

Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Avril 2025

ÉDITION :

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

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

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-99190-8 (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, 2024

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. LE GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE : PRINCIPES FONDAMENTAUX	2
1.1. S'INSPIRER DES MODÈLES DU CENTRE DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE VOISINAGE DE SANTÉ	2
1.2. PLANIFIER LES BESOINS DE LA POPULATION INSCRITE	3
1.3. METTRE EN PLACE UNE STRUCTURE DE GOUVERNANCE	3
1.4. PERMETTRE UN ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE	5
1.5. DÉVELOPPER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET INTERSECTORIELLE	7
1.6. INSTAURER UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	8
2. OBJET DU PROGRAMME	11
3. ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME	11
3.1. PARTENAIRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	11
3.2. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	12
4. RECONNAISSANCE DU GMF	12
4.1. NIVEAU DU GMF	12
4.2. EFFETS DE LA RECONNAISSANCE	13
4.3. SOUTIEN DE GROUPES EN TERRITOIRE ISOLÉ	13
5. FIN DE LA RECONNAISSANCE DU GMF	14
6. FINANCEMENT	14
6.1. GÉNÉRALITÉS	14
6.2. AIDE AU DÉMARRAGE DU GMF	15
6.3. FINANCEMENT POUR LES TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT DU GMF.....	16
6.4. FINANCEMENT POUR LE FONCTIONNEMENT DU GMF	17
6.5. FINANCEMENT LIÉ AUX SERVICES D'UN PHARMACIEN.....	20
7. SOUTIEN PROFESSIONNEL	21
7.1. SOUTIEN PROFESSIONNEL POUR LE SUIVI DE PATIENTS INSCRITS AU GMF	21
7.2. SOUTIEN À LA PRATIQUE POUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LA POPULATION NON INSCRITE AU GMF ...	22
7.3. MODALITÉS D'AFFECTATION ET DE REMPLACEMENT DU PERSONNEL ALLOUÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT	24
7.4. MODALITÉS D'EMBAUCHE DE RESSOURCES HORS ÉTABLISSEMENT	25
8. OBLIGATIONS DU GMF	27
8.1. OFFRE DE SERVICE.....	27
8.2. FILTRE DE PERTINENCE	30
8.3. INFORMATISATION	30
8.4. ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR LA POPULATION NON INSCRITE AU GMF	31
8.5. LIEN AVEC LES URGENCES HOSPITALIÈRES	33
8.6. FINANCEMENT ET SOUTIEN PROFESSIONNEL	33
8.7. INDICATEURS D'ACCÈS ADAPTÉ	34
9. MANQUEMENTS AUX OBLIGATIONS DU GMF	34

10. RÉVISION ANNUELLE.....	35
10.1. DATE DE LA RÉVISION	35
10.2. MODIFICATION DU NIVEAU DU GMF AINSI QUE DU FINANCEMENT ET DU SOUTIEN PROFESSIONNEL ASSOCIÉS	36
11. MODIFICATION DU PROGRAMME	36
12. MÉCANISME DE RÉOLUTION DES PROBLÉMATIQUES DANS LES GMF	36
12.1. COMITÉ TECHNIQUE	36
12.2. ÉTAPES DE RÉOLUTION DES PROBLÉMATIQUES DANS LES GMF	36
13. COORDONNÉES ET LIENS UTILES	38
14. ENTRÉE EN VIGUEUR.....	38
15. DURÉE.....	38
ANNEXE I : PRÉCISIONS SUR LES RÈGLES DE CALCUL.....	39
ANNEXE II : FICHES D'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS EN GMF.....	43
ANNEXE III : TERRITOIRES DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (RLS) VISÉS PAR LES SITUATIONS PARTICULIÈRES.....	44
ANNEXE IV :	46
MÉTHODOLOGIE DE BONIFICATION DU TAUX D'ASSIDUITÉ	46
ANNEXE V : LISTE DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	47
ANNEXE VI : ADRESSES COURRIEL DES RESPONSABLES GMF EN ÉTABLISSEMENT.....	48
ANNEXE VII : MONTANT DU FINANCEMENT LIÉ AU SALAIRE DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES	49

Acronymes et interprétation

AACQ	Agent d'amélioration continue de la qualité
ACQ	Amélioration continue de la qualité
ARACQ	Agent régional d'amélioration continue de la qualité
CPACQ	Coordonnatrice provinciale en amélioration continue de la qualité
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMF	Centre de médecine de famille
DME	Dossier médical électronique
DTMF	Département territorial de médecine familiale
DM	Directeur médical de l'établissement
DMÉ	Dossier médical électronique
ETC	Équivalent temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-AR	Groupe de médecine de famille ayant obtenu une désignation accès-réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ORAA	Outil réflexif sur l'accès adapté
PDG	Président-directeur général
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SSA	Système de santé apprenant

Introduction

Depuis leur création en 2002, les groupes de médecine de famille (GMF) incarnent le modèle phare de l'organisation des services de première ligne¹ au Québec. Favorisant le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle, 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 ou à une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) du groupe et une offre de services de première ligne accessibles en temps opportun pour les patients inscrits.

Le continuum de services préconise également l'accès aux services de première ligne pour la population non inscrite à un GMF et se traduit par la mise à disposition de plages de rendez-vous pour ce type de patients. Plus spécifiquement, les mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne pour la population non inscrite à un GMF visent à poser un regard concerté sur les besoins d'accès et sur l'offre populationnelle des différents réseaux locaux de services (RLS) par la mise en place, entre autres, des guichets d'accès à la première ligne (GAP) régionaux qui évaluent la pertinence des demandes provenant des patients non inscrits et qui sont enregistrés au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Ils assurent 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 participent collectivement à la réflexion en lien avec ce modèle et évaluent leur capacité à contribuer au mécanisme régional d'accès pour les patients non inscrits à un GMF. Le cas échéant, ils conviennent d'une entente avec le département territorial de médecine familiale (DTMF) de leur territoire, en cogestion avec l'établissement², afin de rendre disponible annuellement un nombre de plages de rendez-vous pour les patients non inscrits. Les GMF doivent donc 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.

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 médical de l'établissement (DM), le DTMF et la haute direction de l'établissement.

Enfin, la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS) et la création de Santé Québec viennent modifier la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux en la recentrant sur les orientations. Le Programme ainsi révisé met l'accent sur différents principes fondamentaux essentiels à l'organisation des services de première ligne, notamment la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, l'accès en temps opportun ou l'amélioration continue de la qualité, et fournit aux GMF des outils réflexifs pour les aider à mettre en œuvre ces principes. Le volet opérationnel, quant à lui, est dévolu à Santé Québec.

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

² Tout au long du document, conformément à la LGSSSS, le terme « établissement » réfère à l'établissement territorial institué dans chaque région sociosanitaire par Santé Québec. Un établissement territorial exerce au moins les activités nécessaires à la prestation des services suivants : les services communautaires locaux, les services hospitaliers et les services d'hébergement et de soins de longue durée.

1. Le groupe de médecine de famille : principes fondamentaux

1.1. S'inspirer des modèles du Centre de médecine de famille et de voisinage de santé

Les composantes du Programme s'inspirent du modèle de centre de médecine de famille (CMF)³, milieu de pratique exemplaire de la prestation et de la coordination en temps opportun de tous les services de santé requis, centré sur les patients et intégré au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Le CMF repose sur 10 piliers qui constituent autant de buts à atteindre pour améliorer le système de soins et de services de première ligne. Il vise également à offrir des soins de qualité et un accès optimal pour les patients en plus de jouer un rôle de premier plan pour la prévention et la promotion de la santé en première ligne. Ces piliers sont regroupés sous trois thèmes :

- Les fondements :
 1. Administration et financement;
 2. Infrastructure appropriée;
 3. Soins interreliés.
- Les fonctions :
 4. Soins accessibles;
 5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale;
 6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille;
 7. Continuité des soins;
 8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille.
- Le développement continu :
 9. Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche;
 10. Formation, éducation et développement professionnel continu.

En complément, le modèle de voisinage de santé, qui s'inspire du modèle de voisinage médical proposé par le Collège des médecins de famille du Canada⁴, élargit la vision du CMF et renforce l'idée d'un réseau de prestataires de soins et de services connectés qui répondent aux besoins des patients par des actions concertées, efficaces et intégrées. Dans ce modèle, le GMF se situe en interface avec différents établissements et organismes de sa région et sert de pôle de coordination des soins et services. Son voisinage comprend divers partenaires offrant des services de proximité, des ressources de soutien communautaire et social, ainsi que des partenaires de deuxième et troisième ligne. La mise en œuvre d'un voisinage de santé a pour objectif d'améliorer la coordination des soins et de réduire les ruptures de continuité et de dédoublement des services. Ce modèle s'inscrit également en cohérence avec une perspective de collaboration intersectorielle et de santé durable.

