



(1)

[Accueil \(1\)](#) > [Affaires syndicales \(/affaires-syndicales/\)](#) > [Entente - Accès première ligne \(/affaires-syndicales/entente-acces-premiere-ligne/\)](#) > [Foire aux questions](#)

Foire aux questions

15 août 2022

Mises à jour

La FAQ est mise à jour régulièrement pour répondre aux demandes de précision de nos membres en plus de celles qui se font dès qu'il y a des orientations fixées en comité de suivi.

* Les modifications depuis l'édition précédente sont surlignées en bleu.

** Les dates de mise à jour sont indiquées sous les questions.

1. Inscription de groupe
2. Accès populationnel aux patients orphelins (GAP)
3. Accès en temps opportun
4. Autres



1. Inscription de groupe

Questions sur le fonctionnement de la mesure

► 1.1 Quelle est la procédure à suivre pour obtenir un lot de patients à inscrire en groupe ?

Après avoir formé votre groupe de médecins, vous prendrez entente avec votre DRMG sur le nombre de patients que vous inscrirez en groupe. Un document de référence type a été proposé aux DRMG pour formaliser ces ententes par écrit. Suivant cette démarche, votre médecin responsable avise le GACO de votre région afin de confirmer le nombre de patients à transférer. Le GACO créera la liste de patients selon ses procédures habituelles et la transmettra à la RAMQ qui déclenchera le processus d'inscription de groupe et de communication aux patients concernés. Cette liste sera également transmise au médecin responsable du groupe. Pour de plus amples informations, consultez votre DRMG ou votre GACO.

► 1.2 À partir de quelle date les demandes pour l'inscription de groupe peuvent-elles être transmises ?

Les demandes peuvent être faites dès maintenant. Après avoir formé votre groupe de médecins, adressez-vous à votre DRMG en précisant le nombre de patients que votre groupe souhaite inscrire. Un document d'entente écrit sera convenu avec l'établissement et votre groupe afin d'établir les règles de fonctionnement minimales. Les patients seront par la suite informés par la RAMQ de leur nouvelle situation selon le processus mis en place.

► 1.3 Quelle sera la communication qui sera faite auprès des patients inscrits en groupe ?

La communication destinée aux patients inscrits en groupe sera une lettre de la RAMQ précisant les informations sur le groupe et les informations de leur GAP pour la prise de rendez-vous lors d'un besoin de santé.

► 1.4 Les patients inscrits par un groupe seront-ils retirés du GAMF ?

Les patients inscrits par un groupe sont retirés de la comptabilisation au GAMF, mais conservent leur ordre de priorité d'attribution aux fins de leur inscription individuelle auprès d'un médecin.

► 1.5 Les médecins ayant par exemple une pratique plus spécifique auprès d'une clientèle type (ex : pédiatrie), pourront-ils prioriser une clientèle ayant le même profil pour ses inscrits de groupe ?

Oui. Rappelons que les parties ont privilégié que la priorité soit donnée aux patients vulnérables identifiés A, B et C au GAMF. Ainsi, les GACO devront s'assurer de refléter cette priorité lors de l'attribution à un cabinet d'un lot de patients en provenance du GAMF. Les GACO se sont donnés des règles d'application en fonction de leur réalité régionale et du profil des groupes de médecins de leur territoire. Les discussions sur les lots de patients à inscrire en groupe doivent se tenir aux niveaux régional et local selon une approche professionnelle. Le comité de suivi réévaluera cette modalité au besoin.

► 1.6 Quels patients devraient être priorisés pour la mesure d'inscription en groupe ?

Les parties ont privilégié que la priorité soit donnée aux patients vulnérables identifiés A, B et C au GAMF. Ainsi, les GACO devront s'assurer de refléter cette priorité lors de l'attribution à un cabinet d'un lot de patients en provenance du GAMF. Sur un autre plan, les patients qui sont en attente au GAMF depuis longtemps devraient également être priorisés dans les attributions aux groupes de médecins.

Les établissements et les GACO ont la responsabilité de se doter de règles d'application, lesquelles sont guidées par les principes de l'entente et la réalité de leur milieu selon une approche professionnelle.

► 1.7 L'inscription collective progressive des 500 000 patients nécessitera combien de visites selon les prévisions et les modélisations effectuées ?

Pour le moment, il a été prévu et convenu d'offrir une plage par patient par année. L'offre médicale requise est d'une (1) plage de rendez-vous par année par patient inscrit collectivement au cabinet, soit l'équivalent de 0,25 plage par trimestre. Ces plages de rendez-vous sont distribuées par trimestre et doivent être communiquées au GAP par l'orchestrateur. Les médecins rencontrent leurs obligations que les plages soient utilisées ou non par le GAP.

En prenant en compte en plus que l'inscription collective sera progressive, il n'est donc pas contradictoire de parler de 500 000 inscriptions et de 500 000 visites. Il ne faut pas oublier que ces patients seront préalablement triés et filtrés par le GAP, ce qui amènera davantage de pertinence à la consultation médicale lorsque celle-ci sera requise. Si un rendez-vous de suivi est nécessaire, le médecin peut toujours utiliser une des plages prévues au GAP. Il n'a pas besoin de communiquer avec le GAP.

L'expérience du Bas Saint-Laurent démontre qu'annuellement, 100 patients au GAMF génèrent 60 appels au GAP et que 30 d'entre eux ont besoin d'une consultation médicale alors que les 30 autres sont référés à d'autres professionnels de la santé. Certains patients nécessiteront plus d'une visite oui, mais d'autres n'en nécessiteront aucune. Offrir une plage de rendez-vous par patient par année correspond à une offre de service trois fois supérieure à ce qui a été constaté dans le Bas Saint-Laurent. Cela devrait être suffisant selon nos estimations.

Il faut mentionner également qu'il s'agit d'une nouvelle façon de faire innovante et qu'un comité de suivi, qui se réunira à tous les mois, assurera l'évolution de cette mesure

► 1.8 Il est possible que des patients inscrits en groupe proviennent d'une région A qui est limitrophe à leur milieu d'inscription qui est dans la région B. Le patient communiquera-t-il avec le GAP de sa région de résidence ou celui de la région de son milieu d'inscription ?

Les parties ont voulu favoriser que les DRMG et les groupes de médecins de territoires limitrophes collaborent afin d'améliorer l'accès des patients orphelins de leur secteur. Cependant, dans la communication des GAP aux patients inscrits en groupe, ce sont les coordonnées du GAP du territoire de résidence du patient qui apparaîtra. Les GAP et les GACO de ces territoires limitrophes auront toutefois accès à l'offre médicale et aux informations nécessaires permettant de répondre aux besoins des patients de leur secteur commun.

► 1.9 Est-ce qu'un patient inscrit en groupe peut être pris en charge individuellement par un médecin ?

Le fait d'être inscrit à un groupe n'empêche pas l'inscription individuelle auprès d'un médecin de famille. Dans l'éventualité où vous souhaitez inscrire à votre nom un patient ayant été inscrit en groupe, il devra vous donner son consentement comme à l'habitude en signant le formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille. L'inscription de ce patient, aux fins d'application des modalités des ententes, sera considérée comme une inscription d'un patient en provenance du GAMF et la visite de prise en charge sera possible. Il n'y a pas de démarche additionnelle autre que de compléter le formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille que vous connaissez.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.10 Est-ce possible de faire plus d'un groupe de médecins dans une même clinique ?

Au départ, l'intention était de permettre une telle possibilité. Or, après analyse, il s'avère que d'un point de vue technique, cela entraîne de nombreuses difficultés. Les parties ont ainsi décidé de favoriser un seul groupe par clinique. Toutefois, l'analyse de toute situation particulière peut être effectuée par le comité de suivi. Cependant, pour un GMF ayant plusieurs sites par exemple, un groupe de médecins pourrait s'organiser dans chacun des sites de ce GMF.

