

Programme de financement et de soutien clinique pour les milieux d'affiliation

Avril 2026

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
1. PRINCIPES FONDAMENTAUX EN PREMIÈRE LIGNE	6
1.1. S'INSPIRER DES MODÈLES DU CENTRE DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE VOISINAGE DE SANTÉ	6
1.2. PLANIFIER LES BESOINS DE LA POPULATION INSCRITE	7
1.3. METTRE EN PLACE UNE STRUCTURE DE GOUVERNANCE.....	7
1.4. PERMETTRE UN ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE	9
1.5. DÉVELOPPER LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET INTERSECTORIELLE	11
1.6. FAVORISER UNE MEILLEURE COORDINATION DES SOINS ET DES SERVICES POUR LES PERSONNES AVEC DES BESOINS DE SANTÉ COMPLEXES	13
1.7. INSTAURER UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	13
2. OBJET DU PROGRAMME	17
3. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES	18
3.1. RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	18
3.2. FACULTÉS DE MÉDECINE DES UNIVERSITÉS.....	18
4. VOLET AFFILIATION	20
4.1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	20
4.2. ADHÉSION DU MILIEU D'AFFILIATION AU PROGRAMME.....	20
4.3. FINANCEMENT DES MILIEUX D'AFFILIATION	22
4.4. SOUTIEN CLINIQUE POUR LES MILIEUX D'AFFILIATION	26
4.5. EXIGENCES DES MILIEUX D'AFFILIATION	29
5. VOLET RÉSEAU	33
5.1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	33
5.2. DÉSIGNATION RÉSEAU	33
5.3. FINANCEMENT POUR LA MISSION RÉSEAU	34
5.4. SOUTIEN CLINIQUE POUR LA MISSION RÉSEAU	37
5.5. FIN DU VOLET RÉSEAU.....	39
5.6. BONIFICATION DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES	39
5.7. EXIGENCES LIÉES AU VOLET RÉSEAU	40
6. VOLET UNIVERSITAIRE	44
6.1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	44
6.2. DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE.....	44
6.3. FINANCEMENT POUR LA MISSION UNIVERSITAIRE.....	46
6.4. SOUTIEN ADMINISTRATIF ET CLINIQUE POUR LA MISSION UNIVERSITAIRE	49
6.5. EXIGENCES LIÉES AU VOLET UNIVERSITAIRE.....	53
7. RÉVISION ANNUELLE.....	54
7.1. DATE DE LA RÉVISION	54
7.2. VERSEMENT DU FINANCEMENT.....	55
8. REDDITION DE COMPTE.....	56

8.1. FINANCEMENT ET SOUTIEN CLINIQUE ET ADMINISTRATIF	56
9. SUIVI DES INDICATEURS	56
10. MODIFICATION DU PROGRAMME	57
11. MÉCANISME DE RÉOLUTION DES PROBLÉMATIQUES DANS LES GMF	57
11.1. COMITÉ TECHNIQUE	57
11.2. ÉTAPES DE RÉOLUTION DES PROBLÉMATIQUES DANS LES GMF	57
12. COORDONNÉES ET LIENS UTILES	59
13. ENTRÉE EN VIGUEUR.....	59
14. DURÉE.....	59
ANNEXE I : PRÉCISIONS SUR LES RÈGLES DE CALCUL.....	60
ANNEXE II :	64
ADRESSES COURRIEL DES RESPONSABLES MA EN ÉTABLISSEMENT	64

Acronymes et interprétation

ACQ	Amélioration continue de la qualité
ARACQ	Agent régional d'amélioration continue de la qualité
AQS	Académie qualité santé
CPACQ	Coordonnatrice provinciale en amélioration continue de la qualité
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CMF	Centre de médecine de famille
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
DME	Dossier médical électronique
DTMF	Département territorial de médecine familiale
DM	Directeur médical de l'établissement
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
IP SPL	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
DMFMU	Département de médecine de famille et de médecine d'urgence

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. Au fil des années, le Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF a vécu plusieurs ajustements qui lui ont permis de s'adapter aux besoins de la population, notamment l'ajout d'intervenants et de professionnels de la santé et des services sociaux et tout récemment la mise en place de l'inscription collective.

Publiée le (DATE), la toute première *Politique gouvernementale en soins et services de première ligne intégrés* vise à promouvoir, assurer et soutenir la santé et le bien-être de l'ensemble de la population en lui offrant une couverture complète des soins et services de première ligne qui soient accessibles, continus, globaux et coordonnés. L'un des jalons structurants de cette politique consiste à assurer l'affiliation formelle de chaque personne à un milieu de soins et de services de première ligne situé à proximité de son lieu de résidence, assurant un accès à des soins et services complets, continus et coordonnés, prodigués par une équipe interdisciplinaire d'intervenants et de professionnels de la santé et des services sociaux. La révision du Programme ministériel de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille s'impose donc afin de réunir l'ensemble des conditions essentielles à l'atteinte de cet objectif dans les milieux d'affiliation. Par conséquent, dans sa version actualisée, le Programme étend sa portée en soutenant maintenant un accès équitable et en temps opportun à des services globaux, continus et coordonnés pour toute la population québécoise. Les GMF ont donc maintenant la mission d'agir en tant que « milieu d'affiliation », au même titre que tous les autres milieux ayant des patients affiliés, afin de répondre aux nouvelles orientations proposées par la *Politique gouvernementale en soins et services de première ligne intégrés*.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur, le 1^{er} décembre 2024, de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (LGSSS) introduit un nouveau cadre organisationnel et décisionnel pour les établissements², permettant une gestion de proximité ainsi qu'une gestion par territoire basées sur une approche populationnelle et favorisant une plus grande fluidité des services.

En ce sens, le nouveau Programme ministériel de financement et de soutien professionnel pour les milieux d'affiliation (ci-après le « Programme ») conserve les assises fondamentales s'étant révélées les plus porteuses tout en insistant, d'une part, sur la responsabilité populationnelle accrue de ces milieux et d'autre part, sur la collaboration intersectorielle reposant essentiellement sur une gouvernance locale participative et une coordination des soins et services avec les partenaires locaux, selon les besoins des patients affiliés. Or, la base du modèle évolue vers l'affiliation de l'ensemble de la population à une équipe d'intervenants et professionnels de la santé et services sociaux au sein de laquelle chaque patient sera associée à un répondant principal, comme un médecin, une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et à terme un intervenant ou professionnel de l'équipe. Ainsi, chaque patient bénéficie d'un point d'ancrage incarné par son milieu d'affiliation, lequel développe une offre de services adaptée et collabore et se coordonne avec les partenaires locaux (organisations de santé et services sociaux publiques ou privées, organismes

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 LGSSS, 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.

communautaires, secteur de l'éducation, secteur municipal, etc.) offrant des soins et services complémentaires, afin de répondre de façon optimale à l'ensemble de ses besoins.

