Établir les modalités de la communication.** Préciser les modes de communication selon leurs motifs, la fréquence et la durée des rencontres ponctuelles ou statutaires.
- **Définir et partager le portrait de la clientèle desservie et du territoire du GMF.**
- **Planifier, convenir et coordonner les activités d'accueil et d'intégration.** La planification et l'organisation de l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels doivent être une expérience positive pour tous au sein du GMF. L'[Outil en soutien à l'accueil et l'intégration des professionnels en GMF](#)⁴ présente, étape par étape, les actions à réaliser. (**À noter** que le partage détaillé des actions entre les cogestionnaires proposé dans cet Outil est à titre indicatif.)

Quelques incontournables à la cogestion :

- Développer une confiance et une compréhension mutuelles par une communication efficace et transparente ;
- Préciser les attentes et tenir compte du point de vue de l'autre lors des échanges et dans les prises de décision ;
- Respecter ses engagements ;
- S'entendre sur des valeurs et des objectifs communs ;
- Assurer cohérence et intégrité dans les actions et rechercher des solutions mutuellement gagnantes ;
- Représenter, comme cogestionnaires, un exemple de collaboration pour l'équipe.

* Selon les contextes de chacun des GMF, la cogestion peut impliquer plus d'un gestionnaire du CI(U)SSS.

1. MSSS (2016). [Fiches d'intégration des professionnels en GMF](#).

2. Instituts universitaires intégrés de première ligne en santé et services sociaux des CIUSSS de l'Estrie – CHUS et CIUSSS de la Capitale-Nationale et le RCPI, Centre d'expertise sur la collaboration interprofessionnelle, mandatés pour soutenir l'intégration des professionnels en GMF dans une perspective de collaboration interprofessionnelle. (2016). Diaporama [Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle : dans le contexte de l'intégration des professionnels en GMF](#).

3. CIUSSS de la Capitale-Nationale (2016). [Diagramme présentant le modèle de cogestion comprenant l'autorité fonctionnelle et l'autorité hiérarchique](#).

4. Instituts universitaires intégrés de première ligne en santé et services sociaux des CIUSSS de l'Estrie – CHUS et CIUSSS de la Capitale-Nationale et le RCPI, Centre d'expertise sur la collaboration interprofessionnelle. (2016). [Outil en soutien à l'accueil et l'intégration des professionnels en GMF](#).

3. Optimiser la collaboration interprofessionnelle en GMF

L'arrivée des nouveaux professionnels est une occasion privilégiée pour consolider les pratiques collaboratives entre les membres de l'équipe GMF.

La création de nouvelles collaborations implique la maîtrise des compétences associées à la collaboration interprofessionnelle⁵ et l'utilisation appropriée des différentes pratiques de collaboration⁶.

Dans son rôle, le médecin responsable du GMF est invité à promouvoir et soutenir la collaboration auprès des membres de son équipe :

- **Connaître et reconnaître le rôle de chacun**

La collaboration interprofessionnelle requiert de créer progressivement une confiance mutuelle. Les rencontres formelles et informelles contribueront au développement des liens et à la création d'un climat favorable afin de partager sur :

- les rôles et fonctions de chacun (personnel médical, professionnel et cléricale);
- les clientèles visées, les interventions réalisées, la durée des suivis;
- les attentes face aux autres professionnels dans une perspective de complémentarité;
- les contraintes et exigences de son travail, en vue de comprendre la réalité de chacun;
- les zones de chevauchement et les dédoublements entre tous les professionnels, de façon à revoir le partage des rôles dans le respect de l'expertise de chacun.

- **S'assurer d'une communication efficace et respectueuse**

La communication est au cœur de la collaboration interprofessionnelle. En GMF, toutes les occasions d'échange, même de courte durée, doivent être valorisées. Les modalités doivent être convenues entre les membres de l'équipe dès l'arrivée des professionnels et tenir compte du contexte GMF :

- Définition des modalités de référence et de consultation;

- Détermination des modalités de communication selon les pratiques collaboratives à privilégier et les situations rencontrées (ex. : fonctionnement pour suivis conjoints, gestion des urgences, partage de faits nouveaux, rencontres formelles ou informelles, rencontres de corridor, discussions de cas pour des situations particulières, utilisation du dossier médical électronique, calendrier pour les réunions de service, courriers électroniques, appels téléphoniques);
- Utilisation d'un langage clair, accessible et respectueux;
- Ouverture et disponibilité aux échanges interprofessionnels.

Le médecin responsable exerce un leadership pour le déploiement de la collaboration interprofessionnelle au sein du GMF. À cet effet, il :

- s'assure que l'expertise, les compétences et les talents de chacun soient mis à profit pour maximiser les services aux patients;
- reconnaît les situations à risque de tensions ou de conflits et se donne les moyens de mettre en place des stratégies de résolution de conflits;
- favorise la rétroaction des activités interprofessionnelles en suscitant la réflexion et le partage de l'équipe sur les éléments positifs et les améliorations souhaitées pour assurer un meilleur suivi de la clientèle.

Pour assurer une amélioration continue de la collaboration interprofessionnelle, il est recommandé qu'une personne de l'équipe soit choisie comme soutien au médecin responsable. Son rôle sera alors :

- d'assurer la liaison et la cohésion entre les membres de l'équipe;
- d'établir, avec l'équipe, les objectifs d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle en tenant compte des priorités établies et en assurer le suivi de façon périodique.

5. Consortium pancanadien sur l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) (2010). [Le référentiel de compétences](#).

6. Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014). [Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle](#). RCPI. Québec.

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.



Fiche d'intégration des professionnels et professionnelles en groupe de médecine de famille (GMF)

Infirmière clinicienne

Activités professionnelles en GMF

L'infirmière clinicienne¹ intervient selon une approche centrée sur le patient ou la patiente favorisant l'autogestion de sa condition de santé et les autosoins. Ses actions couvrent différents champs d'intervention : la prévention, la promotion, l'évaluation, le suivi et la coordination.

L'infirmière clinicienne joue un rôle sur les plans de la qualité et de l'accessibilité des soins. Elle travaille en étroite collaboration avec le ou la médecin de famille et les autres professionnels et professionnelles de la santé pour assurer le suivi conjoint de la clientèle.

L'infirmière clinicienne :

- évalue la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, en assure le suivi et prodigue les soins nécessaires;
- entreprend des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- détermine le plan de traitement lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodigue les soins nécessaires;
- contribue au suivi de grossesse et au suivi postnatal;
- applique des ordonnances collectives ou une ordonnance individuelle d'ajustement² selon son jugement clinique :
 - amorce des mesures diagnostiques et thérapeutiques,
 - administre ou ajuste la médication;
- fait de l'enseignement aux patients et patientes et offre du soutien pour l'autogestion de leur maladie et les autosoins;
- constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise;
- procède aux suivis systématiques et aux suivis conjoints lorsqu'ils sont requis;
- dirige les patients et patientes vers les services pertinents et assure la liaison entre ces services et les patients : soutien à domicile, inscription des clientèles vulnérables à la garde infirmière 24/7 d'Info-Santé, services de première ligne en santé mentale, autres organisations communautaires du territoire, etc.

1. L'infirmière clinicienne est titulaire d'un diplôme universitaire (baccalauréat ou maîtrise), alors que l'infirmière technicienne possède un diplôme d'études collégiales. Les connaissances relatives aux soins critiques (soins intensifs, urgence), à la première ligne et à la santé mentale dans la communauté sont acquises au baccalauréat.

2. Plusieurs protocoles médicaux nationaux et ordonnances associées sont disponibles en ligne : www.inesss.qc.ca/index.php?id=397&L=0.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et des services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels et professionnelles de la santé et les patients et patientes.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels et professionnelles de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel ou une professionnelle de la santé en GMF permettra une offre de services élargie qui apportera un complément à celle des centres intégrés de santé et de services sociaux ainsi que des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le ou la médecin de famille et l'infirmière clinicienne en GMF.

Exemples de conditions pour lesquelles le patient ou la patiente peut bénéficier d'une collaboration entre le ou la médecin de famille et l'infirmière clinicienne en GMF :

- Prise en charge systématisée de la clientèle atteinte d'hypertension artérielle, de diabète ou d'autres maladies chroniques (vérification de la réponse au traitement, évaluation de la capacité d'autosoins, ajustement de la posologie, etc.);
- Suivi de grossesse (évaluation de la femme enceinte et du fœtus, counseling par rapport au dépistage prénatal, enseignement, prescription pour le traitement des nausées et des vomissements non incoercibles durant la grossesse, etc.);
- Suivi systématique du nouveau-né et de l'enfant;
- Suivi post-syndrome coronarien aigu (ajustement de la médication, détermination des facteurs de risque, préparation du plan de traitement, réévaluation périodique du patient ou de la patiente, etc.);
- Dépistage, suivis et traitement en santé sexuelle et en santé de la femme;
- Initiation et suivi de la contraception hormonale chez la femme;
- Dépistage et suivi des troubles neurocognitifs chez la personne âgée.

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Suivi de la clientèle diabétique au GMF Les Grès, Mauricie-et-Centre-du-Québec

Lors du diagnostic, la patiente ou le patient est dirigé vers l'infirmière clinicienne par le ou la médecin de famille.

À la première rencontre, l'infirmière clinicienne :

- recueille des données, évalue la capacité d'autosoins et de prise en charge du patient ou de la patiente;
- remet le glucomètre et fait de l'enseignement sur son utilisation;
- fait l'enseignement et la promotion des pratiques préventives;
- assure la liaison avec l'infirmière du CIUSSS;
- explique le suivi téléphonique pour la médication.