► 1.11 Est-ce que plusieurs cabinets non GMF peuvent s'unir pour former un seul et même groupe ?

Non. Un seul groupe peut être formé par site, et ce groupe doit être constitué uniquement de médecins qui travaillent dans ce lieu.

► 1.12 Est-ce que plusieurs cliniques qui font partie d'un même GMF peuvent former un seul et même groupe ?

Non. Un seul groupe peut être formé par site. Si un GMF comprend plusieurs sites, chacun des sites doit constituer un groupe distinct.

► 1.13 Les médecins travaillant davantage en 2^e ligne en établissement pourront-ils contribuer en participant à la prise en charge de groupe ?

Oui. En se joignant à des groupes pour faire des consultations, les médecins de 2^e ligne pourraient contribuer à cette mesure et bénéficier des modalités prévues.

► 1.14 Y a-t-il un minimum et un maximum de patients qu'un groupe doit ou peut collectivement inscrire pour pouvoir participer à la mesure ?

Non. Un groupe peut inscrire 100 patients comme 2 000 à titre d'exemple. Rappelons que la participation à cette mesure est volontaire, et la contribution de chaque groupe dépend de sa capacité.

► 1.15 Quelle est la différence entre une inscription à un groupe et l'inscription à un médecin de famille telle qu'on la connaît depuis les années 2000 ?

L'inscription de groupe vise à permettre à un patient trié par le GAP d'avoir accès à son groupe de médecins pour un épisode de soins alors que le patient inscrit individuellement est associé à son médecin qui assure son suivi longitudinal.

► 1.16 Que se passe-t-il lorsque j'ai signifié à la RAMQ mon intention de partir à la retraite (ou de réorienter ma pratique) à l'aide du formulaire 4205 (Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille) ou lorsque je compte le faire prochainement ?

Lorsque vous complétez le [formulaire 4205 \(https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4205.pdf\)](https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4205.pdf) et l'envoyez à la RAMQ, vous devez spécifier la période pour laquelle vous permettez à toute votre clientèle inscrite de s'enregistrer au GAMF. Si vos patients se sont enregistrés au GAMF, ils seront considérés disponibles pour les inscriptions de groupe. Soyez donc vigilant dans le choix de la période d'admissibilité de votre clientèle.

Si vous avez déjà acheminé votre intention via le **formulaire 4205** (<https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4205.pdf>) et que vous souhaitez modifier la date d'admissibilité de votre clientèle toujours inscrite à votre nom, vous devez retourner un **formulaire 4205** (<https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4205.pdf>) à la RAMQ en y apportant les correctifs appropriés. Vos patients qui se sont enregistrés au GAMF seront retirés de la liste d'attente et, par conséquent, ils ne pourront plus être attribués à un groupe de médecins.

Dans le cas où une portion de vos patients aurait été attribuée à un groupe de médecins dans le cadre de l'inscription collective et que vous souhaitez que la situation soit corrigée, veuillez en informer la FMOQ de sorte que votre situation puisse être examinée. Des précisions sur les modalités applicables dans pareille situation seront diffusées dans les meilleurs délais.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.17 Lorsqu'un médecin cesse le suivi longitudinal de, ses patients, ceux-ci peuvent-ils être inscrits au groupe ?

Oui. Lors du départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de pratique, de son déménagement ou de son décès, les patients qui n'auront pu être inscrits individuellement aux autres médecins du cabinet pourront être inscrits en groupe, en tout ou en partie, à ce même milieu afin d'assurer la continuité des services. Ceci donnera droit aux forfaits prévus à la présente entente, au même titre que les patients en provenance du GAMF. La RAMQ est en cours de développement de ce processus afin de permettre au médecin qui quitte de transmettre les informations nécessaires sur les patients qui demeureront inscrits au groupe.

► 1.18 Est-ce possible pour un groupe de médecins de récupérer, en tout ou en partie, la clientèle d'un médecin retraité ?

Oui. Le médecin responsable de la clinique peut s'adresser au GACO qui formulera une demande à la Régie à l'adresse courriel suivante : Service.GAMF@ramq.gouv.qc.ca. La liste des patients qui étaient inscrits auprès de ce médecin de famille, et non déjà pris en charge par un médecin ou un groupe, lui sera acheminée. La liste identifiera les patients inscrits au GAMF ou non, de cette façon le GACO pourra communiquer avec les patients non-inscrits afin d'obtenir leur consentement à être inscrit au GAMF. Avec le consentement du patient, le GACO peut lui-même inscrire le patient au GAMF. Enfin, le GACO pourra transmettre la liste des patients faisant l'objet d'une prise en charge en groupe selon la procédure habituelle.

► 1.19 Lors d'un départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de pratique, d'un déménagement ou décès, quel est le processus qui sera mis en place par la RAMQ permettant de comptabiliser ces patients à titre d'inscrits collectifs pour le groupe qui souhaite en assurer le suivi ?

Le médecin qui quitte pour une de ces raisons et qui transfère ses patients à sa clinique devra éventuellement compléter un nouveau formulaire afin d'informer la RAMQ de cette inscription collective. Ce formulaire sera disponible en même temps que la publication de l'infolettre de la Régie. La RAMQ cumulera ces nouveaux patients au site de la clinique au même titre que s'ils provenaient de la liste de patients transmise par le GACO.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.20 Est-ce que le GAP peut utiliser le personnel de la clinique ?

Oui, mais une entente doit être convenue au préalable avec les médecins du groupe. Toutefois, aucune volumétrie en termes de plages de rendez-vous n'est prescrite à l'égard des autres professionnels dans le cadre de l'entente. Ces discussions quant aux besoins et à la capacité doivent se tenir localement selon la réalité de chaque milieu.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.21 De quelle façon le groupe de médecins va-t-il être informé que les patients inscrits collectivement ont fait l'objet d'une inscription individuelle par d'autres médecins ? Rappelons que le groupe doit maintenir son offre collective au 2^e trimestre pour toucher le 1^{er} trimestre ?

La RAMQ travaille à identifier une façon de rendre cette information disponible. En attendant, comme le GACO est impliqué dans les transferts, celui-ci peut effectuer une vigie et tenir informer le médecin responsable du groupe des mouvements dans la liste des inscriptions de groupe.

► 1.22 Un groupe de médecins a inscrit un nombre de patients en groupe. Que se passe-t-il avec cet engagement si des médecins quittent en cours de route ?

Les parties sont conscientes que des circonstances exceptionnelles peuvent se produire. Les groupes sont invités à faire une juste évaluation de leur capacité et une gestion prévisionnelle de leur main-d'œuvre médicale afin de limiter le risque de devoir se désengager d'une partie des patients inscrits en groupe. À cet effet, les groupes de médecins auront la possibilité de demander en tout temps d'inscrire des patients supplémentaires en groupe. Ultimement, en cas de situation fortuite, il est possible, bien que non souhaitable, de retourner des patients au GAMF.

► **1.23 Durant les 2 ans d'engagement, si je perds des médecins dans le groupe (décès, maladie, retraite), est-ce que mon groupe aura la possibilité de diminuer son engagement d'inscription de groupe et retourner un certain nombre de patients sur le GAMF ?**

Oui.

► **1.24 Un patient inscrit en groupe devant retourner au GAMF reprend-il la date d'enregistrement (ancienneté) qu'il avait antérieurement au GAMF ?**

Oui.