Plus que jamais, les milieux d'affiliation doivent consolider leur rôle de partenaires du territoire de CLSC et participer, en collaboration avec l'établissement, le département territorial de médecine générale (DTMF) et les autres partenaires locaux, à une coordination des efforts afin d'offrir des services intégrés, fluides et continus, au bénéfice de la population. Aux fins d'administration du Programme, des représentants désignés, pour chaque territoire de CLSC, du président-directeur général (PDG) et du directeur médical (DM) de l'établissement, ainsi que du département territorial de médecine familiale (DTMF) agissent à titre d'autorités locales, assurant notamment, la planification et la coordination des soins et services généraux de première ligne.

Dans le contexte actuel, où l'élaboration de plusieurs initiatives gouvernementales structurantes viendront à moyen et long terme redéfinir les fondements de la première ligne au Québec, il est à prévoir que les orientations ministérielles connaîtront des transformations plus rapides. En conséquence, les modalités actuelles du Programme pourraient être appelées à évoluer de manière plus soutenue au cours des prochaines années.

1. Principes fondamentaux en première ligne

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 proposé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Il propose un 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 clinique 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 \(patientsmedicalhome.ca\)](https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMN_BAG_FRE.pdf)

1.2. Planifier les besoins de la population inscrite

À l'instar de la population québécoise, la clientèle affiliée à un milieu de soins et services de première ligne⁵ est hétérogène, composée de patients avec des besoins différents. Afin d'aider les équipes interdisciplinaires 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 Repère GMF, propose une segmentation⁶ 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.

Un portrait de la population affiliée vient appuyer l'équipe interdisciplinaire dans la planification et l'ajustement de son offre de soins et services afin de bien répondre aux besoins des personnes.

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, ces indicateurs peuvent être intégrés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité (ACQ), dans le cadre de la planification de l'offre de service selon les besoins des différents groupes de patients.

Les équipes 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 milieu d'affiliation (MA) est constitué d'une équipe interprofessionnelle comprenant des médecins de famille, des IPSPL et d'autres intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux, qui travaillent ensemble, dans une approche collaborative, pour répondre aux besoins de santé et de bien-être des personnes et des collectivités. Il a pour mission, d'une part, d'offrir des services de santé et des services psychosociaux à toute clientèle, notamment par le suivi continu d'une clientèle qui

⁵ Dans le cadre du Programme, un milieu de soins et services de première ligne qui affine des patients est appelé milieu d'affiliation.

⁶ <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/regard-sur-les-groupes-de-medecine-de-famille-au-quebec-et-proposition-de-segmentation-de-la-population-pour-appuyer-les-demarches-dameliorationcontinue-de-la-qualite-selon-les-besoins-de-sante.html> (État des connaissances, page 22)

sera affiliée au milieu. Il devra également, participer à l'offre de services locale selon les besoins de la population de son territoire et de la structure de gouvernance locale en place.

À mesure qu'un MA 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 MA 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 MA 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 MA et des ressources professionnelles requises pour y répondre;
- L'accueil et l'intégration de nouveaux professionnels et membres de l'équipe au sein du MA;
- 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 MA;
- L'analyse des conditions d'exercice, de la qualité et de la sécurité des services prodigués par les intervenants et professionnels au MA;
- 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 MA varieront d'un MA à l'autre. Cette variation est légitime dans la mesure où le mode de gouvernance adopté par chaque MA reste bien adapté à ses réalités et est perçu comme adéquat par ses membres et ses partenaires. Dans certains MA, la relation de cogestion impliquera principalement la direction médicale du GMF et un gestionnaire administratif (cadre intermédiaire) du CI(U)SSS. Dans d'autres, un gestionnaire administratif embauché par le MA 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 MA 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 MA 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 MA.

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 efficiente et de qualité pour la clientèle du MA. En outre, des relations solides entre les gestionnaires peuvent établir les bases d'un partenariat robuste entre le MA et l'établissement de son territoire; partenariat crucial pour une gestion optimale des ressources et une réponse plus coordonnée aux besoins de la population.

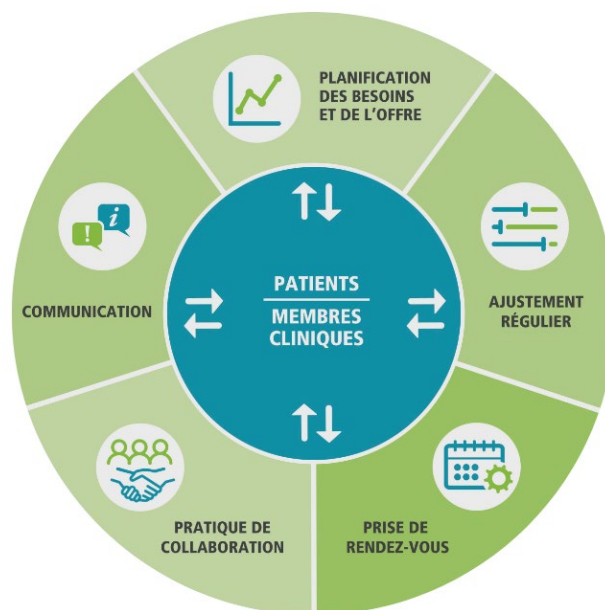
1.4. Permettre un accès en temps opportun aux services de première ligne

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 adapté⁷



L'outil réflexif sur l'accès adapté (ORAA⁸) est un questionnaire destiné aux médecins, aux IPSPL et aux agents administratifs en MA 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 MA 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.