Lors du suivi trimestriel conjoint avec le ou la médecin de famille, l'infirmière clinicienne vérifie :

- les facteurs de risque cardiovasculaire (bilan lipidique, pression artérielle);
- le bilan lipidique et les signes vitaux;
- les habitudes de vie (alimentation, observance médicamenteuse, etc.);
- les connaissances du patient ou de la patiente sur sa maladie.

Tout au long du suivi, l'infirmière clinicienne :

- assure la surveillance clinique par suivi téléphonique auprès du patient ou de la patiente au regard de l'adhésion au traitement, des glycémies et de la médication;
- assure l'examen complet des pieds annuellement et vérifie le statut vaccinal;
- coordonne des rencontres interdisciplinaires pour les cas complexes.

Depuis l'instauration de ce suivi conjoint, le GMF Les Grès a observé une augmentation de la satisfaction de la clientèle, une amélioration des taux d'hémoglobine glyquée des patients et patientes en suivi conjoint et un meilleur ajustement des glycémies.

Suivi de grossesse au GMF Vallée-de-l'Or, Abitibi-Témiscamingue

À la rencontre du premier trimestre, l'infirmière clinicienne :

- évalue la condition de santé de la femme enceinte et du fœtus;
- amorce des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance collective (prélèvements sanguins, échographie, suppléments vitaminiques et antinauséeux);
- donne des conseils de prévention;
- amorce le processus de retrait préventif au besoin;
- répond aux questions et inquiétudes de la patiente.

Le ou la médecin de famille dispose déjà, à la première rencontre, des résultats pertinents lui permettant d'intervenir immédiatement.

À la rencontre du troisième trimestre, avant le suivi avec le ou la médecin de famille, l'infirmière clinicienne :

- rencontre la patiente et répond à ses questions;
- recueille les données nécessaires pour l'examen médical.

Cela permet de maximiser le nombre de rendez-vous médicaux et de les rendre plus efficaces. Compte tenu du succès de cette pratique, le GMF Vallée-de-l'Or a commencé une deuxième phase qui consiste à poursuivre le suivi conjoint à tous les stades de la grossesse.

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Bibliographie

DURAND, S., F. Laflamme et H. D'Anjou. *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, [En ligne], 3^e éd., Westmount, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016, 121 p. [<https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcd8075e3>].

GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. « Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature », [En ligne], *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, vol. 3, n° 3, 2014, p. 1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].

Fiche d'intégration des professionnels en GMF

Travailleur social

Activités professionnelles en GMF

Le travailleur social évalue le fonctionnement social dans une perspective de soutien et de rétablissement de la personne en réciprocité avec son environnement. L'expertise du travailleur social et celle du médecin de famille sont complémentaires dans l'évaluation globale de l'état de santé et du bien-être du patient.

En collaboration avec le médecin de famille et les autres professionnels de la santé, et sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF, le travailleur social :

- Effectue la détection et la prévention de problèmes sociaux ;
- Identifie les besoins sociaux du patient et les ressources à sa disposition (personnelles, familiales et économiques) à la lumière de l'évaluation du fonctionnement social ;
- Évalue le fonctionnement de la personne et intervient sur les aspects sociaux et les aspects de santé mentale qui influencent son état de santé global ;
- Collabore au développement du plan de services et y participe activement ;
- Réalise des interventions à court terme (maximum de 12 rencontres¹) ou en situation de crise ;
- Facilite l'accès aux services en dirigeant les patients du GMF vers les ressources les plus appropriées : programmes du CISSS ou du CIUSSS et ressources communautaires du territoire ;
- Constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise ;
- Partage de l'information clinique pertinente avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle et les ressources du CISSS ou du CIUSSS dans le but d'offrir un service optimal aux patients.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels de la santé et les patients.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel de la santé en GMF permettra une offre de services élargie tout en étant complémentaire de celle des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le médecin de famille et le travailleur social en GMF.

Exemples de conditions pour lesquelles le patient peut bénéficier d'une collaboration entre le médecin de famille et le travailleur social en GMF

- Difficultés personnelles, relationnelles, professionnelles, économiques et sociales (conflits avec des proches, idées suicidaires, chômage, arrêt de travail, décrochage, pauvreté, deuil, rupture, divorce).
- Difficultés relatives au fonctionnement social, cognitif, émotionnel et comportemental de la personne liées à son état de santé physique et mentale (difficulté d'adaptation à l'annonce d'un diagnostic de maladie chronique [maladie cardiovasculaire, douleur chronique, diabète, etc.], observance de la prise de la médication, gestion du stress, troubles d'anxiété, dépression).
- Difficultés relatives aux conduites sociojudiciaires (délinquance, toxicomanie, criminalité).
- Difficultés d'adaptation aux étapes de vie et aux événements difficiles, traumatisants (violence, agressions sexuelles, abus, adolescence, grossesse, isolement, vieillesse, perte d'autonomie).

1. Occasionnellement, il peut être pertinent de prolonger l'intervention au-delà du terme initialement convenu dans le plan d'intervention. Celui-ci est alors révisé et modifié en conséquence.

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Suivi psychosocial

au GMF de la Clinique médicale d'Alma, Saguenay-Lac-Saint-Jean

En collaboration avec le CIUSSS de Lac-Saint-Jean-Est, le GMF de la Clinique médicale d'Alma a intégré au sein de son équipe une travailleuse sociale en 2010. Le GMF avait pour objectifs de concilier les volets médical et social du suivi ainsi que d'offrir une prise en charge globale du patient.

La travailleuse sociale :

- Collabore avec l'ensemble des professionnels de la santé du GMF ;
- Joue un rôle clé dans le transfert des connaissances ;
- Réalise une évaluation sommaire selon les besoins de la clientèle ;
- Dirige les patients vers les ressources les plus appropriées.

Le partage de l'information clinique pertinente avec le médecin de famille est facilité par la proximité et l'accessibilité de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle. Pour maximiser la présence de la travailleuse sociale au GMF, le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence du CIUSSS dirige des patients vers le GMF. La travailleuse sociale est en contact avec le CIUSSS et dispose de tous les moyens pour effectuer ses suivis de dossiers à distance.

La travailleuse sociale a été formée et accompagnée par le CIUSSS. Un répondant du CIUSSS coordonne les liaisons CIUSSS-GMF, dans le but de soutenir la professionnelle dans le milieu médical et de lui assurer une connaissance des programmes du CIUSSS et des ressources communautaires du territoire.

Depuis l'intégration de la travailleuse sociale dans le GMF, les résultats suivants ont été observés :

- Une diminution de la liste d'attente pour un suivi psychosocial au CIUSSS ;
- Une augmentation du nombre de consultations psychosociales au programme des services généraux ;
- Une augmentation du nombre de personnes recevant des services psychosociaux ;
- Une amélioration de l'accès aux services à la population sur le territoire.

Selon un sondage, les médecins de famille du GMF considèrent la venue de cette professionnelle comme une amélioration importante de leur pratique.

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Suivi psychosocial

et suivi en santé mentale au GMF Plateau-Marquette, Estrie

En collaboration avec le CIUSSS, le GMF Plateau-Marquette a intégré deux travailleuses sociales au sein de son équipe. L'une est dédiée à la clientèle ayant des problèmes de santé mentale, alors que l'autre est dédiée aux personnes aux prises avec des problèmes psychosociaux.

La travailleuse sociale des services en santé mentale :

- Accueille, évalue et dirige la clientèle vers le guichet d'accès en santé mentale du CIUSSS lorsque cela est requis ;
- Effectue, selon les cas, de courts suivis de clientèle au GMF dans l'attente de la prise en charge par l'équipe des services spécifiques.

La travailleuse sociale des services psychosociaux joue un rôle équivalent et dirige les patients, selon les besoins, vers les programmes généraux du CIUSSS.

Étant présentes au GMF, les deux travailleuses sociales créent des liens avec l'équipe médicale, ce qui permet un meilleur partage de l'information clinique pertinente et un accès facilité aux services psychosociaux et aux services en santé mentale. Elles jouent également un rôle de prévention, puisqu'elles sont accessibles à très court terme et peuvent prendre en charge le patient dès l'apparition d'un problème.

Enfin, les deux travailleuses sociales du GMF proviennent des programmes de services psychosociaux et de services en santé mentale du CIUSSS. Elles ont ainsi une connaissance accrue des différents programmes et ressources externes du territoire.

Bibliographie

DUMAS, P. Offre de services sociaux généraux (programme-services, services généraux, activité clinique et d'aide) : orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, [En ligne], Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, c2013, 67 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>].

GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. "Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature", [En ligne], Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, vol. 3, n° 3, 2014, p.1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].

Fiche d'intégration des professionnels et professionnelles en groupe de médecine de famille (GMF)

Pharmacien/Pharmacienne

Activités professionnelles en GMF

Le pharmacien ou la pharmacienne évalue les patients et patientes du GMF pour optimiser leur thérapie médicamenteuse. Ainsi, un pharmacien ou une pharmacienne exerçant en GMF met à profit son expertise pour intervenir directement auprès des patients et patientes et travailler conjointement avec le ou la médecin de famille et les autres professionnels et professionnelles de la santé concernés.

Le pharmacien ou la pharmacienne joue un rôle essentiel dans la prévention et le traitement des maladies en première ligne. Il ou elle partage son expertise au sujet des médicaments avec ses collègues du GMF. Il ou elle assure la liaison avec les autres pharmaciens prenant part aux soins du patient ou de la patiente, que ce soit en milieu communautaire ou en établissement de santé.