► **1.25 Qu'arrivera-t-il après les deux années de l'entente ? Le patient demeure inscrit à la clinique ? Le forfait demeure ?**

L'entente sur l'inscription de groupe est en effet d'une durée de deux ans. Cependant, cette entente est un tremplin idéal vers un nouveau mode de rémunération à capitation dont les discussions devraient reprendre incessamment. Des éléments seront donc à revoir et à renégocier dans le contexte d'une future entente.

► **1.26 Que fait-on avec un groupe de médecins qui n'a pas adhéré à l'inscription de groupe au départ, mais qui décide en cours de trimestre ou en cours d'année de contribuer à l'inscription de groupe ou qui souhaiterait rehausser leur offre initiale ?**

Pour l'instant, le rehaussement ou l'adhésion n'est pas possible en cours de trimestre. Il est recommandé d'adhérer à la mesure au plus tard au dernier jour qui précède le début d'un trimestre d'application. Ce qui fera en sorte que durant le trimestre l'ensemble des patients alors inscrits au groupe seront pris en considération aux fins de l'application de la mesure.

Toutefois, un groupe qui souhaiterait adhérer ou rehausser leur offre initiale, et ce, pour un nombre substantiel de patients, est invité à se présenter sa demande au comité de suivi.

► **1.27 Quelle est l'obligation médico-légale des médecins par rapport à des inscriptions en groupe ?**

Voici l'opinion légale émise par le service juridique de la FMOQ qui n'engage uniquement que la Fédération

« *L'inscription de groupe que met de l'avant l'Entente sur l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité a suscité des questions d'ordre déontologique chez certains médecins. D'entrée de jeu, précisons que l'inscription de groupe est d'un autre ordre que l'inscription individuelle. Elle ne concerne pas seulement qu'un médecin de famille et un patient. Ce nouveau type d'inscription vise en fait une équipe de médecins de famille et de professionnels. Une équipe qui s'engage à offrir à un groupe de patients en provenance du GAMF, des réponses ponctuelles à des épisodes individuels de soins.*

La formule propre à l'inscription collective suppose que les patients associés à un groupe passent d'abord par le filtre du guichet d'accès à la première ligne, le GAP. C'est le GAP qui dirige le patient vers le bon professionnel du groupe, et ce, en fonction de la nature du service dont il a besoin. Selon le cas, le patient est dirigé vers une infirmière, un travailleur social, un médecin, etc.

Dans ce scénario, chaque professionnel est responsable de ses actes envers le patient qui a été dirigé auprès de lui. Rappelons à ce sujet que les professionnels de la santé qui posent des actes qui font partie du champ des activités que la loi leur réserve, agissent de façon autonome. Ils bénéficient donc d'une autonomie professionnelle. Ils sont responsables de leurs actes et, conséquemment, des erreurs qu'ils peuvent commettre.

L'inscription de groupe ne suppose donc pas que le médecin soit responsable des actes que posent les autres professionnels vers lesquels des patients ont été dirigés par le GAP. Le médecin n'a pas à superviser ce travail. Une fois le triage du GAP effectué, si le patient doit être dirigé vers un médecin, le responsable du GAP l'informerait qu'il consultera pour un problème ponctuel. Si, ensuite, ce même patient doit consulter pour un nouvel épisode de soins, il repassera par le GAP.

Sous l'angle déontologique, la responsabilité du médecin est toujours la même, et ce, qu'il s'agisse d'un patient inscrit collectivement, référé par le GAP ou d'un patient orphelin vu au sans rendez-vous. Selon le code de déontologie, la responsabilité du médecin est toujours d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient à la suite de son intervention. Pas plus, pas moins.

En définitive, les médecins qui adhèrent à l'inscription de groupe n'augmentent pas la charge qui est déjà la leur au niveau de leurs responsabilités professionnelles, incluant leurs responsabilités déontologiques. »

Questions sur l'offre de plages de rendez-vous médicaux

► 1.28 Un groupe offre des plages de rendez-vous au GAP, mais des plages demeurent non utilisées. Que faire dans ces circonstances ?

L'objectif de tous est de ne laisser aucune plage de rendez-vous inutilisée. Ainsi, une plage de rendez-vous destinée aux patients inscrits en groupe qui ne serait pas utilisée devrait être utilisée autrement au bénéfice de la population. Le GAP pourrait combler cette plage avec un patient orphelin du GAMF ou par une réorientation de l'urgence par exemple.

De plus, votre DMÉ, ou le Hub, permet de rendre publique une plage de rendez-vous selon certains paramètres. Il est donc souhaité que votre outil de prise de rendez-vous soit paramétré afin qu'une plage de rendez-vous toujours disponible puisse être rendue publique 4 heures ouvrables avant sous la forme d'une offre à tous.

► 1.29 L'entente prévoit une (1) visite médicale par année par patient inscrit en groupe. Qu'arrive-t-il si le patient consulte plus d'une fois ?

Les patients solliciteront le GAP en fonction de leurs besoins de santé afin d'être dirigés à un médecin lorsque requis. Certains patients auront besoin de plusieurs rendez-vous auprès d'un médecin, pour d'autres ce sera très occasionnel et d'autres ne consulteront pas à chaque année. Sur la base des données tirées de l'expérience menée avec le GAP du Bas St-Laurent, les parties font le pari que l'offre convenue à l'entente sera suffisante pour répondre aux besoins. Nous sommes conscients qu'il y a une part d'inconnu, c'est pourquoi un comité de suivi a été prévu afin de suivre la mise en œuvre des mesures de l'entente.

Sur le plan du versement du forfait associé au patient, le versement n'est pas lié au nombre de visites consommées par le patient, mais à l'atteinte du seuil attendu en matière d'offre médicale par le groupe.

► 1.30 Est-ce que les visites des patients inscrits en groupe pourront être comptabilisés pour la mesure 8.4 du programme GMF ?

Oui.

► 1.31 Combien de temps à l'avance les plages de rendez-vous destinées aux patients inscrits en groupe doivent-elles être communiquées au GAP ?

Le GAP de votre territoire a besoin d'une certaine prévisibilité de vos plages de rendez-vous afin de voir venir et de gérer les différents niveaux de priorité. Nous suggérons l'ouverture de « l'agenda » deux semaines à l'avance (14 jours), incluant une proportion de plages pour répondre à des besoins urgents. Nous vous invitons à avoir cette discussion localement avec vos collègues et votre GAP de sorte de vous ajuster en vous basant sur les besoins de votre clientèle.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.32 Les patients vus par les IPS comptent-ils comme patients vus et inscrits en groupe ? Qu'advient-il du versement du forfait dans ce contexte ?

Non, seules les visites médicales comptent pour la cible de 500 000 visites. Le forfait est alloué et réservé aux médecins participants.

► 1.33 Est-ce que les visites réalisées par les autres professionnels du GMF pour les patients inscrits en groupe seront comptabilisés à quelque part dans cette mesure ?

Non, seules les visites médicales comptent pour la cible de 500 000 visites. Le forfait est alloué et réservé aux médecins participants.

► 1.34 Est-ce que la visite réalisée par un résident pour un patient vu dans une plage médicale de GAP sera comptabilisée dans l'offre d'une visite par patient inscrit collectivement ?

Oui.

► 1.35 La demande de services des patients étant variable en cours d'année, comment doit-on ajuster le tout dans le contexte où le nombre de plages est réparti par trimestre ?

L'offre de plages de rendez-vous médicaux minimale est répartie par trimestre afin d'assurer un accès durant toute l'année. Le comité de suivi réévaluera cette modalité au besoin. Entretemps, il vous est possible d'ajouter à cette offre en saison grippale par exemple.

► 1.36 L'orchestrateur produira quel type de rapport afin d'attester que l'offre minimale de plages de rendez-vous médicaux a bel et bien été atteinte ?