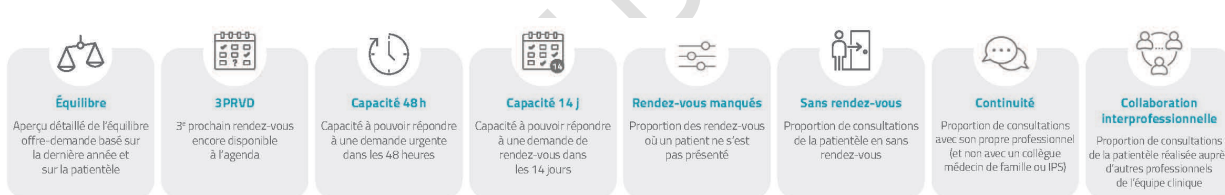
⁷ Breton M, Gaboury I, et al. Revising the advanced access model pillars: a multimethod study. CMAJ Open. 2022 Sept. 6;10(3):E799-E806. <https://www.cmajopen.ca/content/10/3/E799>

⁸ 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>

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 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 ligne⁹. 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 MA. Ce rapport personnalisé des indicateurs se nomme ORAA+. Les résultats agrégés de la clinique sont partagés au MA afin qu'il puisse se comparer aux autres cliniques de la province. Ces indicateurs visent à soutenir la pratique réflexive des professionnels et est un bel exemple d'une démarche d'ACQ à mettre en place au sein du MA.

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



Les MA qui souhaitent obtenir ce rapport personnalisé peuvent en faire la demande à l'adresse suivante : acces.adapte@usherbrooke.ca.

1.5. Développer la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle

Les pratiques collaboratives¹⁰, 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 compétences¹¹ et de perspectives permet d'offrir une réponse plus adaptée aux besoins du patient, de ses proches et de la communauté dans lequel le MA 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 MA, incluant la personne et ses proches, les médecins et les autres professionnels, le personnel administratif et les gestionnaires. Ainsi, tous agissent comme un

⁹ 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>

¹⁰ [Fiches informatives - RCPI | CIUSSSCN \(gouv.qc.ca\)](#)

¹¹ [Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux](#)

modèle pour démontrer les actions, les responsabilités et les comportements attendus afin de favoriser la collaboration.

Il est important de souligner que le type de pratique collaborative choisi est tributaire de plusieurs facteurs. La complexité de la condition, le niveau de partenariat avec la personne et ses proches, le type d'interaction entre les intervenants et professionnels ainsi que les besoins bio-psycho-sociaux de la personne, ses proches ou la communauté. La meilleure pratique de collaboration sera celle qui permettra de répondre adéquatement aux besoins de la personne, ses proches ou la communauté.

1.5.1. Le partenariat avec la personne et ses proches

Dans les pratiques collaboratives, le premier partenariat à établir est celui avec la personne 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 intervenants et professionnels du MA. 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

On peut définir la collaboration interprofessionnelle 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 de la personne et d'assurer une prise de décisions partagée en considérant ses préférences et ses valeurs¹²¹³.

Afin de faciliter la compréhension des différents rôles et champ d'expertise des intervenants et 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 première ligne. Ces fiches présentent également les conditions gagnantes afin de faciliter l'intégration des intervenants et professionnels en première ligne (annexe II).

Afin de faciliter l'intégration des intervenants et professionnels dans les MA, il est important, par exemple, de les impliquer dans l'organisation du travail (dans la définition de l'offre de services ou les démarches d'ACQ), de leur garantir l'accès à des outils numériques facilitant les interactions et la coordination au sein de l'équipe (DMÉ) et de mettre en place des modalités d'échange (formels et informels) afin de faciliter valoriser et faciliter le déploiement de la collaboration interprofessionnelle au sein du MA.

Un autre moyen de favoriser le développement de la collaboration interprofessionnelle est la mise en place et l'animation des communautés de pratique. Ces communautés de pratique permettent le réseautage et les partages d'initiatives prometteuses entre les différents intervenants et professionnels présents dans les MA. En plus de permettre le partage des bonnes pratiques, elles servent également à faire connaître les rôles des différents intervenants et professionnels en

¹² D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 8-20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>

¹³ https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC_FR_053024.pdf

santé et services sociaux. Il est donc, fortement suggéré d'en promouvoir l'utilisation et de favoriser la participation des intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne.

1.5.3. La collaboration intersectorielle

La collaboration intersectorielle peut se définir 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. 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 MA et les partenaires externes pour les personnes avec des besoins de santé complexes. Certains professionnels de la santé ou des services sociaux du MA (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 MA et les services hospitaliers (urgence et autres). Une formation sur l'intervention-pivot est disponible sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial^[1].

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

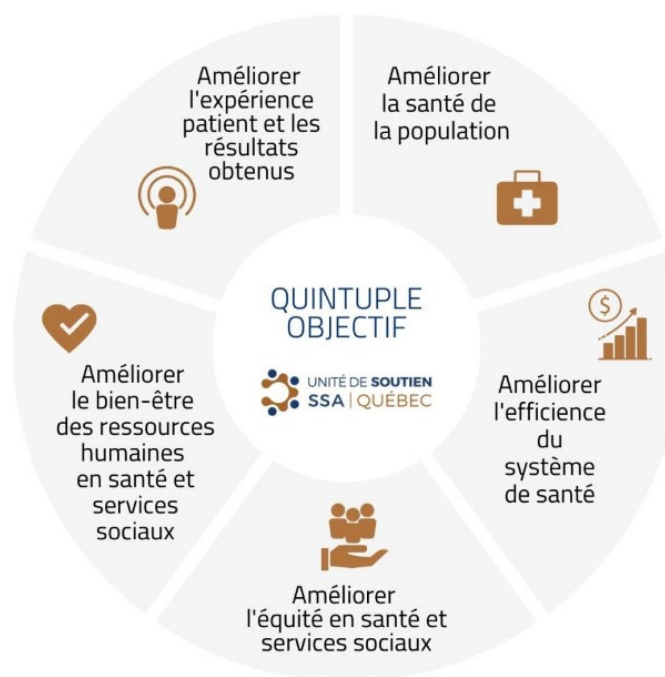
1.7.1. Raison d'être de l'amélioration continue de la qualité

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.

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

Figure 3 – Le quintuple objectif¹⁴



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.