Le modèle CMF et celui du voisinage de santé représentent ensemble une vision à laquelle chaque GMF peut aspirer. Plusieurs GMF au Québec ont déjà mis en place des structures et des pratiques qui incarnent cette vision, tandis que d'autres pourront s'orienter vers ces modèles de pratiques exemplaires à leur propre rythme.

Certains principes fondamentaux découlant de ces modèles sont décrits dans les prochaines sections.

³ https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf

⁴ [PMN_BAG_FRE \(patientsmedicalhome.ca\)](http://PMN_BAG_FRE(patientsmedicalhome.ca))

1.2. Planifier les besoins de la population inscrite

À l’instar de la population québécoise, la patientèle en GMF est hétérogène, composée de patients avec des besoins différents. Afin d’aider les GMF à planifier leur offre de services en fonction des besoins de leurs patients, l’Institut national d’excellence en santé et services sociaux (INESSS), dans le cadre du projet Repères GMF, propose une segmentation⁵ de la population inscrite en GMF en quatre catégories de patients avec des besoins de santé comparables, selon le tableau 1 :

Tableau 1 : Segmentation de la population inscrite en GMF et définition des segments

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

En établissant un portrait de la population inscrite en GMF, cette proposition de segmentation vise à appuyer les GMF dans leurs efforts pour améliorer l’organisation des soins et services adaptés aux besoins de leurs patients.

L’INESSS a également produit des indicateurs de qualité touchant plusieurs dimensions de la qualité des soins, comme l’accessibilité, la continuité, l’efficacité et la sécurité. Présentés sous forme de rétroaction individualisée par équipe de GMF, ces indicateurs peuvent être intégrés dans une démarche d’amélioration continue, dans le cadre de la planification de l’offre de service selon les besoins des différents groupes de patients.

Les GMF qui souhaitent obtenir un rapport de leur clientèle peuvent en faire la demande à l’adresse courriel suivante : reperes.gmf@inesss.qc.ca.

1.3. Mettre en place une structure de gouvernance

Un GMF est composé d’un groupe de médecins de famille, d’IPSPL 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 et des IPSPL qui y exercent leur profession et, d’autre part, de participer au mécanisme régional d’accès pour les patients non inscrits au GMF.

⁵ <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/regard-sur-les-groupes-de-medecine-de-famille-au-quebec-et-proposition-desegmentation-de-la-population-pour-appuyer-les-demarches-dameliorationcontinue-de-la-qualite-selon-les-besoins-de-sante.html> (État des connaissances, page 22)

À mesure qu'un GMF se développe et que sa structure se complexifie, il devient particulièrement essentiel qu'il se dote d'un mode de gouvernance médico-administrative optimal et adapté à ses réalités. Une bonne gouvernance assure le bon fonctionnement du GMF et favorise l'atteinte de ses objectifs en matière d'accessibilité et de qualité des services, tout en répondant aux besoins de la population.

Parmi les modes de gouvernance pouvant être envisagés, la cogestion médico-administrative a fait ses preuves et offre de nombreux avantages. Selon ce mode de gouvernance, les responsabilités de gestion du GMF relèvent conjointement d'un gestionnaire médical et d'un gestionnaire administratif qui travaillent en tandem et partagent des décisions opérationnelles, fonctionnelles et stratégiques. Agir en tandem permet aux cogestionnaires d'établir une gestion complémentaire et collaborative de l'organisation du travail, de prendre de meilleures décisions et de régler plus facilement des problématiques rencontrées. La cogestion favorise également l'entraide et un plus grand partage de responsabilités de gestion et aide à cultiver un bon climat de travail pour l'ensemble de l'équipe.

Dans une relation de cogestion, chaque cogestionnaire a ses propres responsabilités ainsi que des responsabilités partagées. Les responsabilités partagées par les cogestionnaires peuvent inclure, entre autres :

- L'évaluation des besoins de la clientèle ciblée par le GMF et des ressources professionnelles requises pour y répondre;
- L'accueil et l'intégration de nouveaux professionnels et membres de l'équipe au sein du GMF;
- L'utilisation efficiente des ressources humaines, incluant la gestion et l'adaptation des horaires afin de répondre aux besoins des patients;
- L'évaluation des besoins de formation des professionnels et l'élaboration d'un plan de développement des compétences;
- La promotion de la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle;
- La promotion d'un climat de travail sain pour l'ensemble des membres du GMF;
- L'analyse des conditions d'exercice, de la qualité et de la sécurité des services prodigués par les professionnels au GMF;
- L'élaboration et le suivi des indicateurs de performance et des projets d'amélioration de la qualité des services.

Les formes que prendront les relations de cogestion ainsi que la façon dont les responsabilités seront réparties au sein des GMF varieront d'un GMF à l'autre. Cette variation est légitime dans la mesure où le mode de gouvernance adopté par chaque GMF reste bien adapté à ses réalités et est perçu comme adéquat par ses membres et ses partenaires. Dans certains GMF, la relation de cogestion impliquera principalement la direction médicale du GMF et un gestionnaire administratif (cadre intermédiaire) du CISSS ou du CIUSSS. Dans d'autres, un gestionnaire administratif embauché par le GMF ou une autre personne ayant des compétences administratives agira comme cogestionnaire principal. En fonction des circonstances, cette dyade de cogestion pourrait s'étendre à un groupe plus large lorsque l'implication de plusieurs gestionnaires (par exemple, des adjoints à la direction médicale ou des chefs de service de l'établissement) est nécessaire pour prendre une décision ou gérer une situation.

Peu importe la configuration choisie, une cogestion saine en GMF repose sur une compréhension commune des rôles de chacun, des relations de confiance et des stratégies de communication et de collaboration agiles, efficaces et soutenues. Que chaque GMF développe un document qui clarifie sa structure de gouvernance, les rôles et les responsabilités des cogestionnaires et leurs modes de collaboration est considéré comme une pratique exemplaire. Les rôles, responsabilités et modes de collaboration devraient être clarifiés non seulement pour le tandem principal de cogestionnaires, mais aussi pour tous les acteurs qui partagent des fonctions de gestion avec eux.

Pour renforcer leur relation, les cogestionnaires peuvent mobiliser plusieurs conditions favorables à la collaboration. Les conditions à mettre en place peuvent être regroupées en trois grandes catégories : individuelle, relationnelle et organisationnelle.

Conditions individuelles :

- Être ouvert à la collaboration et croire à la pertinence de la cogestion;
- Être disponible et à l'écoute de l'autre;
- Démontrer de l'humilité et une capacité d'introspection;
- Agir de manière honnête, intègre et transparente;
- Être professionnel et respecter ses engagements;
- Développer ses compétences en gestion et en leadership collaboratif.

Conditions relationnelles :

- Établir une communication régulière, claire, adaptée et respectueuse;
- Prendre le temps de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun (y compris les responsabilités partagées);
- Définir une vision et des objectifs communs;
- Établir une relation fondée sur la confiance et le respect;
- Gérer les désaccords et les conflits de façon efficace;
- Savoir s'adapter et s'ajuster mutuellement.

Conditions organisationnelles :

- Créer des espaces réservés à la collaboration et à la cogestion;
- Promouvoir une culture de collaboration au sein du GMF.

La mise en place de ces conditions gagnantes favorise non seulement un travail plus collaboratif entre les cogestionnaires, mais peut également générer des retombées positives, telles qu'une meilleure capacité à répondre aux besoins de leur équipe, une gestion plus aisée des situations complexes et une offre de soins à la fois efficace et de qualité pour la clientèle du GMF. En outre, des relations solides entre les gestionnaires peuvent établir les bases d'un partenariat robuste entre le GMF et l'établissement de son territoire; partenariat crucial pour une gestion optimale des ressources et une réponse plus coordonnée aux besoins de la population.

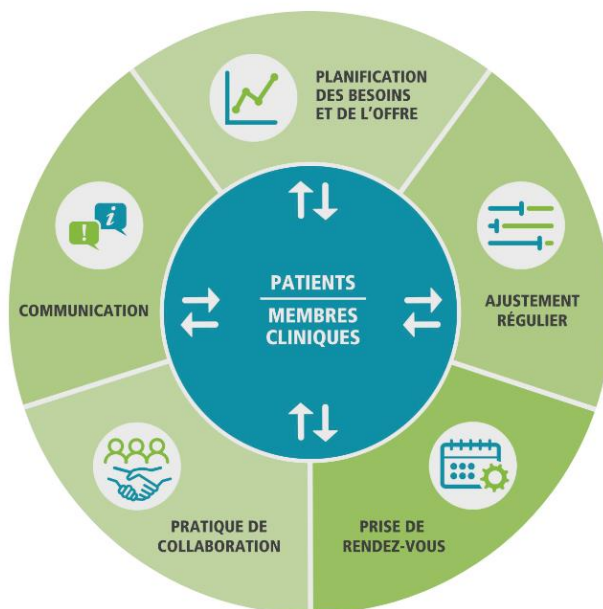
1.4. Permettre un accès en temps opportun aux services de première ligne

L'accès adapté est une réorganisation du système de rendez-vous et de la pratique clinique qui permet aux patients d'avoir accès à un professionnel ou à une équipe de première ligne au moment opportun en fonction de l'urgence de la situation.