Un rapport trimestriel sera acheminé au médecin responsable de votre groupe suivant la fin du trimestre. Ce rapport capte les plages de rendez-vous médicaux offertes par les médecins de votre groupe (incluant les résidents le cas échéant) et qui ont été communiquées au GAP par l'orchestrateur. Ces plages de rendez-vous porteront un identifiant pour être reconnu dans ce rapport. Les informations plus détaillées seront fournies lorsqu'elles seront disponibles.

Rappelons que l'offre médicale est mesurée aux fins de la rémunération de cette mesure, que cette offre ait été utilisée ou non par le GAP. Le rapport que votre groupe recevra présentera le nom des médecins du groupe et des médecins résidents ayant contribué ainsi que le nombre de plages de chacun afin d'aider le médecin responsable dans sa tâche. Le médecin responsable devra distribuer l'offre des médecins résidents auprès des médecins du groupe selon la méthode déterminée au sein du groupe.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.37 Qu'arrive-t-il si un groupe de médecins devant offrir 250 plages en a finalement offert 249 au terme du trimestre

L'entente est claire sur le livrable requis par trimestre pour répondre à la demande des patients inscrits en groupe. L'offre médicale minimale de 0,25 plage de rendez-vous par patient inscrit en groupe doit être constatée par le rapport que produira l'orchestrateur suivant la fin du trimestre. Le comité de suivi réévaluera cette modalité au besoin. Nous vous invitons à la prudence en vous donnant une marge de manœuvre et ne pas vous en tenir au strict minimum. On vous rappelle que c'est l'offre de plages de rendez-vous médicaux qui est mesurée dans le cadre de cette mesure.

► 1.38 Est-ce que le groupe peut valider le nombre de plages offertes en cours de trimestre ? Est-ce que l'orchestrateur permettra cela ?

Le fournisseur de l'orchestrateur a été mandaté pour développer le rapport qui servira à attester du nombre de plages de rendez-vous médicaux que votre groupe a réservé à l'usage du GAP pour vos patients inscrits en groupe. Il s'agit d'un rapport trimestriel qui sera acheminé au médecin responsable de votre groupe suivant la fin du trimestre. Éventuellement, l'orchestrateur offrira un tableau de bord qui permettra de suivre différents indicateurs, mais ce développement n'est pas prévu à court ou moyen terme.

On vous rappelle que l'orchestrateur utilise les données de votre DMÉ pour s'alimenter. Ainsi, si vous souhaitez obtenir des informations sur demande ou périodiques (ex : par semaine), il vous est possible de demander à votre fournisseur de DMÉ de développer ce rapport s'il n'existe pas déjà.

► 1.39 Quand le premier rapport de l'orchestrateur sera-t-il envoyé au médecin responsable de notre groupe ?

Le premier rapport attestant de l'offre médicale destinée aux inscrits de groupe sera envoyé au 1^{er} décembre 2022, soit au terme du 2^e trimestre. En effet, comme une modalité de démarrage a été prévue, associant le versement des forfaits du premier trimestre à l'atteinte de la cible du deuxième trimestre, le premier rapport portera sur le deuxième trimestre. Le processus d'envoi sera toutefois mis à l'essai d'ici là, des précisions seront communiquées au moment opportun.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.40 Les plages de rendez-vous médicaux non utilisées par le GAP peuvent-elles servir à répondre aux besoins des patients orphelins GAP ?

Oui. L'objectif de tous est de ne laisser aucune plage de rendez-vous inutilisée. Ainsi, une plage de rendez-vous destinée aux patients inscrits en groupe qui ne serait pas utilisée devrait être utilisée autrement au bénéfice de la population. Le GAP pourrait combler cette plage avec un patient orphelin du GAMF ou par une réorientation de l'urgence par exemple. Ces visites aux orphelins seront également comptabilisées dans la mesure 2, soit l'accès aux patients orphelins en GMF et GMF-AR.

De plus, votre DMÉ, ou le Hub, permet de rendre publique une plage de rendez-vous selon certains paramètres. Il est donc souhaité que votre outil de prise de rendez-vous soit paramétré afin qu'une plage de rendez-vous toujours disponible puisse être rendue publique 4 heures ouvrables avant sous la forme d'une offre à tous. L'objectif est de ne laisser aucune plage de rendez-vous inutilisée.

► 1.41 Le groupe de médecins doit s'assurer d'offrir un nombre de plages de rendez-vous médicaux minimal en fonction du nombre de patients inscrits en groupe. Quelle est la différence entre une plage de rendez-vous et une visite ?

La mesure prévoit qu'un groupe de médecins qui, par exemple, inscrirait 1 000 patients en groupe, devra offrir, à chaque trimestre, un minimum de 250 plages de rendez-vous (0,25 plage par trimestre = 1 plage par année). Le comité de suivi réévaluera cette modalité au besoin. Ces plages de rendez-vous sont distribuées par trimestre et doivent être communiquées au GAP par l'orchestrateur. Il est mentionné que les médecins rencontrent leurs obligations que les plages soient utilisées ou non par le GAP. Ainsi, les plages de rendez-vous constituent une offre médicale destinée à l'usage de votre GAP pour vos patients inscrits en groupe. Il est possible que ces patients n'aient pas besoin de consommer toutes ces plages au cours d'un trimestre. Ainsi, ce qui sera mesuré aux fins de rémunération est l'offre de plages médicales communiquées au GAP par l'orchestrateur. Rappelons-nous toutefois que l'objectif de tous est de ne laisser aucune plage de rendez-vous inutilisée !

Quant à elle, la visite médicale est un service médical réellement réalisé auprès d'un patient. Celle-ci est généralement captée par la RAMQ via les mécanismes de rémunération des services médicaux.

Questions sur la rémunération

► 1.42 Est-ce que la mesure de rémunération sera rétroactive au 1er juin ?

Oui. De façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le versement des forfaits au groupe de médecins pour le premier trimestre sera lié à l'atteinte de l'offre médicale qui sera mesurée pour le deuxième trimestre. Ainsi, les forfaits du premier trimestre et du deuxième trimestre seront versés simultanément. Le groupe de médecins ne doit toutefois pas avoir réduit le nombre de patients inscrits en groupe au deuxième trimestre.

► 1.43 Le médecin responsable ayant la responsabilité de distribuer les forfaits entre les médecins selon leur contribution reçoit-il une rémunération pour ça ?

Non.

► 1.44 Le versement d'un montant forfaitaire de 30 \$ par trimestre (120 \$/an) est prévu pour chaque patient inscrit en groupe conditionnellement à la réalisation de l'offre médicale attendue. Ce montant sera-t-il versé au médecin qui voit le patient ou à la clinique ? Est-il versé en plus des montants de prise en charge habituels et des forfaits annuels ?

Le forfait de 30 \$ par trimestre est versé aux médecins individuellement et c'est le médecin responsable du groupe qui est chargé d'aviser la RAMQ de la répartition des forfaits entre les médecins, selon la participation et la contribution à la mesure.

Si un médecin décide d'inscrire un patient sur une base individuelle, les règles usuelles de rémunération s'appliquent. Il bénéficiera alors de la visite de prise en charge et du supplément pour patient orphelin comme si le patient provenait du GAMF.

Ces montants forfaitaires ne peuvent pas être versés au cabinet.

► 1.45 Si un GMF s'est engagé pour prendre, par exemple, 3 600 patients en groupe, mais que le GAMF de leur RLS n'en contient que 2 400, qu'advient-il ?

Les médecins du groupe seront éligibles à recevoir 2 400 forfaits de 30 \$ par trimestre (120 \$/an), à moins de prendre 1 200 patients d'un RLS voisin pour atteindre le total souhaité. Le groupe devra alors manifester sa volonté d'inscrire des patients d'un RLS voisin à son DRMG afin d'établir les liens requis.