Plus précisément, le rôle du pharmacien ou de la pharmacienne exerçant en GMF est de :

- Supporter l'équipe GMF
 - Répondre aux questions ponctuelles des médecins et des autres professionnels et professionnelles de la santé liées à la pharmacothérapie (discussion de cas sur le meilleur choix de traitement, effets indésirables, interactions médicamenteuses, critères de remboursement, etc.)
 - Jouer le rôle de personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique, comme offrir des conférences portant sur la pharmacothérapie ou encore pour la préparation d'outils cliniques
- Réviser la pharmacothérapie de patientes et patients ciblés
 - Dresser l'histoire pharmacothérapeutique, réaliser le bilan comparatif des médicaments (BCM) et optimiser la pharmacothérapie
- Effectuer des prises en charge et des ajustements de traitements dans un processus de décision partagée avec le patient ou la patiente. L'entente de pratique avancée en partenariat (EPAP) est privilégiée, car elle permet une autonomie professionnelle pour le pharmacien ou la pharmacienne GMF et facilite le processus de prescription
 - Optimiser le traitement en fonction de la condition du patient ou de la patiente, de ses paramètres cliniques et de ses objectifs, notamment en faisant l'amorce, l'ajustement et l'arrêt des médicaments (déprescription)
- Participer à des projets cliniques, de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services liés à l'usage des médicaments, incluant le développement de trajectoires de soins

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et des services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels et professionnelles de la santé et les patients et patientes.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels et professionnelles de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel ou une professionnelle de la santé en GMF permettra une offre de services élargie qui apportera un complément à celle des centres intégrés de santé et de services sociaux ainsi que des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le ou la médecin de famille et le pharmacien ou la pharmacienne en GMF.

- Assurer les liens requis avec le pharmacien ou la pharmacienne communautaire du patient ou de la patiente, que ce soit pour répondre aux questions ou pour convenir du plan de soins pharmaceutiques et des paramètres de la surveillance de la thérapie à appliquer

Exemples de conditions pour lesquelles le patient ou la patiente peut bénéficier de l'expertise du pharmacien ou de la pharmacienne en GMF :

- Patient ou patiente vulnérable, fragile ou polymédicamenté (patient sujet à des hospitalisations fréquentes)
- Pathologie complexe à ajuster ou consultation avec le patient ou la patiente pour un processus de décision partagée
 - Gériatrie : syndrome gériatrique, évaluation cognitive, déprescription
 - Santé mentale : plusieurs échecs ou difficulté à tolérer la médication
 - Douleur chronique : historique, optimisation, sevrage
 - Autres : diabète, HTA, DLP, migraine, obésité, MPOC, asthme, TDAH
- Ajustement pour insuffisance rénale chronique ou insuffisance hépatique
- Ajustement de la pharmacothérapie chez la femme enceinte ou qui allaite, ou en prévision d'une grossesse
- BCM après hospitalisation

Des modèles de pratique en GMF

Offre de services optimisée par la mise en place d'une entente de pratique avancée en partenariat (EPAP) et du rehaussement du temps pharmacien

Les offres de services des **GMF Saint-Donat, Lafontaine et du Sud-Ouest**, qui ont collaboré au projet pilote de rehaussement du temps pharmacien, ont été synthétisées pour présenter des exemples de collaboration.

Réévaluation d'un dossier-patient dans un but d'optimisation ou de déprescription des thérapies médicamenteuses

- Gestion des effets indésirables
- Insuffisance rénale ou hépatique
- Syndrome gériatrique, chutes
- Polymédication
- Déprescription (benzodiazépines, hypnotiques en Z, psychotropes, opioïdes, IPP, hypoglycémifiants, polymédication, opioïdes, etc.)
- Validation des indications
- Diminution du nombre de comprimés ou de prises par jour
- Cibles non atteintes
- Préconception, grossesse ou allaitement
- Toxicomanie, alcoolisme
- Troubles cognitifs
- Non-adhésion aux traitements
- Hospitalisation fréquente ou récente
- Médicaments à index thérapeutique étroit

Prise en charge et ajustement de la thérapie médicamenteuse (incluant l'amorce de traitement) par le biais de l'entente de pratique avancée en partenariat (EPAP) lorsque le pharmacien ou la pharmacienne GMF est le ou la mieux placé(e) pour suivre le patient ou la patiente

- Discussion avec le patient ou la patiente des options thérapeutiques et mise en place d'un plan de traitement dans un processus de décision partagée
- Exemples de situations : choix d'un antidépresseur (surtout si multiples échecs antérieurs, plusieurs comorbidités, etc.), prise en charge du risque cardiovasculaire, décision de traitement en ostéoporose ou en ménopause, choix d'inhalateurs en asthme et MPOC, analyse des options, prescriptions et suivis de patients avec douleur chronique, etc.

Soutien à l'équipe

- Tous les professionnels et professionnelles du GMF peuvent envoyer une tâche aux pharmaciens et pharmaciennes via le DMÉ en précisant le niveau d'urgence de la situation clinique (le délai souhaité de réponse ou de prise en charge) et le niveau d'implication souhaité de la part du pharmacien ou de la pharmacienne GMF
- Discussion de cas sur le meilleur choix de traitement avec les médecins et les infirmières du GMF
- Liaison et collaboration avec les pharmaciens et pharmaciennes communautaires (transférer des suivis, aborder des problématiques, organiser des rencontres, mobiliser les personnes sur les activités professionnelles, etc.)
- Liaison et collaboration avec l'équipe GAP
- Résolution de problèmes liés à l'accès (ruptures d'approvisionnement, médicaments d'exception, etc.)
- Offre de formations

Soutien aux patients et patientes en accès adapté

- Les agents et agentes orientent vers le pharmacien ou la pharmacienne GMF les patients et patientes qui ont des problèmes liés à la pharmacothérapie (ne pouvant être réglés par le pharmacien ou la pharmacienne communautaire)

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Bibliographie

- SAMIR ABDIN, M., et autres. « Impact of Pharmacists Interventions on the Pharmacotherapy of Patients With Complex Needs Monitored in Multidisciplinary Primary Care Teams », *International Journal of Pharmacy Practice*, vol. 20, n° 1, février 2020, p. 75-83. doi : [10.1111/ijpp.12577](https://doi.org/10.1111/ijpp.12577).
- DOLOVICH, L., et autres. « Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics », *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 83, n° 6, juin 2008, p. 913-917. doi : [10.1038/clpt.2008.29](https://doi.org/10.1038/clpt.2008.29).
- GOCAN, S., et autres. « Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams : A Review of the Literature », *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, vol. 3, n° 3, 2014, p. 1-19. doi : [10.22230/jripe.2014v3n3a131](https://doi.org/10.22230/jripe.2014v3n3a131).
- GUÉNETTE, L., et autres. « Pharmacists Practising in Family Medicine Groups : What Are Their Activities and Needs? », *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 45, n° 1, février 2020, p. 105-114. doi : [10.1111/jcpt.13035](https://doi.org/10.1111/jcpt.13035).
- Projet pilote "BOOST" de rehaussement du temps pharmacien GMF (Bonification organisationnelle orientée en soutien à la thérapie en GMF). Résumé visuel de 6 pages. Juillet 2023. [<https://www.rqpgmf.ca/phmgmf/rehaussement-du-temps-pharmacien/>]

Fiche d'intégration des professionnels en GMF

Nutritionniste

Activités professionnelles en GMF

La nutritionniste intervient sur les aspects liés à la nutrition et à l'alimentation. Ses interventions couvrent la promotion, la prévention, l'évaluation, le traitement et la réadaptation. La nutritionniste vise à maintenir, améliorer ou rétablir l'état nutritionnel et la santé.

En collaboration avec le médecin de famille et les autres professionnels de la santé, et sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF, le nutritionniste :

- Évalue l'état nutritionnel en considérant les habitudes alimentaires et les habitudes de vie ;
- Pose un jugement sur l'état nutritionnel ;
- Détermine le plan de traitement en tenant compte des caractéristiques cliniques et en fait l'enseignement ;
- Cible, de concert avec le patient, des modifications à apporter à son alimentation et évalue les résultats en fonction des objectifs cliniques ;
- Fait de l'enseignement et donne des conseils nutritionnels ;
- Propose un suivi adapté ;
- Anime des interventions de groupe favorisant l'acquisition et l'intégration de saines habitudes alimentaires et de connaissances en nutrition ;
- Constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels de la santé et les patients.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel de la santé en GMF permettra une offre de services élargie tout en étant complémentaire de celle des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le médecin de famille et la nutritionniste en GMF.

Exemples de conditions pour lesquelles le patient peut bénéficier d'une collaboration entre le médecin de famille et la nutritionniste en GMF

- Maladies chroniques et facteurs de risques cardiometaboliques (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque, surplus pondéral, obésité, ostéoporose, etc.).
- Troubles du système digestif (maaises gastro-intestinales, maladies inflammatoires de l'intestin, diverticulose, diverticulite, constipation, diarrhée, etc.).
- Restrictions alimentaires (allergies, intolérances, végétarisme, etc.).
- Changement dans l'appétit attribuable à la prise de médicaments (TDAH, antidépresseurs, etc.) et dénutrition en raison d'une faible consommation alimentaire.
- Malabsorption de nutriments (anémie, ostéoporose, etc.).
- Nausées, vomissements et inconfort gastrique chez la femme enceinte et diverticulose/ite.

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Suivi nutritionnel des patients au GMF Les Eskers d'Amos, Abitibi-Témiscamingue

La nutritionniste est généralement présente au GMF. Les rencontres de groupe se tiennent au CISSS.

La nutritionniste collabore plus étroitement avec le kinésiologue et l'infirmière-pivot qui évalue la prise en charge.

La nutritionniste participe à différents programmes :

- Patients avec syndrome métabolique ;
- Patients participant au programme Cible (programme en saines habitudes de vie mis en place par le GMF) ;
- Patients prédiabétiques ou diabétiques de type 2 (médicamentés ou non).

Les consultations se font en rencontre individuelle ou en rencontre de groupe.