Le modèle révisé de l'accès adapté se définit par les cinq piliers suivants (figure 1) :

- Planification des besoins des patients, de l'offre de services et des variations récurrentes;
- Ajustement régulier de l'offre en fonction de la demande;
- Modalités et processus de contact pour la prise de rendez-vous;
- Intégration et optimisation de la pratique de collaboration;
- Communication à propos de l'accès adapté et de son fonctionnement.

Figure 1 – Les cinq piliers de l'accès adapté⁶



L'outil réflexif sur l'accès adapté (ORAA⁷) est un questionnaire destiné aux médecins, aux IPSPL et aux agents administratifs en GMF leur permettant d'évaluer leur pratique en accès adapté. Chaque professionnel reçoit son portrait personnalisé de ces processus pour chacun des piliers de l'accès adapté de même que des pistes de réflexion et des recommandations personnalisées visant à atteindre une pratique optimale en accès adapté. Les GMF peuvent également sur demande recevoir une synthèse des résultats des individus ayant rempli le questionnaire. Des crédits de pratique réflexive de la FMOQ sont également offerts aux professionnels pour la complétion de l'outil.

L'accès adapté vise à améliorer différentes dimensions des services de première ligne. Plusieurs indicateurs d'accès et de continuité de soins peuvent être mesurés à partir du dossier médical électronique (DMÉ), dont les suivants :

1. Le troisième prochain rendez-vous offert : indicateur le plus utilisé dans la littérature pour évaluer l'accès général à un médecin, le troisième prochain rendez-vous offert révèle le nombre de jours qu'un patient doit attendre pour voir le professionnel auquel il est affilié. Idéalement, la consultation devrait être accordée en moins de trois jours.
2. La « capacité pour une raison de consultation urgente » : Cette mesure indique la proportion de plages horaires offertes par le médecin dans les prochaines 48 heures pour des problèmes urgents. Idéalement, le médecin devrait réserver de 20 % à 30 % de ses rendez-vous à ce type de demande.
3. La proportion de rendez-vous où les patients ne sont pas venus : il s'agit du nombre de plages de rendez-vous offertes, mais non utilisées parce que les patients ne se sont pas présentés.
4. La proportion des consultations au service de consultation sans rendez-vous : une proportion élevée de consultations au service de consultation sans rendez-vous peut

⁶ Breton M, Gaboury I, et coll. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. CMAJ Open. 2022 Sept. 6;10(3):E799-E806. <https://www.cmajopen.ca/content/10/3/E799>

⁷ Breton M, Gaboury I, et al. Development of a self-reported reflective tool on advanced access to support primary healthcare providers: study protocol of a mixed-method research design using an e-Delphi survey. BMJ Open. 2021 Nov 8;11(11):e046411. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/11/e046411>

refléter un manque d'accès au professionnel auquel le patient est affilié. Idéalement, cette proportion devrait être maintenue sous les 10 %.

5. La continuité relationnelle : cet indicateur représente la proportion des consultations qu'un patient a avec son médecin par rapport à l'ensemble de ses visites à un omnipraticien de la clinique.
6. La collaboration interprofessionnelle : cet indicateur reflète la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe de soins. Il montre la proportion de consultations données par le médecin ainsi que par les autres professionnels de l'équipe.

Ces indicateurs sont proposés dans un tableau de bord de première ligne⁸. Chaque professionnel qui accepte de participer reçoit de manière confidentielle ses résultats sur chacun de ces indicateurs, comparés aux résultats des autres professionnels œuvrant dans le même GMF. Ce rapport personnalisé des indicateurs se nomme ORAA+. Les résultats agrégés de la clinique sont partagés au GMF afin qu'il puisse se comparer aux autres cliniques de la province. Ces indicateurs visent à soutenir la pratique réflexive des professionnels.

Figure 2. Indicateurs du tableau de bord sur la première ligne ORAA+



Les GMF qui souhaitent obtenir ce rapport personnalisé peuvent en faire la demande par l'entremise du lien suivant : <https://forms.gle/sRQnAMmRFdvTQywP9>.

1.5. Développer la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle

Les pratiques collaboratives⁹, qu'elles soient de l'ordre de la collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle, sont reconnues comme pertinentes et efficaces en réponse à plusieurs enjeux actuels en santé et services sociaux. La mise en commun d'une variété de compétences et de perspectives permet d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins du patient, de ses proches et de la communauté dans lequel le GMF poursuit sa mission.

La mise en œuvre de ces pratiques s'appuie sur l'engagement de tous, c'est-à-dire chaque personne impliquée au sein du GMF, incluant le patient et ses proches, les médecins et les autres professionnels, le personnel administratif et les gestionnaires. Ainsi, tous agissent comme un modèle pour démontrer les actions, les responsabilités et les comportements attendus afin de favoriser la collaboration.

1.5.1. Le partenariat avec l'utilisateur et ses proches

Dans les pratiques collaboratives, le premier partenariat à établir est celui avec le patient et ses proches. À cet effet, leurs connaissances, leurs expériences et leurs compétences sont reconnues et considérées comme complémentaires à celles des médecins et des professionnels du GMF.

⁸ Breton, M, Gaboury, I, et al. (2023). Use of Electronic Medical Record Data to Create a Dashboard on Access to Primary Care. *Healthcare Policy*, 18(4). <https://www.longwoods.com/content/27092/healthcare-policy/use-of-electronic-medical-record-data-to-create-a-dashboard-on-access-to-primary-care>

⁹ [Fiches informatives - RCPI | CIUSSSCN \(gouv.qc.ca\)](#)

L'approche de partenariat est un ingrédient essentiel à ces pratiques tant du point de vue de la prestation des soins et services que de leur organisation et planification.

1.5.2. La collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle se définit comme un processus par lequel des professionnels de la santé et des services sociaux provenant de différents domaines d'expertise utilisent des mécanismes de communication efficaces et développent des modalités de pratique favorisant une réponse cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et des communautés. Ainsi, les médecins et les professionnels détenant différentes expertises sont appelés à travailler ensemble, en cohérence avec l'approche de partenariat avec l'utilisateur. Le but est de développer une vision commune des besoins du patient et d'assurer une prise de décisions partagée en considérant ses préférences et ses valeurs.

Afin de guider les GMF dans l'intégration des intervenants et des professionnels de la santé et des services sociaux, le MSSS propose des fiches qui documentent les principaux rôles, les activités et les compétences les plus pertinentes pour répondre aux besoins de la clientèle en GMF. Ces fiches présentent également les conditions gagnantes pour leur intégration (annexe II).

1.5.3. La collaboration intersectorielle

La collaboration intersectorielle se présente comme un processus qui réunit des acteurs de différents secteurs, tels que municipal, scolaire, communautaire, qui travaillent autour de préoccupations communes en partenariat avec un usager, des citoyens ou une communauté. Tous mettent en commun leurs ressources, leurs informations et leurs compétences en vue d'agir dans une situation complexe qu'ils ne pourraient maîtriser seuls. En collaborant avec d'autres partenaires intersectoriels, les acteurs de la santé et des services sociaux favorisent des actions concertées plus efficaces en faveur de la santé globale (physique, mentale, psychosociale) et plus durables pour répondre aux besoins des usagers, des citoyens ou d'une communauté.

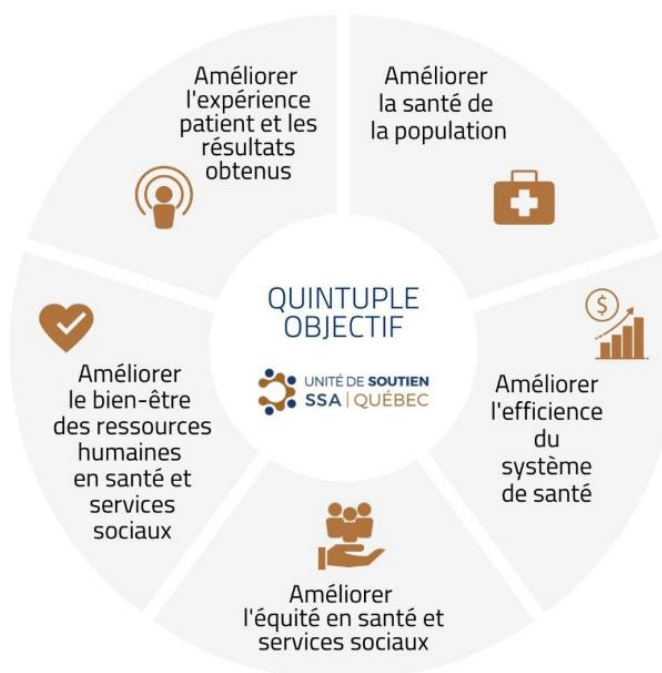
1.6. Instaurer une culture d'amélioration continue de la qualité

1.6.1. Raison d'être de l'amélioration continue de la qualité

L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est l'effort continu et combiné de toutes les parties prenantes d'une organisation à faire des changements qui mèneront à :

- améliorer l'expérience patient et les résultats obtenus;
- améliorer la santé de la population;
- améliorer l'efficacité du système de santé;
- améliorer l'équité en santé et services sociaux;
- améliorer le bien-être des ressources humaines en santé et services sociaux.