► 1.46 Peut-on facturer la visite de suivi en indiquant qu'il s'agit d'un patient vulnérable, le cas échéant, lorsqu'il est question d'un patient inscrit en groupe ?

Oui.

► 1.47 Je vois des patients inscrits en groupe. J'ai décidé d'en inscrire individuellement. Puis-je facturer le forfait d'inscription du patient comme étant référé du GAMF ?

Oui.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 1.48 Si la plage est remplie par un patient du GAP non inscrit par le groupe, peut-on tout de même facturer la visite de suivi et indiquer qu'il s'agit d'un patient vulnérable ?

Non.

► **1.49 Comment identifier si un patient référé par le GAP fait partie des patients inscrits par le groupe ?**

Le groupe de médecins recevra la liste des patients inscrits collectivement.

► **1.50 Si un groupe a adhéré durant le premier trimestre d'application et que survient certains enjeux hors de contrôle des médecins dont par exemple, la mise en œuvre de l'envoi de liste de patients et que le groupe n'a pu atteindre l'offre, est-ce que les forfaits suivront ?**

Oui, de façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le versement des forfaits au groupe de médecins pour le premier trimestre sera lié à l'atteinte de l'offre médicale qui sera mesurée pour le deuxième trimestre. Ainsi, les forfaits du premier trimestre et du deuxième trimestre seront versés simultanément. Le groupe de médecins ne doit toutefois pas avoir réduit le nombre de patients inscrits en groupe au deuxième trimestre.

► **1.51 Dans le cadre du programme GMF et de la reconnaissance des niveaux, est-ce qu'un changement de niveau est possible avant les renouvellements statutaires du programme au 1er avril avec les nouveaux inscrits de groupe ?**

Les inscrits de groupe seront effectivement reconnus aux fins des calculs annuels permettant de déterminer le niveau d'un GMF. Les inscrits de groupe ne seront toutefois pas pondérés initialement, mais ce sera le cas lors du renouvellement si le patient a été vu.

Les discussions sont en cours pour introduire un programme transitoire afin de permettre la reconnaissance avant le 1er avril 2023. Le MSSS déposera ce dossier à ses instances au cours de l'automne prochain.

► **1.52 Qu'arrive-t-il si un médecin du groupe décide d'inscrire sur une base individuelle un des patients inscrits par le groupe ?**

Le groupe maintient son obligation d'offrir les plages convenues pour le trimestre. Au plus tard, le jour précédant le début du trimestre subséquent, le groupe doit aviser le DRMG de son désir de maintenir l'offre initiale sans quoi celle-ci se verra réduite du nombre de patients inscrits individuellement.

► **1.53 Dans quel compte le versement des forfaits aura lieu ?**

Les médecins pourront choisir le compte dans lequel les forfaits seront versés. En effet, lors de la facturation, le médecin peut indiquer dans quel compte les sommes devront être versées, soit le compte personnel ou le compte administratif.

► **1.54 En inscrivant de façon individuelle des patients lors du 1er trimestre, comment le groupe pourra-t-il maintenir ses obligations au 2e trimestre, et demeurer éligible au versement des forfaits de ces deux trimestres ?**

Si des patients collectifs sont inscrits individuellement durant le 1er trimestre, le groupe devra ajouter de nouveaux patients inscrits collectivement pour le 2e trimestre afin d'atteindre minimalement le même nombre de patients inscrits collectivement qu'au 1er trimestre.

Le groupe de médecin doit faire cette demande d'ajout avant le dernier jour du 1er trimestre, soit avant le 31 août 2022.



2. Accès populationnel aux patients orphelins (GAP)

Questions sur le fonctionnement de la mesure

► **2.1 Si je suis intéressé à participer à la mesure d'accès populationnel aux patients orphelins, que dois-je faire ?**

Pour les visites de sans rendez-vous offerts en GMF-AR, vous n'avez qu'à offrir les services convenus. Ces visites seront automatiquement comptabilisées dans le cadre du programme.

► 2.2 Le GAP pourrait-il utiliser les ressources professionnelles des médecins en GMF ?

Oui. Le GAP fonctionne selon le principe du bon professionnel pour répondre au besoin. Ainsi, l'offre de vos professionnels doit également être mise à profit de sorte de maximiser la capacité de l'ensemble des ressources de première ligne au bénéfice de la population. Tant pour l'offre médicale que pour l'offre des autres professionnels, l'objectif de tous est de ne laisser aucune plage de rendez-vous inutilisée. Toutefois, aucune volumétrie en termes de plages de rendez-vous n'est prescrite à l'égard des autres professionnels dans le cadre de l'entente. Ces discussions quant aux besoins et à la capacité doivent se tenir localement selon la réalité de chaque milieu.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 2.3 Pourquoi aller de l'avant avec cette mesure jumelée à un nouveau forfait ciblé pour les consultations des patients orphelins ?

Il est primordial de maintenir un accès populationnel pour les patients orphelins du GAMF non-inscrits en groupe, ainsi que pour l'ensemble des patients orphelins. Ces orphelins doivent avoir un accès quelque part et malgré une pénurie d'effectifs, nous devons tenter de maintenir un certain équilibre dans l'offre de soins en première ligne.

► 2.4 Est-ce que les exigences du programme GMF-AR ont changé, à savoir que la mission AR est maintenant limitée aux patients orphelins ?

Non, le programme n'a pas changé. La mission AR touche les patients orphelins et les patients inscrits en dehors du GMF.

Questions sur l'offre de plages de rendez-vous médicaux

► 2.5 Combien de temps à l'avance les rendez-vous populationnels destinés au GAP doivent-ils être rendus disponibles pour les besoins des patients orphelins ?

Le GAP de votre territoire a besoin d'une certaine prévisibilité de vos plages de sans rendez-vous populationnel afin de voir venir et de gérer les différents niveaux de priorité. Nous suggérons l'ouverture de « l'agenda » deux semaines à l'avance (14 jours), incluant une proportion de plages pour répondre à des besoins urgents. Nous vous invitons à avoir cette discussion localement avec vos collègues et votre GAP de sorte de vous ajuster en vous basant sur les besoins de votre territoire.

► 2.6 Un groupe offre des plages de sans rendez-vous populationnel au GAP, que faire si des plages demeurent non utilisées ?

L'objectif de tous est de ne laisser aucune plage de rendez-vous inutilisée. Ainsi, une plage de rendez-vous destinée au GAP qui ne serait pas occupée devrait être utilisée autrement au bénéfice de la population. Le GAP pourrait combler cette plage avec un autre type de patient ou être utilisé pour une réorientation de l'urgence par exemple. De plus, votre DMÉ, ou le Hub, vous permet de rendre publique une plage de rendez-vous selon certains paramètres. Il est donc souhaité que votre outil de prise de rendez-vous soit paramétré afin qu'une plage de rendez-vous toujours disponible puisse être rendue publique 4 heures ouvrables avant sous la forme d'une offre ouverte à tous (population orpheline, inscrits d'un autre milieu, inscrits au milieu, etc.).

► 2.7 Les plages GAP peuvent-elles être offertes à des patients de passage (ex : tourisme dans une autre région) ?

L'objectif de tous est de ne laisser aucune plage de rendez-vous inutilisée. Ainsi, une plage de rendez-vous destinée au GAP qui ne serait pas occupée devrait être utilisée autrement au bénéfice de la population. Le GAP pourrait combler cette plage avec un autre type de patient ou être utilisé pour une réorientation de l'urgence par exemple. De plus, votre DMÉ, ou le Hub, vous permet de rendre publique une plage de rendez-vous selon certains paramètres. Il est donc souhaité que votre outil de prise de rendez-vous soit paramétré afin qu'une plage de rendez-vous toujours disponible puisse être rendue publique 4 heures ouvrables avant sous la forme d'une offre ouverte à tous (population orpheline, inscrits d'un autre milieu, inscrits au milieu, etc.).