Afin d'instaurer une culture d'amélioration continue de la qualité, les départements universitaires de médecine de famille enseignent l'ACQ au niveau postdoctoral depuis 2017, à la suite de l'ajout de l'ACQ aux rôles CanMeds. Au Québec, l'Académie Qualité Santé (AQS) (www.aqs-hqa.ca) offre une formation unifiée pour les professionnels en première ligne, apprenants, gestionnaires et patients partenaires. La formation se base sur les meilleures pratiques internationales en ACQ de l'Institute of Healthcare Improvement (IHI – www.ihl.org) et elle est offerte à toutes les équipes cliniques en mode virtuel asynchrone. Des crédits de formation continue sont offerts.

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 MA peut tout à fait s'inscrire dans cette culture : on parle alors de GMF apprenant¹⁵.

¹⁴ [Mission et vision | Unité soutien SSA \(ssaquebec.ca\)](#)

¹⁵ [GMF apprenant \(ssaquebec.ca\)](#)

1.7.2. Soutenir l'organisation des soins primaires en intégrant la perspective des patients comme indicateur centrée sur la personne

Les données rapportées par les patients sont une source essentielle permettant de comprendre comment les soins et les services qui sont offerts dans les MA répondent (ou non) aux besoins des patients qui consultent.

Les PROMs (mesures des résultats rapportés par les patients) et les PREMs (mesures de l'expérience rapportée par les patients) sont des questionnaires validés et, complétés par les patients eux-mêmes, permettant d'évaluer leur perception de leur santé ou de leur expérience de soins. Les PROMs saisissent notamment l'état de santé, les symptômes, le fonctionnement et la qualité de vie. Les PREMs, quant à eux, portent sur l'expérience vécue par les patients lors de la prestation de soins (ex. : la communication, la globalité des soins) et reflètent les processus de soins tant organisationnels que professionnels.

Pour être une source de données utile et qui apporte de la valeur aux prises de décision organisationnelle et professionnelle, les données provenant des questionnaires PROMs et les PREMs doivent être collectées de façon routinière et cyclique via des outils valides et fidèles. L'utilisation de rapports agrégés de données PROMs et PREMs — présentés dans leur ensemble ou regroupés selon des caractéristiques spécifiques des patients — permet aux médecins de famille, aux intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux gestionnaires de cliniques :

- De mieux comprendre les besoins perçus par les patients,
- D'identifier les actions organisationnelles requises pour réduire l'écart entre ces besoins et les services effectivement offerts en première ligne.

Les données PROMs et PREMs permettent aussi :

- De repérer les personnes qui, en consultant les services de première ligne, font face à des iniquités en santé,
- D'identifier les caractéristiques des patients et des milieux cliniques qui doivent être prises en compte pour mieux cibler les interventions visant à réduire ces iniquités.

En ce sens, les données issues des PROMs et PREMs sont un levier pour l'amélioration continue de la qualité des soins, et permettent de prioriser les interventions ou l'organisation des services du GMF en fonction des valeurs et des priorités des patients quant à leur santé et leur expérience des soins.

Les MA qui souhaitent intégrer cette source de données afin de comprendre comment les soins et services répondent aux besoins des patients peuvent initier cette démarche individuellement mais peuvent également collaborer avec l'équipe académique de l'initiative LORI sur l'intégration des PROMs et PREMs en soins primaires qui offre une plateforme (sans but lucratif) pour la collecte mais également une formation accréditée ainsi qu'un accompagnement à l'utilisation des données PROMs et PREMs : lori@USherbrooke.ca

1.7.3. La mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité

Il est exigé dans le cadre du Programme de mettre en place au sein des MA un minimum d'une démarche d'amélioration continue de la qualité par année en lien avec les différents outils ou programmes nommés précédemment. Que ce soit ORAA, Repères GMF, CoMPAS+, les PREMs

ou les PROMs, l'utilisation de ces outils peut devenir un élément catalyseur au sein des MA afin de susciter le désir de changement et d'amélioration des pratiques, tant organisationnelles que cliniques. Afin de venir supporter les MA dans leur démarche, des agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ) ont été intégrés dans chaque GMF-U et des agents régionaux d'amélioration continue de la qualité (ARACQ) sont disponibles et leurs activités sont détaillées à la section 1.7.5. De plus, à terme, l'objectif est que chaque réseau local de services (RLS) dispose d'un AACQ, dédié, mis au service des milieux d'affiliation. Ces ressources sont précieuses et possèdent la formation afin de venir supporter le déploiement de l'amélioration continue de la qualité dans les milieux.

1.7.4. Coordination provinciale des facilitatrices et facilitateurs 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 milieux de soins et services de première ligne (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) Québec¹⁶. 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.

1.7.5. 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'ACQ¹⁷ 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 MA;
- Coordonner des ateliers collaboratifs d'ACQ avec l'équipe des MA;
- 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 du MA afin de faciliter l'implantation des meilleures idées de changement;
- Accompagner l'équipe du MA afin de faciliter le choix de ses objectifs et indicateurs, notamment par l'utilisation des indicateurs de qualité PREMs et PROMs 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 MA qui souhaitent faire une demande de service peuvent utiliser le formulaire [Faire une demande | Unité soutien SSA Québec \(ssaquebec.ca\)](https://ssaquebec.ca/).

¹⁶ <https://ssaquebec.ca/>

¹⁷ [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 \(ssaquebec.ca\)](#)

2. Objet du Programme

Le Programme a pour objet de soutenir une offre de soins et de services généraux de première ligne pour la population québécoise par l'octroi d'un financement et d'un soutien clinique à tous les milieux d'affiliation¹⁸ (MA).

Un milieu d'affiliation se définit comme une clinique en cabinet privé ou intra-muros (CLSC), reconnue GMF ou non, au sein de laquelle un nombre de patients est affilié à une équipe d'intervenants et de professionnels de la santé et des services sociaux, incluant nécessairement une expertise médicale (médecin de famille ou IPSPL), et lui offrant un accès à des soins et services de première ligne en temps opportun.