La nutritionniste a produit un livre de recettes avec calcul des valeurs nutritives, destiné aux patients participant aux programmes suivants : syndrome métabolique, saines habitudes de vie, diabète de type 2, hypertension, réadaptation cardiorespiratoire. Elle produit également des documents d'enseignement pour l'infirmière clinicienne du GMF : alimentation réduite en sodium, lecture des étiquettes, types et qualité des matières grasses.

Suivi nutritionnel en obésité pédiatrique au GMF d'Aylmer, Outaouais

À la première rencontre individuelle, la nutritionniste :

- Évalue l'implication des parents ;
- Évalue les habitudes de vie et les habitudes alimentaires de l'enfant et de la famille ;
- Commence l'enseignement sur les principes d'une alimentation saine et équilibrée ;
- Explique les notions de base pour l'activité physique.

Généralement, le suivi se fait en ateliers de groupe selon des thèmes liés à l'alimentation.

Au besoin, un suivi individuel est offert.

Depuis l'offre de ce suivi, les résultats suivants sont observés :

- Une sensibilisation des parents concernant l'importance des habitudes de vie ;
- Un désir de changement exprimé par les enfants.

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Bibliographie

GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. "Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature", [En ligne], Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, vol. 3, n° 3, 2014, p.1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].

Fiche d'intégration des professionnels en GMF

Kinésiologue¹

Activités professionnelles en GMF

Le kinésiologue, spécialiste de l'activité physique, utilise le mouvement à des fins de prévention, de traitement et de performance. Son intervention porte sur les plans fonctionnels dans une perspective d'adaptation et de réadaptation chez le patient. Son moyen d'action privilégié est l'activité physique selon une approche personnalisée.

En collaboration avec le médecin de famille et les autres professionnels de la santé, et sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF, le kinésiologue :

- Évalue les facteurs influençant la condition physique et les habitudes de vie du patient à risque ou atteint de différentes maladies;
- Analyse le potentiel, les attentes et la motivation du patient;
- Propose des activités éducatives liées à l'activité physique;
- Élabore des programmes d'activités physiques personnalisés qui visent à soutenir le patient qui s'engage dans une démarche de réadaptation et d'autogestion dans le but :
 - De ralentir la progression de la maladie et de prévenir des problèmes de santé futurs;
 - D'améliorer la capacité physique du patient;
 - D'apporter des modifications aux habitudes de vie (sédentarité) de façon durable et de favoriser l'autonomie;
- Met en place un plan d'intervention tout en se souciant de l'aspect motivationnel;
- Intervient de façon individuelle ou en groupe selon les besoins cliniques du patient;
- Dirige le patient en fonction de ses besoins vers les programmes du CISSS ou du CIUSSS et les ressources communautaires du territoire (centre de conditionnement physique, cardio-poussette, club de marche, services aux personnes âgées, etc);
- Constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels de la santé et les patients.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel de la santé en GMF permettra une offre de services élargie tout en étant complémentaire de celle des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le médecin de famille et le kinésiologue en GMF.

Exemples de conditions pour lesquelles le patient peut bénéficier d'une collaboration entre le médecin de famille et le kinésiologue en GMF

Élaboration de programmes d'activités physiques personnalisés en lien avec l'éducation et la promotion des saines habitudes de vie pour les patients atteints de :

- Maladies chroniques cardiométaboliques et facteurs de risque associés :
 - Intervention en présence d'embonpoint, d'obésité, de syndromes métaboliques/pré-diabète, de diabète, de dyslipidémie, d'hypertension artérielle, etc.
- Maladies pulmonaires :
 - Éducation à l'autogestion pour améliorer la condition physique du patient (techniques de respiration à l'effort et de posture) atteints d'asthme ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
- Maladies musculo-squelettiques :
 - Élaboration d'exercices de renforcement des membres et de la flexibilité pour les patients atteints d'ostéoporose, d'arthrite, d'arthrose, etc.

1. Le Code des professions régit la pratique de plusieurs professions et précise les conditions d'exercice professionnel. Malgré le fait que les kinésiologues ne soient pas régis par ce code, la Fédération des kinésiologues du Québec les encourage à respecter ce dernier afin de s'assurer de la qualité des services professionnels fournis.

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Suivi des kinésiothérapeutes

au GMF du Boisé-Langevin

et au GMF du fleuve, Bas-Saint-Laurent

Depuis quelques années, les deux GMF ont bénéficié des services de deux kinésiothérapeutes dans le cadre du programme de maladies chroniques du CIUSSS du Bas-Saint-Laurent.

Selon l'analyse médicale, le patient est recommandé par le médecin du GMF à l'infirmière du programme pour une première évaluation de ses besoins. Par la suite, des rencontres de groupe (trois ou quatre séances) ou individuelles sont organisées pour les clientèles présentant les conditions suivantes :

- Pré-diabète et diabète;
- Angine stable;
- Asthme;
- Maladies cardiovasculaires;
- Insuffisances cardiaques;
- MPOC;
- Syndrome métabolique;
- Arthrose de la hanche et du genou;
- Hypertension artérielle.

À la suite de l'évaluation de la condition physique, un programme de mise en forme est créé et adapté aux besoins du patient. Un suivi systématique est effectué afin d'assurer une continuité des activités. Les professionnels travaillent également sur l'aspect motivationnel (mode de vie actif et adoption de saines habitudes de vie).

Les deux GMF ont conclu une entente avec l'Institut maritime du Québec à Rimouski pour l'utilisation de son centre de conditionnement physique. L'accès au centre est offert à la clientèle des GMF une ou deux fois par semaine. Des entraînements supervisés en groupe deux ou trois fois par semaine permettent un suivi plus serré des habitudes de vie et assurent un maintien de la motivation.

L'implication des kinésiothérapeutes dans ces deux GMF est fortement appréciée des médecins, puisque cela assure une meilleure accessibilité aux services de kinésiothérapie. Ainsi, il est plus facile d'organiser des rencontres de discussion des cas. La prise en charge de façon globale est nettement améliorée, et la mise à jour de l'évolution de la condition du patient est assurée.

Suivi de la kinésiothérapeute

au GMF-CRI Maisonneuve-Rosemont, Montréal

En collaboration avec le CIUSSS, une kinésiothérapeute a intégré l'équipe interprofessionnelle du GMF-CRI Maisonneuve-Rosemont. Les médecins de ce GMF-CRI travaillent également en collaboration avec des infirmières cliniciennes et des nutritionnistes pour l'évaluation et le suivi global de l'état de santé de la clientèle.

Dans le cadre du programme du CIUSSS, l'offre de services de la kinésiothérapeute s'adresse à une clientèle présentant des facteurs de risque cardiométaboliques et à une clientèle atteinte de MPOC. Quatre rencontres de groupe sont organisées sur une période de deux ans (1^{er} mois, 2^e mois, 4^e mois et 15^e mois), et le patient peut rencontrer la kinésiothérapeute de façon individuelle au besoin. Durant ces rencontres, la condition physique est évaluée et un programme de mise en forme est élaboré en fonction des besoins cliniques du patient.

Indépendamment du programme du CIUSSS, le médecin recommande à la kinésiothérapeute les patients qui présentent des facteurs de risque de maladies chroniques, ce qui représente 15 à 20 % des demandes de services.

Dans le cadre du programme du CIUSSS ou non, lors de ses suivis, la kinésiothérapeute :

- Offre des séances pratiques d'activités physiques afin de cibler les bons mouvements;
- Offre l'accès à des clubs de marche;
- Travaille les aspects motivationnels avec la clientèle afin de permettre une meilleure intégration de saines habitudes de vie.

Grâce à l'intégration de la kinésiothérapeute dans le GMF-CRI :

- Les démarches pour les patients sont facilitées;
- Le suivi des patients débute plus rapidement et sa qualité est rehaussée;
- Entre le 4^e et le 6^e mois d'intervention, les patients ayant des problèmes cardiométaboliques voient leur état de santé et leur motivation progresser de façon importante.

Bibliographie

GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. "Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature", [En ligne], Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, vol. 3, n° 3, 2014, p.1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].

Fiche d'intégration des professionnels en GMF

Inhalothérapeute

Activités professionnelles en GMF

L'inhalothérapeute contribue à l'évaluation de la fonction cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou thérapeutiques et traite les problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire. Sa collaboration facilite le maintien des patients à domicile et permet de réduire la fréquence et la durée des hospitalisations.

En collaboration avec le médecin de famille et les autres professionnels de la santé, et sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF, l'inhalothérapeute :

- Effectue la collecte de données cliniques des signes et des symptômes respiratoires ;
- Effectue l'évaluation de la fonction respiratoire, dont la spirométrie et la saturométrie, et guide les médecins lors de l'interprétation des résultats ;
- Valide et explique les techniques de prise des inhalateurs et des autres médicaments pour traiter les pathologies respiratoires ;
- Mesure l'efficacité des traitements et s'assure de l'observance thérapeutique du patient et du suivi du plan d'action afin d'éviter les exacerbations ;
- Applique des ordonnances collectives selon son jugement clinique (ex. : administration et ajustement de l'aérosolthérapie) ;
- Enseigne au patient la réadaptation respiratoire ainsi que la prise en charge des maladies respiratoires dans un but d'autogestion ;
- Fait la promotion de saines habitudes de vie (ex. : cessation tabagique, exercice, assainissement de l'environnement) ;
- Collabore au dépistage des troubles respiratoires liés au sommeil ;
- Dirige les patients vers les services pertinents et assure la liaison entre ces services et les patients (ex. : programme de prévention des maladies chroniques, centre d'abandon du tabac, centre d'enseignement sur l'asthme et la MPOC, groupe d'entraide) ;
- Constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels de la santé et les patients.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel de la santé en GMF permettra une offre de services élargie tout en étant complémentaire de celle des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le médecin de famille et l'inhalothérapeute en GMF.