Figure 3 – Le quintuple objectif¹⁰



L'ACQ, dans les soins de santé, est une approche fondamentale pour des soins primaires de qualité. Elle combine, avec rigueur, la pratique réflexive, l'application des meilleures pratiques, l'analyse des données et le travail d'équipe. L'approche se caractérise aussi par le développement d'une culture qui amène tous les acteurs impliqués à faire preuve d'une approche systémique et réflexive pour repérer des occasions d'amélioration.

L'ACQ est un des moteurs de la mise en place d'un système de santé apprenant, c'est-à-dire un système de santé dans lequel les données de santé issues de la prestation de soins et de la recherche sont analysées de manière à faire progresser les connaissances, lesquelles sont ensuite intégrées dans les pratiques à des fins d'amélioration continue. Le GMF peut tout à fait s'inscrire dans cette culture : on parle alors de GMF apprenant¹¹.

1.6.2. Coordination provinciale en amélioration continue de la qualité

La raison d'être de la coordination provinciale en ACQ est de contribuer au développement du plein potentiel des facilitatrices et facilitateurs d'ACQ en milieu de proximité (intégration, développement professionnel, communauté de pratique, etc.) en valorisant les expertises en systèmes de santé apprenants de l'Unité de soutien au système de santé apprenant (SSA) Québec¹². Ainsi, une coordonnatrice provinciale en amélioration continue de la qualité (CPACQ) assure le lien entre les agents régionaux d'ACQ (ARACQ), les directions pertinentes des établissements et les instances nationales d'ACQ. Elle est rattachée à l'Unité SSA Québec et placée sous l'autorité de sa direction scientifique. Les ressources financières requises pour le salaire et certaines dépenses de fonctionnement de la CPACQ sont allouées par le MSSS.

¹⁰ [Mission et vision | Unité soutien SSA \(ssa.quebec.ca\)](https://ssa.quebec.ca/)

¹¹ [GMF apprenant \(ssa.quebec.ca\)](https://ssa.quebec.ca/)

¹² <https://ssa.quebec.ca/>

1.6.3. Les agentes et agents régionaux d'amélioration continue de la qualité (ARACQ)

Depuis le 1^{er} avril 2023, des ARACQ sont disponibles pour réaliser des démarches d'ACQ¹³ dans les GMF, à la demande de ces derniers devant le succès des agents et agentes d'ACQ (AACQ) en GMF universitaires.

Les ARACQ peuvent, entre autres :

- Appliquer la méthodologie et développer la culture d'ACQ dans les GMF;
- Coordonner des ateliers collaboratifs d'ACQ avec l'équipe des GMF;
- Planifier un projet et rédiger le plan d'action en se basant sur les données probantes;
- Valider le suivi et la mise à jour des plans d'action;
- Accompagner l'équipe GMF afin de faciliter l'implantation des meilleures idées de changement;
- Accompagner l'équipe GMF afin de faciliter le choix de ses objectifs et indicateurs, notamment par l'utilisation des indicateurs de qualité PREMs¹⁴ et PROMs¹⁵ qui permettent, entre autres, de mieux comprendre l'impact des soins de première ligne sur la qualité de vie des patients, mais aussi d'améliorer l'expérience de soins de ces derniers.

Les GMF qui souhaitent faire une demande de service peuvent utiliser le formulaire [Faire une demande | Unité soutien SSA Québec \(ssaquebec.ca\)](#).

1.7 Favoriser une meilleure coordination des soins et des services pour les personnes avec des besoins de santé complexes

L'approche V1SAGES favorise une meilleure coordination des soins et des services entre les professionnels de la santé et des services sociaux du GMF et les partenaires externes pour les personnes avec des besoins de santé complexes. Certains professionnels de la santé ou des services sociaux du GMF (p. ex. infirmières cliniciennes ou travailleurs sociaux) peuvent développer les compétences requises pour mieux repérer et améliorer la trajectoire clinique des personnes qui utilisent fréquemment les services du GMF et les services hospitaliers (urgence et autres). Une formation sur l'intervention-pivot est disponible sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial^[1].

¹³ [Offre de service en amélioration continue de la qualité pour les cliniques de médecine de famille et les Groupes de médecine de famille | Unité soutien SSA Québec \(ssaquebec.ca\)](#)

¹⁴ PREMs (patient-reported experience measures) : mesures autorapportées par les patients permettant de connaître la façon dont ils vivent leur expérience de soin. Voir [PREMs | Unité soutien SSA Québec \(ssaquebec.ca\)](#)

¹⁵ PROMs (patient-reported outcome measures) : mesures autorapportées par les patients permettant de connaître les résultats de soin. Voir [PROMs | Unité soutien SSA Québec \(ssaquebec.ca\)](#)

^[1] <https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=15698>

2. Objet du Programme

Le Programme a pour objet la création de groupes de médecine de famille (GMF) qui répondent aux besoins populationnels en matière de services de première ligne et qui sont appuyés par un financement et un soutien professionnel.

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 plages de rendez-vous offertes aux patients non inscrits au GMF. De même, l'offre de service attendue d'un GMF est proportionnelle au nombre de patients inscrits.

3. Admissibilité au Programme

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

Depuis le transfert des gouvernances administrative et financière du Programme vers les établissements, l'approbation du président-directeur général (PDG), du DM et du DTMF est 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) en vertu de la LGSSSS sont les suivants :

- le DTMF élabore l'organisation des services de médecine familiale de son territoire et la soumet au représentant de Santé Québec membre du comité de direction du département. De plus, il exerce, entre autres, les fonctions suivantes :
 - faire des recommandations sur la nature des services de médecine familiale découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de Santé Québec relative à cette matière;
 - donner son avis sur tout projet concernant la prestation des services de médecine familiale.

- le PDG, sous l'autorité immédiate du président et chef de la direction de Santé Québec, est responsable de l'administration et du fonctionnement de l'établissement dans le cadre du règlement intérieur de Santé Québec. Il doit notamment veiller à ce que les obligations qui incombent à l'établissement en vertu de la LGSSSS soient exécutées entièrement, correctement et sans retard. Il doit en outre s'assurer de la coordination et de la surveillance de l'activité clinique au sein de l'établissement.

- le DM, sous l'autorité immédiate du PDG, exerce les fonctions suivantes :
 - coordonner l'activité professionnelle et scientifique de l'établissement avec les autres directeurs;
 - lorsqu'un département territorial de médecine familiale ou de médecine spécialisée est rattaché à l'établissement, coordonner l'activité professionnelle extérieure à l'établissement des médecins membres de ce département avec le directeur qui le dirige.

3.2. Critères d'admissibilité

Est admissible au Programme tout groupe composé de médecins de famille et d'IPSPL 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 et toutes les IPSPL du groupe pratiquent ensemble au sein d'un ou plusieurs cabinets ou d'une ou plusieurs installations exploitées par un établissement de santé et de services sociaux, dans lesquels 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 et des IPSPL du groupe ne se sont pas vu retirer une reconnaissance GMF selon la section 5 du Programme dans les 12 mois précédant la demande du groupe;
- le projet GMF a reçu l'approbation de la part du DTMF, du PDG de l'établissement et du DM.

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 et des IPSPL du GMF, selon ce qui suit :

Tableau 2 – 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

Le ministre réalise la pondération des patients inscrits à la RAMQ auprès des médecins et des IPSPL du GMF selon les règles prévues à l'annexe I.

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 et des IPSPL 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 et d'IPSPL 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. Soutien de groupes en territoire isolé

De façon exceptionnelle, un groupe de médecins et d'IPSPL 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 et d'IPSPL qui pratiquent dans les territoires ayant les caractéristiques suivantes :

- le territoire du CLSC sur lequel est situé le site de pratique des médecins et des IPSPL comprend une population admissible à la RAMQ de 3 000 à 7 000 personnes;
- le site de pratique des médecins et des IPSPL 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;
- il existe 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 et d'IPSPL se situant dans ces territoires peut faire une demande d'adhésion au Programme s'il respecte la condition suivante :

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

4.3.1. Financement

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

4.3.2. 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. Fin de la reconnaissance du GMF

Le GMF perd son statut de GMF quand il cesse volontairement d'adhérer au Programme. La perte de la reconnaissance prend effet à la date mentionnée par le GMF quand il en informe le MSSS.