Le programme se divise dorénavant en trois volets, remplissant chacun une mission distincte, mais complémentaire, soit :

- Volet affiliation : offrir à tous les patients affiliés des services de santé et des services sociaux généraux, en fonction de leurs besoins, de façon ponctuelle (besoins urgents ou semi-urgents) et continue (suivi longitudinal).
- Volet réseau : offrir à toute clientèle des services de santé et des services sociaux généraux urgents simples ou semi-urgents de première ligne, notamment ceux nécessitant l'utilisation d'un plateau technique.
- Volet universitaire : offrir aux MA les composantes essentielles d'un milieu d'apprentissage exemplaire pour les apprenants de première ligne, notamment en matière de financement et de soutien clinique et administratif, ainsi que de qualité et d'efficacité, autant sur le plan clinique que sur ceux de l'enseignement et de la recherche;

Par conséquent, la présente version du Programme remplace l'ancien Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF, le Programme de désignation accès-réseau pour les GMF, ainsi que le Cadre de gestion pour les GMF universitaires (GMF-U).

¹⁸ Aux fins du présent Programme, le terme « milieu d'affiliation » désigne soit un site unique, soit plusieurs sites réunis pour l'obtention d'un financement et fait référence au «milieu de pratique» énoncé à l'article XXX du PL106.

3. Rôles et responsabilités des partenaires

3.1. Réseau de la santé et des services sociaux

L'approbation du PDG, du DM et du DTMF (ou de leurs représentants locaux) est requise dans les principaux processus administratifs liés au Programme, notamment l'adhésion des MA au Programme, la désignation des missions et la révision annuelle des MA. 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. Facultés de médecine des universités

Les rôles et responsabilités des universités, de leurs facultés de médecine et de leurs départements de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) consistent à :

- reconnaître les milieux de formation et informer Santé Québec de cette reconnaissance;
- participer à l'élaboration et à la mise à jour du volet universitaire du Programme;
- participer à la planification et au déploiement des places de stage d'externes et de résidents en médecine de famille dans les GMF-U, pour le réseau universitaire intégré de santé (RUIS) le concernant¹⁹;
- allouer les ressources humaines, matérielles et financières requises pour la mise en œuvre des volets pédagogiques et de recherche, notamment l'accès des apprenants participants à la recherche à des superviseurs approuvés par la Faculté des études supérieures;

3. Le ratio de 1 000 patients inscrits pondérés par place de résident 1 doit guider le déploiement de places de stage dans le RUIS.

- soutenir la vision de ce Programme en ce qui a trait à l'organisation des soins de santé et des services de première ligne, et informer les médecins.

Ainsi, l'approbation du doyen de la faculté de médecine (ou de son représentant désigné) est maintenant requise dans les principaux processus administratifs liés aux GMF-U, notamment la désignation universitaire des GMF et la révision de leur mission universitaire.

DOCUMENT DE TRAVAIL

4. Volet affiliation

4.1. Critères d'admissibilité

Est admissible au Programme tout MA qui répond à l'ensemble des critères suivants :

- chacun des médecins du MA 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/ou toutes les IPSPL du MA font de l'affiliation de patients en première ligne pour toute clientèle, et le ou les lieu(x) de pratique désigné(s) ne sont pas actuellement reconnus en vertu du Programme ou de son ancienne version;
- le médecin ou l'IPSPL responsable du MA a préalablement conclu une entente tripartite avec le DTMF et l'établissement, dans laquelle sont détaillées les exigences à respecter par le MA, ainsi que le niveau de financement et de soutien clinique octroyé par Santé Québec. **Ce critère d'admissibilité entre en vigueur dès que le modèle d'entente fourni par Santé Québec est rendu disponible. Dans l'intermédiaire, Santé Québec peut fournir un formulaire d'adhésion incluant les mêmes composantes.** Santé Québec fournit le détail des éléments à inclure dans l'entente.

4.2. Adhésion du milieu d'affiliation au Programme

Dans l'objectif de soutenir une offre de services de santé et de services sociaux généraux pour l'ensemble de la population, le Programme prévoit désormais deux modalités d'adhésion :

- La première demeure similaire à la version antérieure du Programme, soit une demande d'adhésion initiée directement par un groupe de médecins et/ou d'infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) souhaitant constituer un groupe de médecine de famille (GMF). Cela dit, tous les GMF ayant déjà été reconnus en vertu d'une version antérieure du Programme ou du Cadre de gestion conservent leur reconnaissance.
- La seconde modalité permet dorénavant à un établissement, en collaboration avec le DTMF, de soumettre une demande d'adhésion pour des milieux qui, pour diverses raisons, ne seraient pas en mesure ou ne souhaiteraient pas entreprendre eux-mêmes cette démarche (ex.: cabinet de médecin solo ou autre milieu ayant peu de patients affiliés). Les sites ainsi réunis dans une demande formeraient un MA en vertu du Programme. De plus :
 - Dans le cas où un site ne souhaiterait pas bénéficier directement d'un financement et d'un soutien clinique, l'établissement est alors responsable d'administrer ces derniers en collaboration avec les différents sites constituant le MA, et ce, en réponse aux besoins des patients du territoire de CLSC, incluant les patients affiliés dudit site.
 - Dans le cas où un site souhaiterait bénéficier directement d'un financement et d'un soutien clinique en contrepartie du respect de certaines exigences, l'établissement et le DTMF, doivent convenir de modalités dans une entente tripartite avec le médecin ou l'IPSPL responsable du site conformément à la section 4.1.

4.2.1. Reconnaissance du MA

Santé Québec peut reconnaître un MA :

1. Dont la demande lui est transmise directement par des médecins et des IPSPL souhaitant constituer un groupe de médecine de famille (GMF);
OU

2. Dont la demande lui est transmise par l'établissement, en collaboration avec le DTMF, au bénéfice de la population de son territoire, pour des sites non reconnus en vertu du Programme.

4.2.2. Niveau du MA

Santé Québec indique le ou les sites qu'il reconnaît et établit le niveau en fonction du nombre de patients affiliés pondérés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) auprès des médecins et des IPSPL du MA, selon ce qui suit :

Tableau 2 – Niveau du MA selon sa cible de patients affiliés pondérés

Niveaux du MA	Cibles de patients affiliés pondérés
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

Aux fins du présent Programme, les patients affiliés comprennent les patients ayant, par le passé, été inscrits individuellement par un médecin ou une IPSPL ou collectivement par un groupe de médecins, ainsi que les patients nouvellement affiliés depuis l'entrée en vigueur du PL106 XXXX.

La pondération des patients affiliés à la RAMQ auprès des médecins et des IPSPL du MA est calculée selon les règles prévues à l'annexe I (à élaborer).