Exemples de conditions pour lesquelles le patient peut bénéficier d'une collaboration entre le médecin de famille et l'inhalothérapeute en GMF

- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
- Asthme.
- Apnée du sommeil.
- Modification de l'état respiratoire (dyspnée, toux, essoufflement à l'effort, etc.).
- Fumeurs actifs et anciens fumeurs de plus de 40 ans ayant des symptômes respiratoires (dépistage précoce).
- Oxygénothérapie ambulatoire.

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Suivi des patients

au GMF-CRI Maisonneuve-Rosemont, Montréal

Les médecins recommandent systématiquement à l'inhalothérapeute tous les patients de 40 ans et plus qui fument ou qui ont fumé et qui ont des symptômes respiratoires. Les patients suivis par les médecins du GMF et ceux qui consultent au sans rendez-vous bénéficient de ce service.

L'inhalothérapeute peut effectuer :

- L'histoire complète de la fonction respiratoire ;
- La spirométrie ;
- L'auscultation ;
- La détection du monoxyde de carbone si nécessaire.

À la suite de ces examens, le médecin pose le diagnostic et recommande le patient à l'inhalothérapeute.

Pour la MPOC, l'inhalothérapeute :

- Inscrit le patient au programme de prise en charge de la MPOC ;
- Organise le suivi individuel du patient en interdisciplinarité (infirmière clinicienne, kinésologue et nutritionniste).

Pour la première année, la fréquence du suivi est trimestrielle.

Dans le cadre du programme pour la MPOC, le patient est également invité à participer à quatre rencontres de groupe portant sur l'enseignement de saines habitudes de vie. Ces rencontres de groupe sont animées en collaboration avec un psychologue.

Pour l'asthme, l'inhalothérapeute offre un suivi trimestriel au patient en collaboration avec le médecin traitant. Ce suivi comprend l'évaluation, l'enseignement et la vérification de l'observance thérapeutique.

Après la première année du suivi, l'inhalothérapeute organise un rendez-vous annuel pour une spirométrie et une évaluation.

Pour les troubles du sommeil, l'inhalothérapeute offre une évaluation à l'aide d'un questionnaire et dirige le patient vers une ressource extérieure si un examen plus approfondi est nécessaire.

L'inhalothérapeute peut aussi, s'il le juge nécessaire, recommander les patients aux différents services offerts par le CIUSSS et aux autres ressources tels que les soins à domicile, les services de deuxième ligne, etc.

En tout temps, les médecins peuvent recommander un patient à l'inhalothérapeute pour une évaluation ponctuelle et urgente de la condition respiratoire, pour un traitement et pour de l'enseignement de nouveaux traitements.

Suivi complet

au GMF Centre médical Beauport, Capitale-Nationale

Les médecins du GMF Centre médical Beauport travaillent en étroite collaboration avec l'inhalothérapeute afin d'améliorer le suivi des patients présentant des problèmes respiratoires.

Les médecins du GMF collaborent également avec un allergologue, des ORL, des infirmières et des pharmaciens. Les médecins du GMF ont reçu une formation d'un pneumologue afin de parfaire leurs connaissances en asthme et en MPOC, notamment pour optimiser leur lecture des résultats de test de spirométrie.

Lors du suivi avec l'inhalothérapeute :

- Le patient est vu à quatre reprises au cours de la première année ;
- Une spirométrie est effectuée lors de chaque rencontre ;
- À la fin de la première rencontre, le médecin se joint à l'inhalothérapeute afin de constater et d'analyser les résultats de la spirométrie, ce qui a pour effet de renforcer le message au patient ;
- Un plan d'action est élaboré en collaboration avec le médecin ;
- De l'enseignement est fait, et le patient est recommandé aux services pertinents si nécessaire.

Les patients peuvent communiquer avec l'inhalothérapeute tout au long du suivi, et le plan d'action peut être modifié au besoin.

Annuellement, un suivi et des vérifications sont effectués afin d'évaluer la pertinence du plan d'action.

Des injections d'un médicament qui améliore le contrôle de l'asthme sont offertes sur place.

Des résultats concrets sont observés :

- Amélioration de l'adhésion des patients au traitement ;
- Diminution des consultations sans rendez-vous pour des problèmes respiratoires ;
- L'implantation d'une ordonnance collective afin que le pharmacien, en collaboration avec l'inhalothérapeute, puisse prescrire de nouveau la dose de médicament lors d'une phase aiguë ou ajuster la médication en attendant que le patient revoie son médecin.

Bibliographie

- GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. "Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature", [En ligne], Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, vol. 3, n° 3, 2014, p.1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].
- QUÉBEC. ASSEMBLÉE NATIONALE. Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33) : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec, 2002, 20 p. [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projets-loi-36-2.html].

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section Publications.

Fiche d'intégration des professionnels en GMF

Physiothérapeute

Activités professionnelles en GMF

Le physiothérapeute met à profit ses compétences afin d'aider le patient à atteindre ou à retrouver le maximum de ses capacités physiques. Ses interventions sont axées sur la responsabilisation du patient.

En collaboration avec le médecin de famille et les autres professionnels de la santé, et sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF, le physiothérapeute :

- Évalue et traite les déficiences et les incapacités découlant de blessures et de maladies affectant les systèmes musculo-squelettique, neurologique central ou périphérique, respiratoire et cardio-vasculaire ;
- Prodigue au patient des conseils ayant trait à sa condition et l'oriente vers les ressources appropriées si nécessaire ;
- Énonce des opinions professionnelles concernant la problématique de consultation ;
- Intervient de façon individuelle ou en groupe selon les besoins cliniques du patient ;
- Élabore et enseigne des programmes d'exercices curatifs et préventifs ;
- Constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels de la santé et les patients.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel de la santé en GMF permettra une offre de services élargie tout en étant complémentaire de celle des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le médecin de famille et le physiothérapeute en GMF.

Exemples de conditions pour lesquelles le patient peut bénéficier d'une collaboration entre le médecin de famille et le physiothérapeute en GMF

- Conditions liées au système musculo-squelettique (douleur aiguë ou chronique, tendinopathie, entorse, lombalgie, cervicalgie, luxation, arthrose, blessures chez le travailleur ou le sportif, etc.).
- Incapacités liées aux conditions cardiaques et respiratoires (MPOC, asthme, insuffisance veineuse ou artérielle, etc.) ou à d'autres maladies chroniques (diabète, hypertension, etc.).
- Incapacités liées aux conditions rhumatologiques (arthrite, fibromyalgie, etc.).
- Perte d'autonomie, déconditionnement et prévention des chutes chez les personnes âgées.
- Vertiges, perte d'équilibre ou instabilité à la marche (thérapie vestibulaire).
- Problèmes de plagiocéphalie, de torticolis congénital ou postural.
- Problèmes de développement moteur du nourrisson et de l'enfant.
- Rééducation périnéale et pelvienne chez les femmes et les hommes (incontinence urinaire, difficulté à uriner, constipation, douleur lors de relations sexuelles, etc.).

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Suivi d'un physiothérapeute au GMF des Sources, Estrie

L'équipe interprofessionnelle au GMF des Sources est formée des professionnels suivants : physiothérapeute, travailleuse sociale, infirmière, psychoéducatrice, orthophoniste et orthopédiste.

Les demandes de consultation sont effectuées par le médecin ou d'autres professionnels, particulièrement pour des patients présentant des problèmes musculo-squelettiques.

La priorisation est effectuée par le physiothérapeute en fonction de la demande.

Les consultations se déroulent comme suit :

- Évaluation préliminaire et conseils initiaux ;
- Si nécessaire, séances de traitement et suivi ;
- Conseils et exercices personnalisés donnés au patient entre les traitements et lors du congé ;
- Le nombre de traitements est déterminé et ajusté en fonction du jugement clinique du physiothérapeute ;
- Ce dernier travaille en collaboration avec un thérapeute en réadaptation physique ;
- Les suivis entre le médecin et le physiothérapeute sont effectués en personne, compte tenu de la proximité physique, ou au téléphone. Pour les cas plus complexes, un rapport peut être rédigé.

Suivi d'un physiothérapeute au GMF du Lac St-François, Montérégie

Le GMF du Lac St-François a pris l'initiative de mettre en place un projet qui permettrait de faciliter l'accès à des soins de physiothérapie pour une clientèle cible qui n'est pas en mesure de payer des traitements dans le secteur privé. Les critères d'accès établis visent plus particulièrement les patients dont :

- L'assurance ne couvre pas les traitements de physiothérapie ;
- Les moyens financiers sont limités.

Le plus souvent, le médecin effectue des demandes de consultation pour des patients avec douleurs récurrentes ou chroniques, dans le but d'éviter la chronicité et de minimiser le suivi médical requis.

Huit consultations sans frais sont offertes pour commencer, incluant l'évaluation et le traitement. Lorsqu'ils sont nécessaires, des traitements additionnels sont disponibles à un tarif préférentiel.

Les patients obtiennent généralement une première visite dans un délai d'une semaine.

Les résultats suivants sont observés, d'après l'évaluation sommaire de 52 dossiers :

- Une amélioration est notée pour 43 patients ;
- La condition est stable pour 9 patients ;
- Aucun patient n'a connu de détérioration.

Les médecins ont observé une diminution du nombre de consultations récurrentes pour des douleurs ou des incapacités liées au système musculo-squelettique.

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Bibliographie

GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. "Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature", [En ligne], Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, vol. 3, n° 3, 2014, p.1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].

Fiche d'intégration des professionnels et professionnelles en groupe de médecine de famille (GMF)

Ergothérapeute

Activités professionnelles en GMF

L'ergothérapeute évalue le fonctionnement de la personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes, que ce soit sur le plan des soins personnels, des activités productives au travail, à l'école ou en milieu communautaire, des loisirs ou dans d'autres rôles sociaux. Son intervention vise à la fois le développement des capacités de la personne, l'adaptation de ses occupations et la mise en place de changements dans l'environnement afin d'optimiser son fonctionnement.