► 2.8 Un patient orphelin non inscrit collectivement et vu dans une plage GAP nécessite une visite de suivi. Où puis-je le placer dans mon horaire ?

Le médecin peut placer lui-même le patient dans une autre plage GAP directement. Cette visite de suivi sera comptabilisée dans son obligation d'offre de services en lien avec l'inscription collective.

► **2.9 Si mon GMF-AR souhaite adhérer à la mesure 2, les plages en SRV GMF-AR doivent-elles être, en partie, pour les patients orphelins enregistrés au GAMF, mais non attribués à l'inscription de groupe ?**

Oui, selon le nombre de visites convenues dans le programme.

► **2.10 Est-ce que les visites réalisées par une IPS sont comptabilisées pour la mesure d'accès populationnel aux patients orphelins (GAP) ?**

Non.

► **2.11 Est-ce que les visites réalisées par des médecins résidents sont comptabilisées pour la mesure d'accès populationnel aux patients orphelins (GAP) ?**

Oui, les visites admissibles réalisées avec le concours d'un médecin résident sont comptabilisées.

Questions sur la rémunération

► **2.12 Est-ce que la mesure de rémunération sera rétroactive au 1^{er} juin ?**

Oui. C'est la RAMQ qui comptabilisera les visites qui se qualifient à cette mesure d'accès. Compte tenu des délais habituels, notamment celui lié à la facturation des services médicaux, la RAMQ sera en mesure de verser les sommes rétroactivement.

► **2.13 Quel type de rapport attestera des visites réalisées auprès des patients orphelins ?**

Il n'y a pas de rapport spécifiquement prévu pour cette mesure car c'est la RAMQ qui captera les visites réalisées auprès de la clientèle visée et qui assurera les versements prévus à l'entente selon les mécanismes habituels. Vous n'avez aucune action particulière à poser. Les visites visées sont les visites ponctuelles mineures et ponctuelles complexes, ainsi que les interventions cliniques, aux orphelins et aux patients inscrits dans un autre milieu et, de façon exceptionnelle, aux patients inscrits à ce milieu.

► **2.14 Comment seront comptabilisées les visites des patients orphelins ? Si ces visites sont réalisées en dehors des plages de SRV, seront-elles comptées dans le lot ?**

Le tout est actuellement en discussion au Comité de suivi. Notre vision est qu'un patient orphelin pour qui est facturé une visite ponctuelle mineure ou complexe devrait être comptabilisé.

► **2.15 Je vois des patients orphelins du GAP. J'ai décidé d'en inscrire individuellement. Puis-je facturer le forfait d'inscription du patient comme étant référé du GAMF ?**

Oui.

** Mise à jour le 15 août 2022

► **2.16 Dans quel compte les sommes de cette mesure seront-elles versées ?**

Les sommes seront versées dans le compte personnel du médecin puisqu'aucune facturation n'a lieu en lien avec cette mesure

- S'il est question de la mesure 2 de la Lettre d'entente no 368 : Mesure d'accès aux patients sans médecin de famille. Ce forfait sera payable selon une rémunération forfaitaire et versée au compte personnel du médecin.
- S'il est question de la mesure à la Lettre d'entente no 374 visant à accroître l'accès en sans rendez-vous populationnel dans les milieux non GMF. Ce forfait sera payable selon le mode de rémunération de l'acte. Le professionnel choisit au moment où il facture dans quel compte (personnel ou administratif) il veut que les sommes lui soient versées.



3. Accès en temps opportun

Questions sur le fonctionnement de la mesure

► 3.1 Qu'entend-on par « consultations en temps opportun » ? Quels sont les objectifs visés côté accès adapté et comment cela va-t-il fonctionner ?

On parle de visites réalisées par le médecin alors que la plage de rendez-vous a été prise par le patient moins de soixante-douze (72) heures auparavant pour une situation clinique urgente ou semi-urgente. Le tiers de ces consultations devra être réalisé en moins de 36 heures.

Les cibles associées au changement volontaire de pratique vers l'accès adapté sont évolutives afin de faciliter la gestion du changement. Pour le premier trimestre de la mesure, débutant le 1^{er} juin 2022, un minimum de 10% des visites réalisées par le médecin doit correspondre à des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h. Pour le deuxième trimestre de la mesure, un minimum de 15% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h. Pour le troisième trimestre de la mesure, un minimum de 20% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h. Pour le quatrième trimestre de la mesure et les trimestres suivants, un minimum de 30% des visites réalisées par le médecin doit consister en des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h.

Les plages offertes sont déployées par le système électronique de prise de rendez-vous du médecin et de son groupe sur l'orchestrateur (hub) de rendez-vous dont la mise en œuvre est de la responsabilité du MSSS.

Un forfait est accordé sur une base trimestrielle à tout médecin se qualifiant à la mesure par la réalisation des rendez-vous en accès opportun selon les modalités à convenir. Ce forfait est établi en fonction du nombre de patients inscrits au médecin.

De plus, on le rappelle encore, la participation à la mesure est volontaire. Cela doit être pris en compte car nous sommes bien conscients que certaines pratiques sont moins adaptées et plus difficilement conciliables avec cette mesure.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 3.2 Si je suis intéressé à participer à la mesure d'accès en temps opportun, que dois-je faire ?

Pour participer à la mesure d'accès en temps opportun pour les patients inscrits individuellement à votre nom ou celui d'un de vos collègues, vous n'avez qu'à offrir le pourcentage de visites en

0-72h, dont le tiers en 0-36h, prévu à l'entente, soit :

- 10% au premier trimestre
- 15% au deuxième trimestre
- 20% au troisième trimestre
- 30% au quatrième trimestre et les trimestres suivants

► 3.3 Que se passe-t-il si je débute la mesure d'accès en temps opportun au 2e trimestre seulement ?

Les cibles établies dans l'entente sont évolutives en fonction de la date de début de l'entente, soit le 1^{er} juin 2022 qui correspond au début du premier trimestre pour lequel la cible est établie à 10%. Si vous décidez de débiter votre accès en temps opportun au 2e trimestre, votre cible de départ sera celle prévue à l'entente pour le 2e trimestre, soit 15%.

► 3.4 Si l'orchestrateur n'est pas synchronisé au DMÉ, comment peut-on faire l'accès en temps opportun ?

La synchronisation entre l'orchestrateur et votre outil de prise de rendez-vous est en temps réel.

► 3.5 Pour les rendez-vous disponibles en 72 heures, y aura-t-il des exigences particulières par rapport à l'horaire des rendez-vous devant être offerts par chaque médecin ?

Non. Les médecins peuvent organiser leurs horaires comme ils le souhaitent. L'objectif est de respecter la proportion de consultations réalisées en accès opportun à chaque trimestre.

Questions sur l'offre de rendez-vous médicaux

► 3.6 Quelles sont les visites de patients comptabilisées aux fins du calcul de la proportion de rendez-vous réalisés en moins de 72 heures ?

Seules les visites auprès d'un patient inscrit individuellement au nom d'un médecin de famille du groupe sont comptabilisées. Le médecin qui rencontre les cibles de la mesure reçoit le forfait qui y est associé. Il est important de noter que les visites des patients inscrits en groupe, et non pas individuellement au nom d'un médecin, ne sont pas comptabilisées dans cette mesure.

Soulignons, que le rapport de l'orchestrateur mesure le délai entre la date réelle à laquelle le patient prend son rendez-vous et la date fixée pour la visite.