Le GMF perd également son statut de GMF quand le ministre lui retire sa reconnaissance. La date de la fin de reconnaissance du GMF est celle indiquée dans la lettre que le ministre transmet au GMF à cet effet. Les situations où le ministre peut retirer la reconnaissance d'un GMF sont les suivantes :

- 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, lors de la révision annuelle du GMF;
- 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, comme prévu à la section 8.6.

Si le retrait de la reconnaissance survient avant la date de la prochaine révision annuelle du GMF, ce dernier 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 devra rembourser le montant des jours financés après sa date de fin.

6. Financement

6.1. Généralités

6.1.1. Augmentation des montants octroyés

L'augmentation annuelle des montants octroyés dans le cadre du Programme est basée sur le taux global pour les établissements de santé publics et privés communiqué en mars 2024, 2025 et 2026. Ce taux est utilisé afin d'établir les montants du Programme pour l'année financière suivante. La mise à jour de ces montants est disponible en début d'année sur le site Internet du MSSS¹⁶.

L'augmentation concerne :

- le financement lié au fonctionnement du GMF, conformément aux montants présentés au tableau 3 de la section 6.4.2;
- le taux horaire pour les honoraires du pharmacien et le financement lié aux services d'un pharmacien, conformément aux montants présentés au tableau 4 de la section 6.5.3.
- le financement lié aux salaires des ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux et autres professionnels), selon la répartition présentée au tableau 5 de la section 7.1.2;
- le financement lié au soutien à la pratique, présenté au tableau 6 de la section 7.2.2;

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

¹⁶ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001527/>

6.1.2. Versement du financement

Le financement est versé par l'établissement au GMF selon les modalités suivantes et sans aucune retenue pour la gestion administrative :

- un premier paiement au plus tard le 30 juin suivant la date de la révision annuelle du GMF, correspondant à 50 % du financement total;
- un deuxième paiement au plus tard le 31 octobre suivant la date de la révision annuelle du GMF, correspondant à 50 % du financement total résiduel, à l'exclusion du financement lié au fonctionnement, et à 30 % du financement lié au fonctionnement.
- un troisième paiement au plus tard le 31 décembre suivant la date de la révision annuelle du GMF, correspondant à un maximum de 20 % du financement lié au fonctionnement.

Les modalités particulières concernant le versement du financement pour le fonctionnement du GMF sont décrites à la section 6.4.3.

Le respect des dates de versement est conditionnel à la transmission des documents de révision annuelle par le GMF dans les délais mentionnés à la section 10.1. Tout retard entraînera des délais supplémentaires pour le versement du financement.

Toutefois, dans le cas d'une nouvelle adhésion au Programme, 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.

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

Cette aide devient disponible seulement lorsque le DTMF, le PDG et le DM ont approuvé la demande d'adhésion du GMF.

6.2.2. Montant de l'aide

Le montant de l'aide est d'un maximum de 5 000 \$ et comprend :

- 100 \$ par heure utilisée, pour un maximum de 20 heures;
- le remboursement des frais de déplacement réels assumés par le médecin responsable, jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

Ce montant maximum est disponible une seule fois et, s'il n'est pas utilisé complètement après deux années suivant la reconnaissance du GMF, aucun solde non réclamé ne peut être utilisé ultérieurement.

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 l'une ou l'autre des situations suivantes :

- dans le cas d'un GMF constitué uniquement d'un ou plusieurs sites n'ayant jamais été reconnus auparavant selon le Programme : ce GMF qui intègre le Programme a alors droit à l'ensemble du montant alloué en vertu du Programme;
- dans le cas d'un GMF constitué d'un ou plusieurs sites ayant déjà été reconnus auparavant selon le Programme : ce GMF aura droit à l'ensemble du montant alloué en vertu du Programme, moins le montant dont le ou les sites auparavant reconnus GMF ont déjà bénéficié pour les travaux d'aménagement.

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 mission¹⁷. Il peut également contribuer aux 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 6.4.1 pourraient être incluses dans le remboursement des travaux d'aménagement.

Ne sont pas admissibles :

- les dépenses courantes d'exploitation engagées pour la prestation des services prévus au Programme;
- les dépenses d'aménagement reliées aux locaux administratifs des sociétés de gestion des cliniques médicales;
- les dépenses d'aménagement financées par d'autres sources de financement gouvernemental.

Ne sont pas admissibles les frais liés aux travaux d'aménagement d'un site de GMF qui est situé dans une installation (CLSC ou groupe de médecine de famille universitaire (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 effectuées par le GMF pour les travaux réalisés, jusqu'à concurrence de 40 000 \$.

¹⁷ 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.

Il est de la responsabilité du GMF de s'informer auprès de l'établissement du solde de fonds disponibles avant d'engager des dépenses pour des travaux d'aménagement pour lesquelles il souhaite obtenir un remboursement.

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 à ses opérations et à son administration, 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 l'établissement 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 l'établissement en vertu du Programme;
- l'informatisation du GMF, incluant les équipements, le câblage et les autres outils technologiques pour les médecins, les IPSPL et pour le personnel administratif et professionnel embauché par le GMF ou alloué par l'établissement 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 l'établissement en vertu du Programme;
- les frais d'inscription et de déplacement 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 l'établissement en vertu du Programme. Par ailleurs, l'établissement 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 de l'établissement, qui demeure responsable de fournir les locaux, le mobilier, le matériel, les fournitures, les appareils informatiques et les licences DME nécessaires aux médecins, aux IPSPL, au personnel administratif et aux professionnels alloués par l'établissement 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 frais d'interprétariat;
- 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 l'établissement, 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 2 :

Tableau 3 – Montant du financement lié au fonctionnement selon le niveau du GMF¹⁸

Niveaux GMF	Fonctionnement (\$)
1	119 679
2	157 156
3	194 634
4	232 110
5	267 921
6	285 029
7	302 136
8	319 244
9	336 353
10	349 183
11	362 014
12	374 846

¹⁸ Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

6.4.3. Modalités de financement lié au fonctionnement selon les indicateurs d'accès

Une partie du financement lié au fonctionnement est dorénavant versé conditionnellement à l'atteinte de cibles en lien avec des indicateurs d'accès, plus particulièrement le taux d'assiduité et le nombre de plages de réorientation offertes par les médecins et les IPSPL. Santé Québec et l'établissement, en collaboration avec le DTMF, doivent suivre et évaluer ces indicateurs afin de prendre position quant à l'atteinte globale des cibles d'accès par le GMF.

Lorsque des données relatives à la pratique des autres professionnels en GMF seront disponibles, un nouvel indicateur d'accès entourant le travail en interdisciplinarité fera également l'objet d'une cible à atteindre.

6.4.3.1. Taux d'assiduité

Le GMF doit atteindre un taux d'assiduité de 80 %. La méthodologie relative au calcul du taux d'assiduité est fournie à l'annexe I.

Les données concernant l'évaluation du taux d'assiduité sont extraites au mois de novembre et s'étendent sur une période de 12 mois consécutifs, allant du 16 octobre de l'année précédente au 15 octobre de l'année en cours.

6.4.3.2. 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 III);
- 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 IV et fourni par le MSSS.

6.4.3.3. Nombre de plages de réorientation offertes par les médecins et les IPSPL

Au minimum, 45 plages de disponibilité par tranche de 500 patients inscrits pondérés doivent être offertes annuellement par le personnel médical (médecins de famille et IPSPL) pour les patients ambulatoires réorientés vers le GMF. Ce nombre doit être entendu de gré à gré, entre le GMF, le DTMF et l'établissement, en fonction des 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.

Les données concernant le nombre de patients inscrits pondérés utilisées pour déterminer le nombre minimal de plages de réorientation à offrir sont extraites au mois de mars précédant la révision annuelle du GMF 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.

6.4.3.4. Versement du financement lié au fonctionnement selon l'atteinte des cibles

Conditionnellement à l'atteinte globale des cibles d'accès, le troisième versement du financement lié au fonctionnement, correspondant à 20 % du financement total, est versé par l'établissement au GMF au plus tard le 31 décembre suivant la date de la révision annuelle du GMF, selon les modalités prévues à la section 6.1.2.

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.

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.

Il est à noter qu'aucuns frais supplémentaires ne peuvent être facturés 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.

6.5.2. Demande de dérogation

Un GMF composé uniquement de sites privés peut présenter au comité technique visé à la section 12 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.

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 l'établissement 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 :

Tableau 4 – Montant du financement lié aux services d'un pharmacien selon le niveau du GMF¹⁹

Niveaux GMF	Pharmacien (\$)
1	23 694
2	35 542
3	47 390
4	59 238
5	71 083
6	82 931
7	94 779
8	106 626
9	118 473
10	130 321
11	142 169
12	153 901

Le taux horaire pour les honoraires du pharmacien doit être au maximum de 85 \$²⁰.

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).

Si le GMF a déjà signé un contrat avec un pharmacien communautaire, conformément à la section 6.5, et qu'il souhaite rehausser l'offre de service de ce pharmacien, il lui est possible d'utiliser le montant correspondant au salaire « autre professionnel », à la condition de respecter le salaire horaire maximal précisé à la section 6.5.3.