En collaboration avec le ou la médecin de famille et les autres professionnels et professionnelles de la santé, et sous l'autorité fonctionnelle du ou de la médecin responsable du GMF, l'ergothérapeute :

- se prononce sur le fonctionnement de la personne dans son milieu de vie (notamment en termes d'autonomie et de sécurité) ainsi que sur ses besoins, recommande des modifications de l'environnement, des équipements et des aides techniques ainsi que des méthodes compensatoires pour améliorer ce fonctionnement et facilite l'orientation vers les ressources et les services appropriés (programme du réseau de la santé, ressource communautaire...);
- se prononce sur les capacités de travail de la personne ayant un problème de santé physique ou mentale, planifie les interventions de retour et de maintien au travail et facilite les démarches avec les partenaires (assureur, employeur...);
- soutient le ou la médecin dans l'établissement d'un diagnostic lié à la démence (et autres syndromes associés) ou à un trouble neurodéveloppemental par l'évaluation des habiletés fonctionnelles et facilite l'orientation vers les ressources et les services appropriés;
- élabore et offre des programmes d'éducation thérapeutique visant à promouvoir la participation dans les activités quotidiennes (incluant la participation sociale), l'autogestion au quotidien de maladies chroniques et la prévention du déclin fonctionnel chez les personnes âgées;
- dépiste les conducteurs et conductrices à risque, soutient le maintien des capacités à conduire et facilite l'orientation vers les ressources et les services appropriés;
- dispense des services d'éducation aux parents ou aux personnes proches aidantes afin de répondre à des besoins à court terme dans l'attente d'une prise en charge par un programme du réseau de la santé;
- constitue une personne-ressource pour l'équipe interprofessionnelle, notamment pour les activités d'érudition clinique au regard de son expertise.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et des services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels et professionnelles de la santé et les patients et patientes.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels et professionnelles de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel ou une professionnelle de la santé en GMF permettra une offre de services élargie qui apportera un complément à celle des centres intégrés de santé et de services sociaux ainsi que des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le ou la médecin de famille et l'ergothérapeute en GMF.

Exemples de conditions pour lesquelles le patient ou la patiente peut bénéficier d'une collaboration entre le ou la médecin de famille et l'ergothérapeute en GMF :

- Perte d'autonomie, déconditionnement et risque de chutes chez les personnes âgées;
- Problèmes de développement oro-moteur, de motricité globale et fine ou d'intégration sensorielle chez le nourrisson ou l'enfant;
- Condition dégénérative (ex. : troubles neurocognitifs), chronique (ex. : douleurs ou fatigue chroniques, diabète, MPOC), musculosquelettique (ex. : lombalgie, tendinite de Quervain), de santé mentale (ex. : troubles mentaux courants) ou autre (ex. : cancer, AVC) affectant la réalisation des soins personnels, le maintien ou le retour au travail, à la vie active ou les transitions occupationnelles (vie adulte, parentalité, retraite);
- Trouble neurocognitif majeur suspecté ou confirmé en vue d'une contribution diagnostique ou d'un dépistage du risque associé à la capacité à conduire et à la sécurité à domicile (gestion de sa personne ou de ses biens) et d'une orientation vers les ressources et les services appropriés;
- Difficultés (retard, atypie) ou trouble (ex. : trouble développemental de la coordination) liés au développement, affectant la routine quotidienne et nécessitant la réponse à des besoins à court terme dans l'attente d'une prise en charge par un programme du réseau de la santé.

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Suivi en ergothérapie aux GMF-U Maizerets et GMF-R Clinique médicale 1851

Ces deux GMF ont mis en place une offre de service en ergothérapie pour les personnes qui vivent des difficultés psychologiques (ex. : anxiété, perte de motivation ou d'intérêts, difficultés d'attention et d'organisation, instabilité émotionnelle) limitant la réalisation d'activités quotidiennes (ex. : travail, études, bénévolat, rôle parental, entretien du domicile, loisirs). Les demandes de services sont donc effectuées par les professionnels et professionnelles du GMF (généralement les médecins) qui identifient un défi à cet égard, dont le retour ou le maintien à l'emploi.

Les services d'ergothérapie se composent d'une évaluation des facteurs personnels (ex. : motivation, capacités/incapacités), environnementaux (ex. : relations de travail) et liés aux activités (ex. : nature du travail, organisation de la routine) qui influencent le fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes. Les interventions, de courte durée, ciblent l'éducation thérapeutique (ex. : autosoins, stratégies d'autogestion et de résolution de problème), l'entraînement (ex. : développement d'habiletés d'organisation) et la gradation progressive des activités en fonction des capacités de la personne, ce qui accroît les chances de succès quant au retour au travail ou à la vie active de manière satisfaisante et durable.

Finalement, les interventions de l'ergothérapeute soutiennent particulièrement les médecins, notamment lors des décisions quant à l'orientation relative au retour au travail (coordination du moment et des conditions de retour progressif au travail...) en vue d'optimiser le maintien au travail et la prévention des rechutes.

Suivi en ergothérapie au GMF-R Le Plein Ciel

Ce GMF a mis en place des services en ergothérapie, notamment au sein d'équipes d'intervention liées à deux thématiques.

A. Santé cognitive

Les demandes de services sont principalement effectuées par le ou la médecin, mais peuvent également provenir des autres membres de l'équipe (pharmacien(ne), infirmière ou travailleur(-euse) social(e)). Au sein de cette équipe, les rôles de l'ergothérapeute sont multiples : soutenir le ou la médecin dans la validation d'une hypothèse diagnostique de trouble neurocognitif majeur, évaluer les répercussions fonctionnelles d'un trouble neurocognitif sur l'autonomie et la sécurité de la personne en vue de déterminer ses besoins à l'égard du milieu de vie, effectuer des recommandations au patient, à la patiente

et à la famille visant le maintien dans le milieu de vie et/ou orienter vers des ressources ou des services appropriés (ex. : réadaptation cognitive, soutien à domicile, évaluation de la conduite automobile du conducteur à risque).

B. Équilibre et mobilité

Selon la situation, l'ergothérapeute collabore avec un ou plusieurs membres de l'équipe (médecin, infirmière, pharmacien(ne), kinésologue). Son rôle est d'évaluer les répercussions fonctionnelles du problème d'équilibre et/ou de mobilité sur la sécurité et l'autonomie du patient ou de la patiente en vue de déterminer ses besoins, notamment en termes d'équipements et d'aides à la mobilité et aux transferts (ex. : banc de transfert au bain). Au terme de cette évaluation, l'ergothérapeute effectue l'enseignement requis au patient, à la patiente et ses proches, notamment quant à la gestion du quotidien, et/ou l'oriente vers des ressources ou des services appropriés (ex. : démarches pour l'obtention d'une aide technique, du transport adapté ou d'une adaptation de véhicule, référence vers le programme d'adaptation domiciliaire ou vers des services de réadaptation).

En résumé, les services offerts par l'ergothérapeute permettent d'optimiser la sécurité et l'autonomie du patient ou de la patiente dans son contexte de vie et de faciliter les démarches d'orientation vers les ressources et les services appropriés à cet égard.

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Bibliographie

- DONNELLY C, LECLAIR L, HAND C, WENER P, LETTS L. (2023) Occupational therapy services in primary care: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 24(e7): 1–18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36617849/> (en anglais seulement)
- DONNELLY, C., LECLAIR, L., HAND, C., WENER, P., LETTS, L., & CAOT (2022) Occupational Therapy and Primary Care: A Vision for the Path Forward. <https://caot.ca/uploaded/web/Practice%20Networks/Occupational%20Therapy%20and%20Primary%20Care-%20A%20Vision%20for%20the%20Path%20Forward.pdf> (en anglais seulement)
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (2020) Role of occupational therapy in primary care. *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Suppl 3), 7413410040p1–7413419949p16. 10.5014/ajot.2020.74S3001. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA393351581&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=02729490&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E559a87a7&aty=open-web-entry> (en anglais seulement)
- LOCAS, V., PRÉFONTAINE, C., VEILLETTE, N AND VACHON, B. (2019) Integration of occupational therapists into family medicine groups: physicians' perspectives. *British Journal of Occupational Therapy*, 83, 458–468. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022619883481> (en anglais seulement)

Fiche d'intégration des professionnels et professionnelles en groupe de médecine de famille (GMF)

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Activités professionnelles en GMF

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IP SPL)¹ dispense des soins infirmiers et médicaux selon une approche globale en collaboration avec un, une ou plusieurs médecins de famille. Elle fournit des soins et des services à une clientèle de tous âges dans le domaine de la première ligne en réalisant des activités allant de l'évaluation de la personne à la détermination du diagnostic, puis à l'exécution d'un plan de traitement infirmier et médical.

L'IP SPL possède une expertise liée aux soins de première ligne qui repose à la fois sur une solide expérience clinique dans le domaine, ainsi que sur une formation de deuxième cycle en sciences infirmières et en pratique infirmière avancée.

En plus de participer au travail interdisciplinaire, l'IP SPL :

- diagnostique des maladies;
- détermine les traitements médicaux nécessaires;
- prescrit :
 - des examens diagnostiques,
 - des médicaments et autres substances,
 - des traitements médicaux;
- utilise des techniques invasives à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (ex. : suture, installation d'un stérilet, etc.);
- effectue le suivi de grossesse.

L'IP SPL, dans une relation de partenariat, accompagne et favorise la réflexion, l'engagement ainsi que l'autodétermination de l'utilisateur et l'utilisateur et leurs proches tant en prévention que pour l'amélioration de la santé et du bien-être.