► 3.7 Est-ce que les visites de sans rendez-vous à la clientèle inscrite individuellement à un médecin du cabinet sont comptabilisées dans l'accès en temps opportun ?

Oui. Il est à noter que le rapport de l'orchestrateur mesure le délai entre la date réelle à laquelle le patient prend son rendez-vous et la date fixée pour la visite.

► 3.8 Est-ce que les visites réalisées pour la clientèle orpheline, inscrite ailleurs ou inscrite en groupe sont comptabilisées dans l'évaluation des visites offertes et réalisées pour la mesure d'accès rapide (moins de 72 heures) ?

Non. Ces visites ne sont pas comptabilisées ni dans les visites totales, ni dans les visites en 36-72h. L'évaluation des visites pour cette mesure est uniquement avec la clientèle inscrite individuellement à un médecin de famille du groupe.

► 3.9 Est-ce que les cabinets qui utilisent un utilisateur générique dans le DMÉ pour le SRV risquent d'être pénalisés ?

Si votre cabinet utilise un utilisateur générique pour le SRV, c'est-à-dire qu'aucun nom de médecin n'apparaît sur la plage de rendez-vous, il sera requis que l'identifiant du médecin soit substitué à l'utilisateur générique pour chaque consultation, dans l'horaire du DMÉ, afin que l'information soit transmise à l'orchestrateur. En effet, comme seul l'orchestrateur de rendez-vous captera les données sur l'accès en temps opportun, l'information devra y être spécifiée car celui-ci ne peut identifier de lui-même le médecin qui travaille au SRV de jour en jour aux fins d'application de la mesure.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 3.10 Est-ce que les visites réalisées par une IPS pour les patients inscrits à un médecin sont comptabilisées pour la mesure accès 72 heures ?

Non.

► 3.11 Est-ce que les visites réalisées par des médecins résidents sont comptabilisées pour la mesure accès 72 heures ?

Non.

** Mise à jour le 15 août 2022

Questions sur la rémunération

► 3.12 Est-ce que la mesure de rémunération sera rétroactive au 1^{er} juin ?

Oui. De façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le médecin qui rencontre la cible lors du deuxième trimestre est réputé avoir rencontré la cible du premier trimestre. Les forfaits du premier et du deuxième trimestre seront versés simultanément.

► 3.13 Pour les forfaits établis sur la base du nombre de patients inscrits en lien avec cette mesure, s'agit-il du nombre de patients inscrits ou d'un nombre pondéré ?

Il s'agit de patients inscrits non pondérés que leur statut soit actif ou non.

► 3.14 Quel type de rapport attestera de mon accès en temps opportun ?

Un rapport trimestriel vous sera personnellement acheminé tous les trois (3) mois afin d'attester de votre accès en temps opportun. Le fournisseur de l'orchestrateur a été mandaté pour développer ce rapport. Le processus d'envoi des rapports sera précisé prochainement.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 3.15 Qu'est-ce qui sera présenté dans mon rapport sur l'accès en temps opportun ?

Le rapport présentera la proportion de vos plages horaires réservées via l'orchestrateur, le système électronique de prise de rendez-vous, et réalisées dans un délai de 36 h ou de 72 h pour les patients inscrits à votre nom ou au nom d'un autre médecin de votre groupe.

► 3.16 Comment l'accès en temps opportun est-il calculé aux fins du rapport ?

Le calcul de l'accès en temps opportun mesurera le délai entre le moment de la prise du rendez-vous du patient sur l'orchestrateur et le moment du rendez-vous. Les plages horaires captées doivent être réalisées dans un délai maximal de 36 heures ou de 72 heures, selon la situation clinique, seront considérées comme des visites en temps opportun. Le calcul sera effectué exclusivement pour les patients inscrits à votre nom ou au nom d'un autre médecin de votre groupe.

► 3.17 Quand le premier rapport me sera-t-il envoyé ?

Le premier rapport attestant de votre accès en temps opportun sera envoyé au 1er décembre 2022, soit au terme du 2e trimestre. En effet, comme une modalité de démarrage a été prévue, associant le versement des forfaits du premier trimestre à l'atteinte de la cible du deuxième trimestre, le premier rapport portera sur le deuxième trimestre. Le processus d'envoi sera toutefois mis à l'essai d'ici là, des précisions seront communiquées au moment opportun.

** Mise à jour le 15 août 2022

► 3.18 Quels autres moyens permettront de suivre mes indicateurs sur l'accès en temps opportun ?

Il est prévu qu'un tableau de bord permettant de suivre différents indicateurs, dont ceux sur l'accès en temps opportun, soit éventuellement offert ; ce développement n'est malheureusement pas prévu à court ou à moyen terme. Néanmoins, si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires ou selon une fréquence différente, vous pourriez en faire la demande à votre fournisseur de dossier médical électronique (DMÉ).

► 3.19 Certains médecins ajoutent le suivi de certains patients en cours de journée lorsque la situation l'exige. Dans ces circonstances, si la visite est créée après avoir réalisé le rendez-vous, est-ce que cette visite sera captée par le rapport produit par l'orchestrateur ?

Oui.

► 3.20 Un patient qui ne se présente pas à un rendez-vous affectera-t-il le résultat du médecin ?

Non. En cas d'absence, malgré les mesures de précaution ci-haute, le code d'absence 009956 peut être utilisé et ce rendez-vous sera comptabilisé comme une visite réalisée pour les fins de la cible. Le médecin et l'équipe de son cabinet doivent s'assurer de bien informer les patients des modalités d'accès de ces plages d'accès pour des urgences et semi-urgences. Des mécanismes de rappel automatisés, offert via la plupart des outils de prise de rendez-vous, devraient être déjà en place dans les cabinets.

► 3.21 Dans quel compte le versement des forfaits aura lieu ?

Les médecins pourront choisir le compte dans lequel les forfaits seront versés. En effet, lors de la facturation, le médecin peut indiquer dans quel compte les sommes devront être versées, soit le compte personnel ou le compte administratif.



4. Autres

► 4.1 Pourquoi avoir conclu cette entente et recommandé son approbation ?

- Parce que cette entente nous permet de transformer la première ligne où le médecin de famille constitue la seule porte d'entrée dans le système et où il doit souvent porter seul la lourde responsabilité d'une prise en charge indéfinie sans avoir les ressources à sa disposition pour l'aider ;
- Parce que cette entente permet de faire mieux sans nécessairement faire plus ;
- Parce que la participation des médecins est volontaire et que l'entente ne contient aucune mesure coercitive ;
- Parce que le gouvernement prend des engagements concrets par rapport à l'ajout de professionnels en première ligne, le déploiement de GAP fonctionnels et la valorisation de la médecine familiale et de sa pratique notamment ;
- Parce qu'un suivi mensuel des mesures et des objectifs de cette entente aura lieu, ce qui nous permettra de s'ajuster et surtout d'identifier d'éventuels manquements gouvernementaux par rapport à ces engagements ;
- Parce que le statu quo apparaît comme non-viable ;
- Parce que la situation actuelle où un trop grand nombre de Québécois n'ont pratiquement aucun accès à des soins de première ligne n'est pas acceptable.

► 4.2 Est-ce que la Lettre d'entente no 364 portant sur l'utilisation des données de l'orchestrateur est encore valide ?

Oui.

► 4.3 Est-ce que l'adhésion aux mesures prévues dans l'entente est obligatoire ?

Non, toute participation est volontaire. Aucune obligation individuelle ou collective n'y est prévue. Ceux et celles qui ne peuvent pas modifier leur pratique ou adhérer aux mesures ne seront pas contraints de le faire, l'adhésion et la participation sont volontaires.