La date de la reconnaissance du MA est celle indiquée dans la lettre que Santé Québec transmet à cette fin. Lorsque la lettre transmise par Santé Québec est datée entre le 16 janvier et le 31 mars inclusivement, la date officielle de reconnaissance du MA est par défaut le 1^{er} avril suivant.

4.2.3. Effets de la reconnaissance

Tout MA reconnu par Santé Québec a droit, sous réserve des crédits votés par l'Assemblée nationale, au financement et au soutien clinique calculés selon les règles prévues au Programme et doit, en contrepartie, respecter les exigences qui lui incombent en vertu du Programme.

4.2.4. Soutien de MA de moins de 6 000 patients affiliés pondérés

Dans des cas exceptionnels, un groupe de médecins et d'IPSPL qui n'atteint pas le seuil minimal de 6 000 patients affiliés pondérés peut être reconnu au niveau 1 par Santé Québec.

Ce soutien exceptionnel est réservé aux groupes de médecins et d'IPSPL qui pratiquent dans les territoires ayant toutes les caractéristiques suivantes :

- le territoire de CLSC sur lequel est situé le site de pratique des médecins et des IPSPL comprend une population admissible à la RAMQ de 2 000 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) visé par l'article XXX du PL106.

Les MA dont la demande d'adhésion a été soumise par l'établissement peuvent également bénéficier de ce soutien exceptionnel dans les cas suivants :

- au sein du même territoire de CLSC, les médecins et IPSPL n'ayant pas encore adhéré au Programme ont un total de patients affiliés pondérés supérieur à 2000, mais inférieur à 6000;

OU

- au sein du même RLS, les médecins et IPSPL n'ayant pas encore adhéré au Programme ont un total de patients affiliés pondérés supérieur à 2000, mais inférieur à 6000;

4.2.5. Fin de la reconnaissance du MA

Le MA perd sa reconnaissance quand il cesse volontairement d'adhérer au Programme. La perte de la reconnaissance prend effet à la date mentionnée par le MA quand il en informe Santé Québec.

Le MA perd également sa reconnaissance lorsque Santé Québec la lui retire. La date de fin est celle indiquée dans la lettre que Santé Québec transmet au MA à cette fin. Santé Québec peut retirer la reconnaissance d'un MA à tout moment, s'il constate que le MA 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;

4.3. Financement des milieux d'affiliation

4.3.1. Financement annuel

4.3.1.1. Augmentation annuelle

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 2025, 2026 et 2027. 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 MSSS²⁰.

²⁰ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001527/>

L'augmentation concerne :

- le financement pour le fonctionnement du MA et de ses missions, le cas échéant, conformément aux montants présentés aux tableaux suivants :
 - Tableau 3 de la section 4.3.1.6;
 - Tableau 7 de la section 5.3.1.1;
 - Tableau 13 de la section 6.3.1.1.
- le taux horaire pour les honoraires du pharmacien et le financement lié aux services d'un pharmacien, conformément aux montants présentés au tableau 3 de la section 4.3.1.6.
- le financement lié aux salaires des ressources humaines du MA et de ses missions, le cas échéant, conformément aux montants présentés aux tableaux suivants :
 - tableau 5 de la section 4.4.1.2;
 - tableau 10 de la section 5.4.3
 - tableau 16 de la section 6.4.1.3
- le financement lié au maintien d'un plateau technique, conformément aux montants présentés au tableau 8 de la section 5.3.1.3

Les montants octroyés pour l'aide au démarrage (sections 4.3.2.1 et 6.3.2.1), pour le remboursement des travaux d'aménagement (sections 4.3.2.2; 5.3.2.1 et 6.3.2.2), pour la constitution d'un plateau technique (section 5.3.2.2) et pour les équipements de démarrage (section 6.3.2.3) sont des montants fixes, non augmentés.

4.3.1.2. Compensation des frais de cabinet

Dorénavant, les médecins de famille exerçant en cabinet privé recevront un financement visant à compenser les frais de cabinet par l'entremise du Programme, plutôt que par l'entremise de leur rémunération. Pour l'année financière 2026-2027, une méthodologie transitoire sera appliquée à la répartition de cette enveloppe et sera communiquée au plus tard, 60 jours avant la révision annuelle. Une approche méthodologique claire et pérenne sera ensuite publiée pour les années subséquentes.

4.3.1.3. Financement pour le fonctionnement du milieu d'affiliation

Le financement pour le fonctionnement du MA vise à contribuer globalement aux frais liés à ses opérations et à son administration, soit :

- l'embauche et la rémunération de personnel administratif;
- l'embauche d'intervenants et 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 les intervenants et professionnels embauchés par le MA ou alloués par l'établissement en vertu du Programme;
- les frais de déplacement entre les sites du MA pour le personnel administratif et les intervenants et professionnels embauchés par le MA;
- le matériel et les fournitures nécessaires au personnel administratif et professionnel embauché par le MA ou alloué par l'établissement en vertu du Programme;
- l'informatisation du MA, 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 MA 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 MA 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 MA et jugée pertinente pour le personnel administratif et professionnel embauché par le MA 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 MA;
- les frais d'interprétariat.

Ce financement se décline désormais en deux catégories distinctes, afin d'isoler la part de financement attribuable à l'accueil des ressources cliniques, comme indiqué au Tableau 3.

4.3.1.4. Cas particulier du MA public

Le financement pour le fonctionnement du MA 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 MA 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.

4.3.1.5. Financement lié aux services d'un pharmacien

Le financement lié aux services d'un pharmacien est alloué au MA pour couvrir les coûts relatifs à toute entente de service que le MA conclut avec un ou plusieurs pharmaciens communautaires ou d'établissement (MA mixtes et publics seulement). Santé Québec fournit le détail des éléments à inclure dans l'entente.

Un MA 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 MA, pour des raisons hors de son contrôle, ne peut conclure une entente avec un pharmacien communautaire. Santé Québec fournit le détail des éléments à inclure dans la demande de dérogation.