En plus d'avoir acquis des compétences lui permettant de partager certaines activités relevant de la pratique médicale, l'IP SPL a enrichi ses compétences propres à la discipline infirmière dont elle fait bénéficier son équipe. Ainsi, elle porte une réflexion critique sur des situations de soins parfois complexes et participe à la prise de décision éthique.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et des services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels et professionnelles de la santé et les patients et patientes.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels et professionnelles de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel ou une professionnelle de la santé en GMF permettra une offre de services élargie qui apportera un complément à celle des centres intégrés de santé et de services sociaux ainsi que des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le ou la médecin de famille et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne en GMF.

L'expertise clinique de l'IP SPL ainsi que ses compétences en matière de leadership, de collaboration, de recherche et d'éducation lui permettent également de contribuer à l'amélioration continue de la qualité, la sécurité et la continuité des soins et services offerts.

En plus de favoriser le partage d'expertise, l'IP SPL contribue au développement professionnel continu comme modèle de rôle, mentore et enseignante ou formatrice.

La collaboration de l'IP SPL avec le ou la médecin de famille

- L'IP SPL peut faire une demande de services auprès d'un ou une autre professionnel(le) de la santé (ex. : physiothérapie).
- Elle peut faire une demande de consultation à un médecin spécialiste (ex. : pneumologie).
- Il importe de rappeler que la responsabilité professionnelle est partagée par l'ensemble des prestataires de soins du GMF proportionnellement à leurs compétences et responsabilités. À cet égard, celle de l'IP SPL s'avère importante en raison de sa formation et de ses compétences étendues.

1. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IP SPL) est titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième cycle.

Des modèles de pratique porteurs en GMF

Le suivi conjoint de l'IPSPL au GMF Portneuf, Capitale-Nationale

Dans plusieurs sites du GMF, une IPSPL pratique à temps complet selon le modèle de suivi conjoint. L'IPSPL et le médecin répondent aux besoins de santé des usagers et usagères d'une même cohorte selon les modalités de collaboration préétablies mutuellement.

Lors de sa visite, l'IPSPL prend en charge globalement le patient ou la patiente. De plus, elle laisse 20 à 30 % de ses plages horaires libres pour faire des suivis de dernière minute.

Ce type de suivi permet aux médecins de famille d'augmenter le nombre de consultations chaque jour en plus d'améliorer la qualité du suivi. Les patientes et patients sont très réceptifs à ces suivis puisque l'accessibilité à l'équipe de soins est accrue. Conséquemment, ils se présentent au service d'urgence seulement lorsque leur état de santé le requiert.

La prise en charge mixte de l'IPSPL au GMF Shawinigan-Sud, Mauricie-et-Centre-du-Québec

Dans ce GMF, deux IPSPL à temps complet assurent le suivi de patientes et patients qui ont été sélectionnés par le biais du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, en ciblant ceux ayant des problèmes de santé chroniques.

Le suivi de l'IPSPL s'exerce en collaboration avec quatre médecins. L'IPSPL n'hésite pas à consulter le médecin présent lorsque nécessaire. De plus, elle participe au sans rendez-vous, ce qui a l'avantage d'accroître le roulement puisque sa présence s'ajoute à celle du médecin.

L'IPSPL se réserve plusieurs plages horaires dans la journée afin que les patientes et patients ayant besoin d'un rendez-vous rapidement puissent en obtenir un le jour même, selon un modèle d'accès adapté. Ces derniers se disent très satisfaits du suivi complet qu'offre l'IPSPL. Le succès de ce modèle repose sur une très grande collaboration entre les professionnels et professionnelles. La présence de ces deux IPSPL a permis à de nombreux patients et patientes sans médecin de famille de la région de bénéficier d'un suivi complet.

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section Publications.

Bibliographie

- CHOUINARD, V., et autres. Intégrer les infirmières praticiennes spécialisées dans des équipes de première ligne, [En ligne], 2016. [<https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no01/14-recherche.pdf>]
- DURAND, S., F. Laflamme et H. D'Anjou. *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, [En ligne], 3^e éd., Westmount, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, c2016, 121 p. [<https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>].
- GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. « Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams : A Review of the Literature », [En ligne], *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, vol. 3, n° 3, 2014, p. 1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].

Fiche d'intégration des professionnels et professionnelles en groupe de médecine de famille (GMF)

Infirmière auxiliaire

Activités professionnelles en GMF

L'infirmière auxiliaire¹ contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins dans le but de maintenir ou de rétablir la santé de cette dernière ainsi que de prévenir la maladie. Dans le cadre de son champ d'exercice, elle collabore avec les autres professionnels et professionnelles du GMF en procédant à la cueillette d'informations, en exécutant le plan de soins et le plan thérapeutique infirmier et en communiquant ses observations verbalement et par écrit, en plus de participer aux réunions des équipes multidisciplinaires.

En collaboration avec le ou la médecin de famille et les autres professionnels et professionnelles de la santé, l'infirmière auxiliaire :

- prend les signes vitaux ;
- remplit les formulaires et recueille les données nécessaires ;
- assiste le patient ou la patiente, notamment la clientèle âgée ou la clientèle à mobilité réduite non accompagnée, à se préparer à l'examen médical et prévoit le matériel lorsque cela est requis ;
- exerce différentes activités à partir d'ordonnances médicales individuelles² ou à partir des directives cliniques de l'infirmière au plan thérapeutique infirmier (PTI), par exemple :
 - procède à la vaccination,
 - administre, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances,
 - administre l'aérosolthérapie,
 - effectue des prélèvements par ponction veineuse, par méthode capillaire ou d'autres prélèvements selon une ordonnance,
 - prodigue des soins et des traitements liés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments selon une ordonnance ou un plan de traitements infirmiers (enlever les agrafes ou les sutures, appliquer les diachylons de rapprochement, changer les pansements, etc.) ;
- fournit des renseignements ou de l'information au patient ou à la patiente, en matière de soins, relativement aux activités liées à son champ d'exercice.

1. L'infirmière auxiliaire est détentrice d'un diplôme d'études professionnelles (DEP).

2. L'infirmière auxiliaire ne peut intervenir à partir d'ordonnances collectives. Ce type d'ordonnance s'applique uniquement aux infirmières. Les activités énumérées sont donc faites à partir d'ordonnances médicales individuelles.

Le travail en équipe interprofessionnelle contribue à la qualité des soins et des services tout en étant source de satisfaction pour les médecins de famille, les professionnels et professionnelles de la santé et les patients et patientes.

Ce document a pour objectif de guider les médecins de famille dans le choix des professionnels et professionnelles de la santé dont les activités et les compétences sont les plus pertinentes pour améliorer le suivi de certaines clientèles dans les GMF. À cet égard, l'intégration d'un professionnel ou une professionnelle de la santé en GMF permettra une offre de services élargie qui apportera un complément à celle des centres intégrés de santé et de services sociaux ainsi que des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

Cette fiche présente différents modèles de collaboration entre le ou la médecin de famille, les autres professionnels et professionnelles de la santé et l'infirmière auxiliaire en GMF.

Le modèle de l'accès adapté est un modèle dans lequel les patients et patientes peuvent bénéficier d'une collaboration entre l'infirmière auxiliaire, les autres professionnels et professionnelles de la santé et les médecins de famille en GMF.

- L'accès adapté est une organisation de la pratique médicale permettant aux médecins de famille d'être accessibles à leur clientèle en temps opportun. Cette transformation nécessite, entre autres, l'utilisation efficace des ressources en place.

Tout comme les autres membres de l'équipe de soins, l'infirmière auxiliaire joue un rôle important dans l'efficacité d'une clinique médicale en accès adapté, offrant ainsi :

- une diminution de la durée de chaque rendez-vous (rencontre avec le patient ou la patiente avant et après la visite médicale) ;
- un gain de temps important pour chaque rendez-vous, permettant aux médecins de famille de se concentrer sur les activités pour lesquelles ils détiennent une expertise. L'utilisation efficace de l'infirmière auxiliaire et des autres ressources professionnelles en GMF permet donc :
 - d'améliorer l'accès aux soins et services,
 - d'augmenter le nombre de consultations par jour,
 - d'accroître l'efficacité du travail du médecin lors d'un rendez-vous,
 - de bonifier l'offre de service du médecin,
 - d'élever la satisfaction des patients et patientes et des membres de l'équipe médicale.

Contribution des infirmières auxiliaires au GMF Plateau Marquette, Estrie

Avant chaque rencontre avec le ou la médecin de famille, l'infirmière auxiliaire est en mesure, en fonctionnant avec plusieurs salles en alternance, de voir le patient ou la patiente, de recueillir l'information nécessaire à la rencontre avec le ou la médecin et de préparer le matériel requis.

Elle peut notamment :

- déterminer la raison de la consultation lors des visites sans rendez-vous;
- procéder à la cueillette des données sur la situation du patient ou de la patiente;
- prendre les signes vitaux;
- peser et mesurer le patient ou la patiente, le cas échéant;
- noter la liste des médicaments;
- préparer à l'écran le dossier médical et l'imagerie.

Le travail de l'infirmière auxiliaire permet au médecin ou à la médecin de voir un à trois patients de plus chaque heure puisque la collecte de données faite préalablement lui permet de déterminer plus rapidement les besoins du patient ou de la patiente.

L'infirmière auxiliaire peut également réaliser des interventions ponctuelles à la demande du ou de la médecin dans le cadre d'ordonnances médicales individuelles. Par exemple, elle peut effectuer :

- un prélèvement sanguin;
- un vaccin;
- un pansement;
- le retrait des points de suture;
- une injection de vitamine B12;
- un lavage d'oreille.

La présence de l'infirmière auxiliaire permet d'optimiser le temps de consultation médicale avec le patient ou la patiente. Les médecins et les autres professionnels et professionnelles étant appuyés par l'infirmière auxiliaire, la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients et patientes en sont ainsi augmentées.