► 4.4 Est-ce que l'entente de principe prévoit des pénalités ou des mesures coercitives individuelles ou collectives ?

Non, aucune pénalité ou coercition n'y est présente.

► 4.5 L'entente prévoit-elle des mesures pour revaloriser la médecine familiale et s'attaquer à la lourdeur de la pratique ?

Oui. La mise sur pied d'un grand chantier de réflexion et de révision de l'organisation du travail de première ligne qui devra permettre une valorisation de la pratique de la médecine familiale au Québec est un élément central contenu dans l'entente. Nous nous sommes engagés à tout faire en sorte pour diminuer les irritants à la pratique de la médecine familiale (contraintes bureaucratiques, formulaires sans fin, outils informatiques non optimaux, accès pénible aux tests diagnostiques et aux consultations spécialisées, etc.).

► 4.6 Est-ce qu'on doit absolument participer à l'ensemble des mesures incluses dans l'entente pour avoir accès à certains forfaits ou on peut adhérer aux mesures à la pièce ?

Les médecins peuvent adhérer à une, deux ou trois mesures à la fois, dépendamment de leur choix et des possibilités qui s'offrent à eux. Un médecin pourrait adhérer seulement à la mesure sur l'accès rapide pour les patients inscrits (0-72 heures), un autre à la mesure liée à l'inscription de groupe et un autre à ces deux mesures simultanément.

► 4.7 Est-ce seulement les médecins travaillant en GMF qui pourront participer aux mesures, notamment à l'inscription de groupe ?

Non, tout médecin pratiquant en première ligne dans le régime public, que ce soit en solo, dans une clinique de quelques médecins non GMF ou dans une clinique GMF, peut participer et se prévaloir des modalités liées aux différentes mesures. Chaque contribution volontaire est la bienvenue.

► 4.8 Les médecins travaillant en CLSC et GMF-U sont entièrement dépendants de l'établissement en ce qui a trait au soutien administratif et à l'accès à d'autres professionnels. Y a-t-il des mécanismes prévus pour permettre à ces médecins d'avoir des garanties, voire des moyens d'agir sur ce

plan ?

Le Comité de suivi fera un suivi rigoureux de l'évolution de la situation dans ces établissements et les parties se sont engagées à favoriser à ce que les médecins de famille œuvrant en établissement aient accès au soutien prévu par les établissements.

► 4.9 Qu'advient-il du taux d'assiduité individuel (par médecin) ?

Il sera suspendu si un médecin adhère et participe à une des mesures d'accès prévues dans l'entente.

► 4.10 Qu'advient-il du taux d'assiduité de groupe ?

Il sera suspendu si l'ensemble des médecins du groupe adhèrent et participent à une des mesures d'accès prévues dans l'entente.

► 4.11 Est-ce que les RDV de patients GAP sont comptabilisés dans le taux d'assiduité des GMF ?

Le calcul du taux d'assiduité est suspendu pour les participants à la mesure.

► 4.12 Est-ce que les médecins peuvent facturer en lien avec des consultations effectuées par des IPS ?

Les règles de facturation en lien avec le travail de l'IPS demeurent inchangées. Les médecins peuvent facturer une visite uniquement s'ils doivent voir le patient à la demande de l'IPS. Les forfaits mensuels quant à eux demeurent. À noter que les règles de facturation demeurent aussi les mêmes et sont inchangées par rapport au travail effectué en collaboration avec les infirmières praticiennes spécialisées.

► 4.13 Que doit faire la clinique qui est non branchée à l'orchestrateur pour contribuer aux mesures ?

La clinique doit rapidement signifier sa volonté d'être branchée à l'orchestrateur auprès du chargé de projet régional de son territoire. Dans l'intervalle, la clinique peut prendre des arrangements avec le GAP afin de communiquer son offre de service et recevoir les demandes de rendez-vous.

► 4.14 Est-ce qu'éventuellement il y aura une distinction entre les plages GAP-orphelins et les plages GAP-inscrits de groupe pour la reddition de compte ?

Oui.

► 4.15 Les médecins travaillant davantage en 2e ligne en établissement trouveront-ils leur compte dans cette entente ?

Oui, ils y trouveront leur compte car le tiers (1/3) du résiduel restant à notre enveloppe budgétaire, soit 160 millions \$, (comparativement à 320 millions \$ pour la première ligne), sera alloué aux médecins omnipraticiens pour des activités en établissement dites de deuxième ligne (urgences, malades admis, accouchements, soins de longue durée, etc.), ainsi que pour certaines pratiques qui ne favorisent pas l'adhésion aux mesures négociées (Enseignement gériatrie ambulatoire, itinérance, interruption volontaire de grossesse, musculosquelettique, santé mentale, pédiatrie sociale, réfugiés, soins à domicile suivi de grossesse en cabinet, soins palliatifs, toxicomanie). On parle ici d'un forfait annuel d'environ 8 % qui sera versé au cours des deux prochaines années.

► 4.16 Quand auront lieu les versements des montants forfaitaires relatifs à l'Annexe XII ?

Le premier versement aura lieu le ou vers le 30 novembre 2022, le second versement le ou vers le 28 février 2023 et les deux suivants le ou vers les 31 mai et août 2023.

Vous avez une nouvelle question à soumettre ?

Toute nouvelle question doit être acheminée à votre DRMG qui les déposera sur la plate-forme *Teams* du MSSS créée aux fins de soutenir le déploiement de l'inscription de groupe. L'équipe du MSSS les soumettra au Comité de suivi de l'entente afin de fournir rapidement une réponse conjointe MSSS-FMOQ.

Vous avez une nouvelle question à soumettre ?

Toute nouvelle question doit être acheminée à votre DRMG qui les déposera sur la plate-forme Teams du MSSS créée aux fins de soutenir le déploiement de l'inscription de groupe. L'équipe du MSSS les soumettra au Comité de suivi de l'entente afin de fournir rapidement une réponse conjointe MSSS FMOQ.

[Endocrinologie \(/tags?tag=Endocrinologie\)](#)
[Psychiatrie \(/tags?tag=Psychiatrie\)](#)
[Cardio \(/tags?tag=Cardio\)](#)
[données \(/tags?tag=donn%c3%a9es\)](#)
[Facturation \(/tags?tag=Facturation\)](#)
[Néphrologie \(/tags?tag=N%c3%a9phrologie\)](#)
[Formation continue \(/tags?tag=Formation+continue\)](#)
[Pneumologie \(/tags?tag=Pneumologie\)](#)
[DME \(/tags?tag=DME\)](#)
[Guichet d'accès \(/tags?tag=Guichet+d%27acc%c3%a8s\)](#)
[confidentialité \(/tags?tag=confidentialit%c3%a9\)](#)
[consentement \(/tags?tag=consentement\)](#)
[protection \(/tags?tag=protection\)](#)
[renseignements \(/tags?tag=renseignements\)](#)
[Médecine interne \(/tags?tag=M%c3%a9decine+interne\)](#)

Abonnez-vous
aux communications
de la FMOQ (<https://mon.fmoq.org/envois>)

Infolettres (/infolettres/
Presse (/affaires-
syndicales/communications/reactions-de-
presse/)

Mon FMOQ (<https://auth.fmoq.org/Account/Login?ReturnUrl=%2fOpenId%2fAskUser>)

Emploi (/emploi/
Nous rejoindre (/nous-joindre/)

(<https://www.linkedin.com/company/fmoq/>)
d-ration-
des-m-
decins-
omnipraticiens
du-qu- (<https://twitter.com/fmoq>)
(<https://www.facebook.com/fmoq/>)

© Tous droits réservés | 2022 FMOQ | [Avis légal \(/avis-legal/\)](#)