4.3.1.6. Montants de financement annuel

Les montants de financement annuel pour le fonctionnement et les services d'un pharmacien sont établis en fonction du niveau du MA :

Tableau 3 – Montant du financement lié au fonctionnement et aux services d'un pharmacien selon le niveau du MA²¹

Niveau du MA	Fonctionnement (\$)	Fonctionnement lié à l'accueil des ressources cliniques ²² (\$)	Pharmacien ^{23 24} (\$)
1	84 381	35 298	23 694
2	110 093	47 063	35 542
3	147 571	47 063	47 390
4	161 515	70 595	59 238
5	185 560	82 361	71 083
6	190 902	94 127	82 931
7	208 009	94 127	94 779
8	201 586	117 658	106 626
9	206 929	129 424	118 473
10	207 993	141 190	130 321
11	220 824	141 190	142 169
12	210 124	164 722	153 901

4.3.2. Financement ad hoc

4.3.2.1. Aide au démarrage

L'aide au démarrage est allouée au MA pour compenser les heures utilisées par les médecins et les frais de déplacement liés au démarrage d'un nouveau MA. Un MA 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 MA.

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, 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 MA, aucun solde non réclamé ne peut être utilisé ultérieurement.

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

²² Le fonctionnement lié à l'accueil des ressources cliniques équivaut à 11 766\$ par ETC pour l'année 2025-2026.

²³ 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 MA.

²⁴ Le taux horaire maximal pour les honoraires du pharmacien pour l'année 2025-2026 de 85 \$.

4.3.2.2. Financement pour les travaux d'aménagement du MA

Le financement pour les travaux d'aménagement est alloué à tous les MA composés d'au moins un site privé, selon l'une ou l'autre des situations suivantes :

- dans le cas d'un MA constitué uniquement d'un ou plusieurs sites n'ayant jamais été reconnus auparavant selon le Programme : ce MA qui intègre le Programme a alors droit à l'ensemble du montant alloué en vertu du Programme;
- dans le cas d'un MA constitué d'un ou plusieurs sites ayant déjà été reconnus auparavant selon le Programme : ce MA 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.

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.

Ne sont pas admissibles les frais liés aux travaux d'aménagement d'un site de MA qui est situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

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

Ce montant maximum est disponible une fois au cours de la reconnaissance du MA, 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.

4.4. Soutien clinique pour les milieux d'affiliation

4.4.1. Nature des professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux

Les différentes catégories de professionnels et intervenants octroyées au MA en vertu du Programme sont les suivantes :

- des infirmières cliniciennes;
- des professionnels et intervenants psychosociaux (travailleur social, criminologue, conseiller d'orientation, sexologue, psychologue);
- d'autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux (nutritionnistes, kinésiologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes, ou infirmières cliniciennes, professionnels ou intervenants psychosociaux et pharmaciens autres que ceux déjà prévus au Programme).

Si le MA a déjà signé un contrat avec un pharmacien communautaire, conformément à la section 4.3.1.5, et qu'il souhaite rehausser l'offre de service de ce pharmacien, il lui est possible d'utiliser le montant forfaitaire correspondant à la catégorie d'emploi « autre professionnel », à la condition de respecter le salaire horaire maximal précisé à la section 4.3.1.6

Santé Québec établit les modalités d'affectation, de remplacement ou d'embauche des professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux en conformité avec la directive ministérielle XXX.

4.4.1.1. Calcul des équivalents temps complet (ETC)

Les professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux alloués au MA sont calculés en équivalent temps complet (ETC) selon le niveau du MA :

**Tableau 4 – Niveau du soutien clinique
selon le niveau du MA**

Niveau du MA	Infirmières cliniciennes (ETC)	Professionnels et intervenants psychosociaux (ETC)	Autres professionnels et intervenants (ETC)
1	1	1	1
2	2	1	1
3	2	1	1
4	3	2	1
5	3	2	2
6	4	2	2
7	4	2	2
8	5	3	2
9	5	3	3
10	6	3	3
11	6	3	3
12	7	4	3

Pour tout professionnel ou intervenant octroyé à un site n'étant pas exploité par un établissement du réseau, le MA peut 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. Toutefois, si le poste est déjà occupé par une ressource de l'établissement, cette option n'est pas permise.

Les modalités de ce soutien, soit l'octroi de ressources par l'établissement ou le versement en argent pour une embauche hors établissement, doivent être inscrites dans l'entente conclue entre l'établissement et le MA pour le volet affiliation, et respectées pour la durée entière d'application de cette entente.

4.4.1.2. Montants liés aux salaires des ressources cliniques

Le détail des montants forfaitaires attribués par le Programme ainsi que le tarif horaire maximal pouvant être couvert par le Programme, pour les différents corps d'emploi, sont détaillés dans le tableau 5 :

**Tableau 5 – Montant du financement
lié au salaire des ressources professionnelles**

Postes professionnels	Montants²⁵ forfaitaires annuels et maximaux calculés sur la base d'un équivalent temps complet	Tarif horaire maximum
Infirmière auxiliaire	57 014 \$	33,66 \$
Infirmière technicienne	66 010 \$	43,11 \$
Infirmière clinicienne	84 172 \$	49,98 \$
Travailleur social	86 972 \$	49,98 \$
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 \$
Criminologue	À venir	À venir
Sexologue	À venir	À venir
Conseiller d'orientation	À venir	À venir

4.4.2. Mise en place d'équipes territoriales de première ligne

La mise en place d'équipes diversifiées de professionnels et d'intervenants de la santé et des services sociaux, dédiées aux besoins spécifiques de tous les patients d'un territoire de CLSC donné, s'effectuera progressivement par les établissements au cours des prochaines années. Les trois possibilités suivantes s'offrent actuellement aux établissements dans le but de consolider cette offre de services :

- Les ressources de la catégorie « autres professionnels et intervenants » sont octroyées au MA afin qu'elles soient dédiées prioritairement à ses patients affiliés. Toutefois, dans un souci d'équité et en fonction des catégories d'emploi des ressources octroyées, il peut dorénavant être convenu, en collaboration avec l'établissement et le DTMF et en fonction des besoins locaux, que ces ressources offrent un certain nombre de plages de disponibilité à toute la population du territoire de CLSC, tout en restant dans les locaux du MA;

²⁵ Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

- Le MA est désormais autorisé à refuser d'accueillir dans ses locaux, pour des raisons relatives au manque d'espace, les ressources de la catégorie « autres professionnels et intervenants » afin qu'elles pratiquent leurs activités en CLSC, sous l'autorité hiérarchique et fonctionnelle de l'établissement, en réponse aux besoins des patients du territoire de CLSC. Le cas échéant, l'établissement conserve la part du financement pour le fonctionnement lié à l'accueil de ces ressources;
- Dans le cas d'un site de MA ne souhaitant pas bénéficier directement d'un financement et d'un soutien clinique, ces ressources sont tout de même allouées à l'établissement au bénéfice de sa population affiliée. Les ressources ainsi octroyées pratiquent leurs activités en CLSC, sous l'autorité hiérarchique et fonctionnelle de l'établissement, en réponse aux besoins des patients du territoire de CLSC.