¹⁹ Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

²⁰ Montant en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

Tout GMF dont la mission s'accomplit à partir d'un site qui n'est pas exploité par un établissement du réseau peut maintenant demander, sous certaines conditions, que ce soutien soit versé, en partie ou en tout, en argent par l'établissement, afin de procéder à l'embauche de ressources hors établissement, en respect des modalités indiquées à la section 7.4.2.

7.1.2. Calcul des équivalents temps complet (ETC)

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

Tableau 5 – Niveau du soutien professionnel selon le niveau du GMF

Niveaux GMF	Infirmières cliniciennes (ETC)*	Travailleurs sociaux (ETC)*	Autres professionnels (ETC)*
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 complet

7.2. Soutien à la pratique pour l'accès aux services de première ligne pour la population non inscrite au GMF

7.2.1. Nature du soutien

Dans le cadre de sa participation au mécanisme d'accès aux services de première ligne pour la population non inscrite au GMF (section 8.4), le GMF, qui convient d'une entente avec le DTMF, en cogestion avec le PDG et le DM, bénéficie d'un soutien à la pratique qui se traduit par l'affectation de ressources par l'établissement. Les modalités d'octroi de ces ressources doivent être déterminées en collaboration avec le médecin responsable du GMF et 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, afin de procéder à l'embauche de ressources hors établissement, selon les modalités de financement définies au tableau 6. De ce montant, le GMF peut conserver 10 % pour de la location d'espace, des fournitures ou toute autre dépense relative à l'intégration de la ou des ressources.

Le montant octroyé doit obligatoirement être utilisé dans le but de financer des heures travaillées par du personnel supplémentaire en soutien à la pratique ou de financer le rehaussement des heures travaillées par du personnel déjà en place, et ainsi augmenter l'offre de service du GMF à la population. Le personnel visé doit appartenir aux catégories suivantes :

- personnel infirmier (infirmière auxiliaire, technicienne ou clinicienne);
- ressources cléricales ou administratives;
- travailleurs sociaux;
- autres professionnels (nutritionnistes, kinésioles, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, psychologues);
- pharmaciens.

7.2.2. Calcul du financement

Le financement relatif au soutien à la pratique est calculé en fonction de l'offre de plages de rendez-vous mentionnée dans l'entente convenue avec le DTMF, conformément à la section 8.4. Le détail du financement est présenté au tableau 6.

Tableau 6 – Soutien à la pratique²¹

Plages de disponibilité offertes pour les patients non inscrits au GMF ²²	Soutien à la pratique (\$)
600 à 1 199	11 464
1 200 à 1 799	22 927
1 800 à 2 399	34 390
2 400 à 2 999	45 853
3 000 à 3 599	57 317
3 600 à 4 199	68 781
4 200 à 4 799	80 243
4 800 à 5 399	91 707
5 400 à 5 999	103 170
6 000 à 6 599	114 635
6 600 à 7 199	126 099
7 200 à 7 799	137 561
7 800 et plus	149 025

²¹ Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

²² Les plages de disponibilité offertes dans le cadre de la mission accès-réseau d'un GMF sont exclues du calcul.

7.3. Modalités d'affectation et de remplacement du personnel alloué par l'établissement

7.3.1. Modalités d'affectation

L'établissement 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 des professionnels visés. Le choix du personnel est fait conjointement par l'établissement 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 l'établissement 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 affectés 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 l'établissement 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 ciblée par le GMF. Toujours en collaboration avec l'établissement, le médecin responsable évalue également le rendement et le comportement du personnel affecté à son groupe.

L'autorité administrative et l'encadrement clinique de l'établissement 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 par le personnel affecté 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 la *Fiche d'intégration des professionnels en GMF – Collaboration : conditions gagnantes*, à l'annexe II, 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 l'établissement, le GMF doit veiller à présenter à ses patients inscrits le [Formulaire de consentement au partage et à la communication des renseignements sur l'usager](#) 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 l'établissement, 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.

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 mois suivant la date de la révision annuelle du GMF, sous réserve des dispositions des conventions collectives applicables. Dans le cas particulier des ressources de la catégorie « autres professionnels », le délai maximal de trois (3) mois débute au moment où l'établissement et le GMF se sont entendus sur le choix de la ressource.

Le GMF peut déposer à l'établissement 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. L'établissement 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. Modalités de remplacement

Tout remplacement des ressources professionnelles provenant du RSSS doit s'effectuer en respect des conventions collectives en vigueur.

Le remplacement, par l'établissement, des infirmières cliniciennes, des travailleurs sociaux et des autres professionnels de la santé affectés 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.

Les établissements sont invités à demeurer agiles, au cours d'une même année financière, dans l'utilisation du soutien financier lié aux ressources cliniques au sein des GMF. Il leur est possible de procéder, avec la collaboration du GMF, à l'embauche d'autres professionnels du RSSS en s'assurant que ces derniers possèdent le profil de compétences requis afin de réaliser les interventions reliées aux fonctions à exercer.

Le MSSS autorise le GMF à procéder lui-même à l'embauche de ressources professionnelles hors établissement afin de remplacer temporairement une ressource du RSSS absente détenant un poste, selon les conditions mentionnées à la section 7.4.2.2.

7.4. Modalités d'embauche de ressources hors établissement

Seuls les sites de GMF n'étant pas exploités par un établissement du réseau peuvent procéder à l'embauche de ressources hors établissement.

La ou les ressources professionnelles embauchées par le GMF doivent être assujetties aux normes et aux conditions de pratique de leur profession. Elles doivent obligatoirement offrir leurs services dans les locaux du GMF et exercer 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 établissement.

7.4.1. Ressources embauchées hors établissement pour le suivi de patients non inscrits au GMF (soutien à la pratique)

Pour les ressources hors établissement décrites à la section 7.2.1, qui peuvent être embauchées directement par le GMF afin de le soutenir pour le suivi de patients non inscrits, l'établissement doit faire le versement du montant correspondant à celui auquel le GMF a droit en fonction de son offre de plages de rendez-vous (voir le tableau 6). Le montant est versé au GMF sans aucune retenue pour la gestion administrative.

7.4.2. Ressources embauchées hors établissement pour la mission GMF

7.4.2.1. Principes généraux

Le GMF peut procéder lui-même à l'embauche de ressources pour sa mission GMF dans les situations suivantes :

- pour remplacer temporairement une ressource du RSSS absente, mais détenant un poste;
- pour pourvoir un poste non doté à la suite d'un rehaussement de niveau du GMF ou un poste laissé vacant à la suite du départ d'une ressource du RSSS;
- pour pourvoir un poste non doté au moment de la reconnaissance d'un nouveau GMF.

Toute ressource embauchée directement par le GMF doit obligatoirement appartenir à la catégorie d'emploi à pourvoir (infirmière clinicienne, travailleur social et autre professionnel). Les ressources pouvant être embauchées par le GMF sont les suivantes :

- infirmières cliniciennes²³,
- travailleurs sociaux,
- nutritionnistes,
- kinésiothérapeutes,
- physiothérapeutes,
- ergothérapeutes,
- inhalothérapeutes,
- psychologues,
- pharmaciens.

Une infirmière auxiliaire peut être embauchée par le GMF dans le cadre d'un remplacement d'une ressource du RSSS absente, sans obtenir au préalable une dérogation du ministre, et ce, uniquement dans ce cas de figure. Advenant le cas où le GMF souhaite embaucher une ressource n'appartenant pas à la catégorie d'emploi à pourvoir, il doit présenter une demande justifiant son besoin à l'établissement. Si l'établissement juge la demande recevable, il la transmet directement au ministre, selon les coordonnées présentées à la section 13.

Pour toute embauche de ressource hors établissement, une entente doit être signée entre le GMF et l'établissement. L'établissement doit faire le versement du financement lié au salaire des ressources professionnelles directement au GMF en respect des montants forfaitaires et des taux inscrits à l'annexe VII.

²³ Les GMF peuvent faire appel à des infirmières techniciennes afin de pourvoir la catégorie d'emploi « infirmière clinicienne ».

7.4.2.2. Remplacement d'une ressource du RSSS absente détenant un poste

Le GMF peut convenir de modalités avec l'établissement, par le biais d'une entente, afin de procéder lui-même à l'embauche de ressources, et ce, uniquement en respect des conditions suivantes :

- impossibilité pour l'établissement de remplacer la ou les ressources en place à compter du 1^{er} jour, s'il a été démontré que l'absence était prévisible;
- impossibilité pour l'établissement de remplacer la ou les ressources en place au plus tard le 1^{er} jour de la 5^e semaine d'absence, s'il a été démontré que l'absence était imprévisible.

Si la date de retour de la ressource de l'établissement est connue, l'entente convenue avec la ressource hors établissement doit en tenir compte et avoir une date de fin qui coïncide avec le retour en poste de ladite ressource.