Pratique personnalisée au GMF Polyclinique du Quartier, Estrie

Dans ce GMF, l'infirmière auxiliaire est attirée à temps complet à un seul ou une seule médecin et rencontre les patients et patientes avant chaque consultation en alternance dans deux bureaux différents. Puisque la clinique médicale est informatisée, l'infirmière auxiliaire note dans le dossier médical électronique, sur sa tablette électronique, les données concernant :

- la ou les raisons de la consultation;
- les signes vitaux, le poids et la taille;
- les visites précédentes à l'urgence ou avec un ou une autre médecin, s'il y a lieu.

Dans le cas d'un patient ou une patiente qui doit obtenir un bilan de santé ou subir un autre examen, l'infirmière auxiliaire prépare la requête au besoin.

Lors de la consultation médicale, le ou la médecin dispose déjà de toute l'information pertinente sur sa tablette électronique. En conséquence, le travail de l'infirmière auxiliaire permet de raccourcir le temps de consultation pour chaque patient et patiente et d'optimiser le nombre de suivis médicaux.

En tout temps, l'infirmière auxiliaire communique avec les patients et patientes pour les aviser d'un test de contrôle ou leur transmettre de l'information provenant du ou de la médecin.

Puisqu'elle travaille en collaboration avec le ou la même médecin de famille depuis plusieurs années, elle connaît les patients et patientes, qui ont développé une relation de confiance avec elle. Ces derniers se disent satisfaits de cette approche plus personnalisée et de la facilité à joindre l'infirmière auxiliaire afin de transmettre un message à leur médecin traitant.

Bibliographie

GOCAN, S., M. A. Laplante et K. Woodend. « Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature », [En ligne], *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, vol. 3, n° 3, 2014, p. 1-19. [www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84].

LEVASSEUR, D. et G. Ledoux. Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire (champs d'exercice, activités réserves et autorisées) – septembre 2011 [<https://www.oiaq.org/files/publication/Les-activites-professionnelles-de-linf-aux.pdf>]

Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire

D'autres modèles de pratique sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

ANNEXE IV :
TERRITOIRES DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS)
VISÉS PAR LES SITUATIONS PARTICULIÈRES

Territoire de RLS de moins de 25 000 habitants	
Région	Réseau local de services (RLS)
1	RLS de Kamouraska
	RLS de la Matapédia
	RLS de la Mitis
	RLS de Matane
	RLS de Témiscouata
	RLS des Basques
2	RLS de la Baie
	RLS de Maria-Chapdelaine
4	RLS de Maskinongé
	RLS du Haut-Saint-Maurice
5	RLS de Coaticook
	RLS des Sources (ancien RLS d'Asbestos)
	RLS du Granit
	RLS du Haut-Saint-François
7	RLS du Pontiac
	RLS de la Vallée-de-la-Gatineau
8	RLS de l'Abitibi-Ouest
	RLS du Témiscaming
	RLS de l'Abitibi
9	RLS de Kawawachikamach
	RLS de la Basse-Côte-Nord
	RLS de la Minganie
	RLS de Caniapiscau
	RLS de Port-Cartier
10	CRSSS de la Baie-James
11	RLS de la Côte-de-Gaspé
	RLS de la Haute-Gaspésie
	RLS des Îles-de-la-Madeleine
	RLS du Rocher-Percé
12	RLS des Etchemins
16	RLS du Haut-Saint-Laurent

Territoire de RLS entre 25 000 et 49 999 habitants	
Régions	Réseaux locaux de services (RLS)
1	RLS de Rivière-du-Loup
2	RLS du Domaine-du-Roy
3	RLS de Charlevoix
4	RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska
	RLS de la Vallée-de-la-Batiscan
5	RLS Val Saint-François
7	RLS des Collines-de-l'Outaouais
8	RLS de la Vallée-de-l'Or
	RLS de Rouyn-Noranda
9	RLS de la Haute-Côte-Nord - Manicouagan
	RLS de Sept-Îles
11	RLS de la Baie-des-Chaleurs
12	RLS de la région de Thetford
	RLS de Montmagny-L'Islet
15	RLS d'Antoine-Labelle
	RLS d'Argenteuil
	RLS des Pays-d'en-Haut
	RLS des Laurentides

ANNEXE V :
ADRESSES COURRIEL DES RESPONSABLES GMF EN ÉTABLISSEMENT

Régions		Adresses courriel
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	premiere.ligne.drmg.dsp.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca
02	CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	02.programme.gmf.ciusss.slsj@ssss.gouv.qc.ca
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	gmf.programme.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	04ProgrammeGMF@ssss.gouv.qc.ca
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	programme-gmf.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca
06.1	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	gmf.comtl@ssss.gouv.qc.ca
06.2	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	GMF.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca
06.3	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	inforls.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
06.4	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	GMF.CNMTL@ssss.gouv.qc.ca
06.5	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	programme.gmf.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
07	CISSS de l'Outaouais	07.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	08.cisssat.GMF@ssss.gouv.qc.ca
09	CISSS de la Côte-Nord	09cisss.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
10	CRSSS de la Baie-James	10_gmf@ssss.gouv.qc.ca
11.1	CISSS de la Gaspésie	cisssgaspesie.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
11.2	CISSS des Îles	prog.gmf.cisssdesiles@ssss.gouv.qc.ca
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	programme_gmf.cisssca@ssss.gouv.qc.ca
13	CISSS de Laval	drmg.cissslaval@ssss.gouv.qc.ca
14	CISSS de Lanaudière	GMF.CISSSLAN@ssss.gouv.qc.ca
15	CISSS des Laurentides	programme.gmf.cissslau@ssss.gouv.qc.ca
16.1	CISSS de la Montérégie-Centre	gmf.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
16.2	CISSS de la Montérégie-Est	supportgmf.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca
16.3	CISSS de la Montérégie-Ouest	programme.gmf.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

ANNEXE VI :
MÉTHODOLOGIE DE BONIFICATION DU TAUX D'ASSIDUITÉ
POUR LES GMF SITUÉS DANS UN TERRITOIRE ÉLOIGNÉ ET AYANT UNE SITUATION PARTICULIÈRE

- **Le ministre bonifie le taux d'assiduité (TxA) d'un GMF qui répond aux 3 critères suivants :**
 - 1) le GMF est situé dans un RLS dont la population admissible à la RAMQ est de moins de 25 000 habitants;
 - 2) la couverture médicale de l'urgence la plus proche du GMF ne doit jamais être assurée par plus d'un médecin à la fois, et les urgences situées à plus de 40 km du site principal du GMF ne sont pas considérées;
 - 3) le site principal du GMF doit être situé à une distance d'au moins 40 km du site principal d'un autre GMF.
- **Le taux d'assiduité des GMF répondant à ces 3 critères est bonifié en fonction du calcul suivant :**

$$TxA_{\text{bonifié}} = TxA_{\text{du GMF}} + \text{valeur de bonification}$$

- **La valeur de bonification est calculée selon la méthode suivante :**

$$\text{Valeur de bonification} = \text{Valeur de référence} - TxA_{\text{moyen territoires éloignés}} + \text{écart moyen}$$

Les variables du calcul de la bonification sont définies selon les dispositions suivantes :

- Valeur de référence = seuil inférieur de l'intervalle du TxA donnant droit à 100 % du financement selon la variation présentée au tableau 3 de la section 6.4.3.2 du Programme.
- TxA moyen = taux d'assiduité moyen des GMF qui répondent aux 3 critères.
- Écart moyen = écart moyen des GMF qui répondent aux 3 critères.

ANNEXE VII : CONDITIONS POUR L'EMBAUCHE DE PERSONNEL HORS RÉSEAU POUR LE SUIVI DE PATIENTS NON INSCRITS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Un GMF qui souhaite procéder à l'embauche de personnel hors établissement, spécifiquement pour le suivi de patients non inscrits à un médecin de famille, doit s'engager à :

- utiliser le financement accordé par l'établissement en vertu de la section 7.3 du Programme uniquement aux fins de l'embauche de ressources cliniques, cléricales ou administratives, tel que prévu au Programme;
- produire une reddition de comptes annuelle spécifique en incluant notamment les renseignements suivants pour chacune des ressources : corps d'emploi, nom, numéro de permis de pratique (s'il y a lieu), date d'entrée en fonction, date de fin d'emploi et périodes d'absence prolongée (s'il y a lieu), salaire annuel prévu et versé. Ces renseignements doivent être compilés dans la *Grille de suivi pour les ressources hors établissement* fournie à cette fin sur le site Internet du MSSS et envoyée à l'établissement.

Sous respect de ces conditions, le GMF pourra obtenir un financement équivalent à celui prévu par le Programme, selon un montant forfaitaire annuel et maximal, tel que précisé au tableau suivant :

Nombre de visites de patients sans médecin de famille ¹⁷	Soutien à la pratique (\$)
1 200 à 1 799	21 106
1 800 à 2 399	31 658
2 400 à 2 999	42 211
3 000 à 3 599	52 764
3 600 à 4 199	63 317
4 200 à 4 799	73 869
4 800 à 5 399	84 422
5 400 à 5 999	94 975
6 000 à 6 599	105 528
6 600 à 7 199	116 081
7 200 à 7 799	126 633
7 800 et plus	137 186

¹⁷ Les visites effectuées dans le cadre de la mission accès-réseau d'un GMF sont exclues du calcul.

**ANNEXE VIII :
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Régions sociosanitaires	Établissements non fusionnés
Capitale-Nationale (03)	Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval
	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) – Université Laval
Montréal (06)	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
	Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine
	Institut de cardiologie de Montréal (ICM)
	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel – Montréal



msss.gouv.qc.ca