Si la date de retour de la ressource de l'établissement n'est pas connue, l'entente convenue avec la ressource hors établissement doit avoir une date de fin au 31 mars maximum, pour la révision annuelle du GMF. Elle peut être renouvelée jusqu'au retour de la ressource de l'établissement, qui aura préséance sur le poste.

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 le tableau 7), 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 le tableau 7);
- 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 le tableau 7);

Tableau 7 – 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;
- Durant la période hivernale, lorsqu'une recrudescence des besoins de consultation des patients inscrits au GMF se fait sentir, ce dernier doit adapter son offre de service en conséquence;
- L'offre de service doit répondre à la demande et être lissée sur toutes les heures d'ouverture, y compris les soirs et les fins de semaine, et ce, en fonction du niveau du GMF, conformément aux tableaux 7 et 8;
- Un jour férié²⁴ doit également compter minimalement quatre heures consécutives de services. S'il s'agit d'une journée où le GMF comptait normalement plus de quatre heures de services sur place, une diminution du nombre d'heures d'ouverture est donc possible. Le GMF est malgré tout encouragé à compléter son offre de 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 fêtes²⁵, 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 le tableau 8). 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, les heures d'ouverture du GMF et du partenaire de services doivent être ajustées en conséquence. 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.

²⁴ Les jours fériés sont les suivants : 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.

²⁵ 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.

Tableau 8 – 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		

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. 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.

8.1.2. Situations particulières

Le GMF situé dans un territoire de moins de 50 000 habitants (annexe III) 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 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 des tableaux 7 et 8 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 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 des tableaux 7 et 8 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;
- une clinique d'IPSPL;
- un GMF-U;
- un GMF-AR;
- 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.

8.2. Filtre de pertinence

Le GMF doit mettre en place et utiliser le filtre de pertinence²⁶ déterminé par le MSSS au sein de sa ou ses clinique(s), afin d'évaluer, de prioriser et d'orienter les demandes des patients en fonction de leur état de santé et de l'urgence de leurs besoins.

Cette obligation devient effective à partir du moment où le filtre de pertinence est instauré dans la région du GMF, selon le plan de déploiement national.

8.3. Informatisation

8.3.1. Dossier médical électronique (DME)

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);
- l'établissement, pour les médecins pratiquant dans un GMF public;

Le GMF doit fournir une licence de DME au personnel administratif et professionnel qu'il embauche ou qui lui est alloué par l'établissement en vertu du Programme, ainsi qu'aux IPSPL. 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 l'établissement, 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 MSSS²⁷. Le GMF doit permettre, le cas échéant, l'accès à ses infrastructures à des fins de contrôle par le représentant désigné par le ministre.

²⁶ En orientant efficacement les demandes selon leur pertinence et en aiguillant les patients vers le bon professionnel, ce filtre permet la priorisation et l'amélioration de la qualité des soins, l'optimisation des ressources en GMF ainsi que la réduction du temps d'attente pour les patients.

²⁷ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/technologies-information/certification-produits-et-services-technologiques/>

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.

8.3.2. Gestion des disponibilités pour la mission GMF

Le GMF doit transmettre à l'orchestrateur²⁸, par l'entremise d'un DME certifié par le MSSS, la totalité des plages de disponibilité²⁹ offertes dans le cadre de sa mission GMF, incluant les plages de réorientation.

Le GMF doit s'assurer que ces plages puissent être comblées par téléphone ou en personne auprès de sa réceptionniste, ainsi que par le personnel autorisé du RSSS, en fonction des besoins régionaux.

Le GMF doit également rendre publique et disponible la totalité de ses plages (à l'exception des plages de réorientation) à l'usage du filtre de pertinence provincial, lorsque ce dernier sera disponible sur une plateforme soutenue par le ministre. Ces plages doivent être adéquatement réparties dans le temps de manière à permettre le fonctionnement optimal du filtre de pertinence. Cette composante devient obligatoire 12 semaines suivant le moment où le filtre de pertinence est instauré dans la région, ainsi que dans sa ou ses cliniques, selon le plan de déploiement national.

8.4. Accès aux services de première ligne pour la population non inscrite au GMF

Le GMF doit collaborer avec le DTMF dans l'effort régional concernant l'accès à des services de première ligne, en temps opportun, pour la population non inscrite au GMF.

De par leur responsabilité populationnelle, tous les acteurs de la première ligne, notamment les GMF, sont sollicités pour répondre aux besoins de la population de leur territoire en matière de services de première ligne, incluant les besoins accrus en période hivernale.

Les besoins de chaque région doivent être analysés par le DTMF et déterminés en fonction, entre autres, du taux d'inscription dans le territoire, de l'offre totale de rendez-vous populationnelle pour la région (incluant l'offre populationnelle des GMF-AR) et du nombre de personnes enregistrées au GAMF.

À la suite de cette analyse, le GMF peut convenir d'une entente avec le DTMF, en cogestion avec le PDG et le DM, afin de déterminer le nombre de plages de disponibilité qu'il rend accessibles chaque année prioritairement à la population non inscrite.

Les GMF qui participent au mécanisme d'accès aux services de première ligne pour la population non inscrite, en offrant des plages de rendez-vous, doivent adapter leur offre en fonction de la fluctuation de la demande.

²⁸ L'orchestrateur se définit comme une solution informatique qui permet l'harmonisation et la gestion des rendez-vous avec un médecin, une IPSPL ou un autre 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.

²⁹ Une plage de disponibilité est une consultation d'une durée préétablie avec un médecin, une IPSPL ou un autre professionnel de la santé.

8.4.1. Patientèle visée

Les plages doivent être rendues disponibles aux patients suivants :

- les patients non inscrits référés par le GAP (ou une autre centrale du RSSS);
- les patients réorientés de l'urgence (priorités 4 et 5) non inscrits ou inscrits ailleurs;
- les patients non inscrits ou inscrits ailleurs, référés par les infirmières d'Info Santé 811 ou d'autres intervenants du RSSS;
- les patients non inscrits ou inscrits ailleurs qui consultent dans le cadre d'une trajectoire hivernale;
- les patients non inscrits ou inscrits ailleurs ayant des besoins jugés prioritaires par les autorités régionales (urgence sanitaire, catastrophe naturelle, etc.);
- les patients sans numéro d'assurance maladie suivants : demandeurs d'asile couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire, immigrants en processus régulier de demande d'immigration, étudiants étrangers, Canadiens hors Québec, personnes en situation d'itinérance, personnes dont la carte d'assurance maladie est expirée.

Les plages inutilisées dans un délai de quatre (4) heures avant l'heure prévue de consultation peuvent être rendues disponibles à toute la population, directement par le GMF et sans besoin de référence.

8.4.2. Type de consultations concernées

Les consultations suivantes sont considérées dans cette mesure :

- les consultations en présentiel effectuées par un médecin de famille ou par une IPSPL. Cela peut inclure les consultations des autres professionnels de la santé du GMF et les consultations réalisées par des médecins de famille non membres du GMF, à la condition que le GMF en fournisse la preuve au DTMF;
- les téléconsultations effectuées par un médecin de famille ou par une IPSPL, à la condition qu'elles soient réalisées en cohérence avec les directives du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Les consultations offertes dans le cadre d'une pratique spécifique ne sont pas considérées.

8.4.3. Responsabilités du DTMF et de l'établissement

Il est de la responsabilité du DTMF et de l'établissement :

- de déterminer, en respect de la capacité des milieux, les besoins en matière de consultations pour la population de leur territoire;
- de prévoir des ententes avec les GMF à la hauteur des besoins identifiés;
- d'assurer le respect de l'entente signée et le suivi du nombre de plages offertes tout au long de l'année.

8.5. Lien avec les urgences hospitalières

Le GMF doit convenir de modalités avec le DTMF et l'établissement de son territoire, en collaboration avec les établissements autres que territoriaux situés à proximité (liste disponible à l'annexe V) lorsqu'il y en a, et le comité de réorientation régional³⁰, 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 calcul du nombre de plages de disponibilité à offrir annuellement par le GMF est détaillé à la section 6.4.4.3. Les plages de disponibilité doivent être réparties sur toutes les heures d'ouverture du GMF, y compris les soirs et les fins de semaine, et ce, en fonction du niveau du GMF.

8.6. Financement et soutien professionnel

Le GMF doit transmettre annuellement à l'établissement une reddition de compte détaillée pour l'ensemble du financement GMF qui lui est versé, incluant les sommes versées pour l'embauche de ressources hors établissement, le cas échéant. De plus, il 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, incluant le financement versé en argent au GMF afin de procéder à l'embauche de ressources hors établissement, le cas échéant;
- 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.

Le GMF doit également :

- 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 de l'établissement les informations relatives au travail des professionnels en GMF, qui sont nécessaires pour produire les rapports annuels financiers et statistiques;
- déterminer, en collaboration avec l'établissement, les descriptions de tâches pour les ressources professionnelles allouées en vertu du Programme, afin qu'elles soient conformes aux pratiques décrites dans les fiches d'intégration des professionnels de la santé travaillant dans un GMF (voir l'annexe II);
- collaborer avec l'établissement à la mise en place de 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.

³⁰ Le comité de réorientation régional est responsable de définir les balises de réorientation des urgences au sein de sa région. Il est généralement composé de représentants des urgences, de la direction médicale, de la direction territoriale de médecine familiale et d'autres acteurs clés de la région.

Toute demande adressée au ministre liée à des problématiques de financement doit être accompagnée des états financiers complets du GMF. Les modalités encadrant la reddition de comptes ainsi que la date de transmission des documents sont déterminées par Santé Québec et communiquées aux établissements en début d'année financière pour l'année suivante.

8.7. Indicateurs d'accès adapté

Le GMF doit mettre en place des mécanismes pour mesurer l'accès adapté à ses services. Pour ce faire, il est encouragé à utiliser les outils réflexifs ORAA et ORAA⁺ mentionnés à la section 1.4.

9. Manquements aux obligations du GMF

Le ministre constate un manquement aux obligations du GMF sur la base d'un avis de Santé Québec, rédigé en collaboration avec le PDG de l'établissement et le DTMF. 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 le tableau 9) :

- 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 9 – Définition des manquements selon leur niveau

Manquements de 1 ^{er} niveau	Manquements de 2 ^e niveau	Manquements de 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 ³¹ 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 non inscrite au GMF		
Non-respect de l'obligation relative à l'utilisation d'un filtre de pertinence ³²		
Non-respect de l'obligation relative à l'utilisation des indicateurs d'accès adapté		

10. Révision annuelle

10.1. 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.

Les documents de la révision annuelle du GMF doivent être transmis à l'établissement au plus tard le 1^{er} mars de chaque année. Tout document reçu après cette date entraînera des délais supplémentaires dans le versement du financement au GMF.

Les données concernant l'évaluation du nombre de patients inscrits pondérés sont extraites au mois de 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.

³¹ Conformément aux pratiques décrites dans les différentes fiches d'intégration des professionnels de la santé et des services sociaux en GMF (voir l'annexe II du présent Programme).

³² Cette obligation ne deviendra effective qu'à partir du moment où le filtre de pertinence sera instauré dans la région, selon le plan de déploiement national.

10.2. 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 et des IPSPL du GMF (voir le tableau 2 de la section 4.1), calculé selon les règles prévues à l'annexe I, lorsqu'il s'avère que ce nombre :

- équivaut à un niveau plus élevé que celui du GMF (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 et des IPSPL du GMF.

11. 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 10.1, 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.

12. Mécanisme de résolution des problématiques dans les GMF

12.1. Comité technique

Le comité technique est composé de trois membres désignés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et de trois membres désignés par le ministre, incluant au moins un représentant du MSSS et un représentant de Santé Québec. Toute question en lien avec le Programme, concernant notamment les obligations et les responsabilités des GMF et des établissements, peut être soumise au comité technique pour analyse, à l'adresse premiereligne@msss.gouv.qc.ca.

12.2. 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.

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

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

12.2.2. 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 concernées 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 DTMF et du DM ou de son représentant, afin qu'elle apporte son aide pour dénouer la situation.

12.2.3. 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 12.1, en lui transmettant toutes les informations nécessaires à l'analyse de la demande.

Pour ce faire, les parties doivent remplir le Formulaire de demande de résolution de problématiques en GMF, disponible sur le site Internet du MSSS, et le soumettre directement au ministre à l'adresse premiereligne@msss.gouv.qc.ca.

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.

12.2.4. 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 du comité technique peut s'adresser au comité de conciliation, comme prévu à l'article 12.00 (2) de l'*Accord-cadre 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, 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 premiereligne@msss.gouv.qc.ca.

12.2.5. 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 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.

13. Coordonnées et liens utiles

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

Toutes les demandes ou questions relatives à 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 transmises par courriel aux deux adresses suivantes : comite.paritaire.fmoq@msss.gouv.qc.ca et comiteparitaire-gmf@fmoq.org.

14. 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 2025.

15. Durée

Le présent Programme est valide jusqu'au 31 mars 2028. 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 ou d'une IPSPL (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 ou à une IPSPL 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 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 ou à une IPSPL 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;
 - 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).
- 2^e visite :
 - 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).
 - Suppléments :
 - Code 15144 – supplément de responsabilité pour suivi de grossesse;
 - Code 15145 – supplément de responsabilité pour suivi de grossesse;
 - Code 15159 – supplément à l'examen de prise en charge d'une grossesse lorsque fait au cours du premier trimestre de grossesse;
 - Code 15189 – supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille;
 - Code 19074 – supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille.

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 comme 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 ou à une IPSPL 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 15908 – visite d'évaluation d'un patient complexe en vue de donner une opinion;
- 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 et les IPSPL 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 en CHSLD;
- 2° patients avec besoins complexes et suivis à domicile;
- 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 ou d'une IPSPL (RAMQ);
- Banque de données communes des urgences (MSSS);
- Base de données du Registre des consultations (RAMQ).

Le taux d'assiduité³³ 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 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.

³³ Voir le document [Comment améliorer son taux d'assiduité](#) disponible sur le site Internet du MSSS.

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-AR), 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;

Ne sont pas comptabilisées dans le calcul du taux d'assiduité, 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;

N'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité, 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.

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-AR. Cette situation ne s'applique que si le GMF répond aux deux conditions suivantes :

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

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.

ANNEXE II : FICHES D'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS EN GMF³⁴

Afin de guider les GMF 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 GMF³⁵.

- 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

³⁴ 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*.

³⁵ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001529/>

ANNEXE III :
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 Témiscamingue
	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 (Nord-du-Québec)
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

Territoire de RLS entre 25 000 et 49 999 habitants	
Région	Réseau local 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
16	RLS du Haut-Saint-Laurent

ANNEXE IV : 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 :**

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

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

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

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 à la section 6.4.3 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 V :
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS AUTRES QUE TERRITORIAUX
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

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

**ANNEXE VI :
ADRESSES COURRIEL DES RESPONSABLES GMF EN ÉTABLISSEMENT**

Établissements Santé Québec		Adresses courriel
01	Bas-Saint-Laurent	premiere.ligne.drmg.dsp.ciussbsl@ssss.gouv.qc.ca
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	02.programme.gmf.ciuss.slsj@ssss.gouv.qc.ca
03	Capitale-Nationale	gmf.programme.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca
04	Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	04ProgrammeGMF@ssss.gouv.qc.ca
05	Estrie – CHUS	programme-gmf.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca
06.1	Ouest-de-l'Île-de-Montréal	gmf.comtl@ssss.gouv.qc.ca
06.2	Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	GMF.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca
06.3	Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	inforls.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
06.4	Nord-de-l'Île-de-Montréal	GMF.CNMTL@ssss.gouv.qc.ca
06.5	Est-de-l'Île-de-Montréal	programme.gmf.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
07	Outaouais	07.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
08	Abitibi-Témiscamingue	08.ciussat.GMF@ssss.gouv.qc.ca
09	Côte-Nord	09ciuss.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
10	Baie-James	10_gmf@ssss.gouv.qc.ca
11.1	Gaspésie	ciussgaspesie.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
11.2	Îles-de-la-Madeleine	prog.gmf.ciussdesiles@ssss.gouv.qc.ca
12	Chaudière-Appalaches	programme_gmf.ciussca@ssss.gouv.qc.ca
13	Laval	soutien.gmf.ciusslav@ssss.gouv.qc.ca
14	Lanaudière	GMF.CISSLAN@ssss.gouv.qc.ca
15	Laurentides	15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca
16.1	Montérégie-Centre	gmf.ciussmc16@ssss.gouv.qc.ca
16.2	Montérégie-Est	supportgmf.ciussme16@ssss.gouv.qc.ca
16.3	Montérégie-Ouest	programme.gmf.ciussmo16@ssss.gouv.qc.ca

**ANNEXE VII :
MONTANT DU FINANCEMENT
LIÉ AU SALAIRE DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES**

Postes professionnels	Montants* forfaitaires annuels et maximaux calculés sur la base d'un équivalent temps complet	Tarif horaire maximal
Infirmière auxiliaire	57 014 \$	33,66 \$
Infirmière technicienne	66 010 \$	43,11 \$
Infirmière clinicienne	84 172 \$	49,98 \$
Travailleur social	86 972 \$	49,98 \$
Autres professionnels		
Psychologue	86 188 \$	55,08 \$
Physiothérapeute	86 188 \$	53,32 \$
Nutritionniste	86 188 \$	50,98 \$
Kinésiologue	86 188 \$	45,30 \$
Ergothérapeute	86 188 \$	52,49 \$
Inhalothérapeute	86 188 \$	41,04 \$

* Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