Les établissements doivent veiller à intégrer ces ressources aux équipes de première ligne déjà en place (cliniques musculosquelettique, services en maladies chroniques, services transitoires, etc.) afin de mutualiser et d'optimiser les services pouvant être offerts à la population. Des trajectoires et mécanismes de référencement efficaces doivent être mis en place afin de favoriser la collaboration entre ces équipes et les milieux d'affiliation.

4.5. Exigences des milieux d'affiliation

Les exigences détaillées dans cette section doivent obligatoirement apparaître dans l'entente annuelle convenue en collaboration avec le DTMF et l'établissement conformément à la section 4.1. En cas de non-respect des engagements convenus, Santé Québec se réserve le droit de retrancher jusqu'à 20 % du financement lié au fonctionnement du MA. La pondération attribuée à chacune des exigences aux fins de l'application de cette pénalité financière est déterminée par Santé Québec.

4.5.1. Heures d'ouverture

Le MA doit participer à l'offre de services d'un territoire déterminé, via une entente concertée de tous les milieux d'affiliation dudit territoire, sous la responsabilité de l'établissement et du DTMF, assurant une couverture minimale de 12 heures par jour et 84 heures par semaine. Selon les réalités territoriales, notamment dans les réseaux locaux de services (RLS) de moins de 50 000 habitants, l'entente peut prendre en compte la contribution des services d'urgence.

4.5.2. Filtre de pertinence

Le MA doit mettre en place et utiliser le filtre de pertinence²⁶ déterminé par Santé Québec 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.

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.

4.5.3. Offre de plages

4.5.3.1. Offre de plages à la population locale

Conformément à l'exigence énoncée à la section 4.5.1., le MA doit offrir des plages de disponibilité²⁷ visant à desservir tous les patients du territoire de CLSC. Ce nombre de plages doit être réparti et établi en collaboration avec l'établissement et le DTMF, en fonction des besoins de la population du territoire. De plus, une plus grande proportion de ces plages doit se retrouver en heures défavorables.

4.5.3.2. Offres de plages en heures défavorables

Le MA doit répartir ses plages de disponibilité de telle sorte qu'au moins 15 % d'entre elles se situent en heures défavorables, soit entre 16h et 22h en semaine et entre 8h et 22h la fin de semaine.

4.5.3.3. Offre de plages de réorientation

Le MA doit convenir 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 régional²⁸, le cas échéant, du nombre de plages de réorientation à offrir selon l'exigence de la section 4.5.5. Ces plages de disponibilité doivent être réparties sur toutes les heures d'ouverture du MA, y compris les soirs et les fins de semaine.

4.5.3.1. Plages dédiées au filtre de pertinence provincial

Le MA doit 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 la plateforme Votre Santé, en fonction du calendrier de déploiement de Santé Québec. 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.

4.5.3.2. Comblement des plages

Le MA doit s'assurer que ses plages de disponibilité puissent être comblées en ligne, par téléphone ou en personne auprès de sa réceptionniste, ainsi que par le personnel autorisé du RSSS, en fonction des besoins locaux.

²⁷ Une plage de disponibilité est une consultation d'une durée préétablie avec un médecin, une IPSPL ou un autre professionnel ou intervenant de la santé et des services sociaux.

²⁸ 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.

4.5.4. Informatisation

4.5.4.1. Dossier médical électronique (DME)

Tous les médecins, IPSPL, professionnels et intervenants du MA doivent détenir une licence pour un logiciel de DME certifié par le MSSS, et en faire l'utilisation.

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

4.5.4.2. Exigences informatiques du MSSS

Le MA doit respecter en tout temps les exigences informatiques du MSSS en vigueur, dont la liste et les explications sont disponibles sur le site Internet du MSSS²⁹. Le GMF doit permettre, le cas échéant, l'accès à ses infrastructures à des fins de contrôle par le représentant désigné par le ministre.

4.5.4.3. Orchestrateur de rendez-vous

Le MA doit transmettre à l'orchestrateur³⁰, par l'entremise d'un DME certifié par le MSSS, la totalité des plages de disponibilité offertes dans le cadre du volet affiliation, incluant les plages de réorientation.

4.5.5. Lien avec les urgences hospitalières

Le MA doit recevoir pour une consultation en présentiel (sauf en cas d'exception) ses propres patients affiliés qui se présentent à un département d'urgence et dont l'évaluation effectuée par l'équipe clinique est favorable à une réorientation.

4.5.6. Services spécialisés et services d'imagerie

L'ensemble des médecins et IPSPL du MA doit utiliser les formulaires et les outils de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) ou de tout autre mécanisme de liaison mis en place par Santé Québec de manière à minimiser les délais d'accès à ces services.

4.5.7. Accès adapté

Le MA 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.

Il doit également implanter la pratique en accès adapté pour tous les professionnels et intervenants du MA, avec l'appui du DTMF et de l'établissement, selon le calendrier de déploiement mis en place par Santé Québec.

²⁹ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/technologies-information/certification-produits-et-services-technologiques/a-propos-certification/>

³⁰ 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.

4.5.8. Pratiques cliniques préventives

Le MA doit nommer un professionnel ou intervenant responsable du déploiement des pratiques cliniques préventives de première ligne (programme clinique, prévention, dépistage, etc.), en fonction du calendrier mis en place par Santé Québec, au sein de chacun des sites du MA.

4.5.9. Pratiques interdisciplinaires

Le MA doit respecter le délai d'intégration prescrit par Santé Québec et s'assurer d'offrir les conditions organisationnelles et professionnelles nécessaires afin de favoriser le maintien et la stabilité des professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux qui lui sont octroyés.

Il doit également respecter les descriptions de tâches élaborées par Santé Québec, qui elles doivent s'inspirer des *Fiches de rôle des professionnels en première ligne* disponibles sur le site internet du MSSS.

De plus, le MA doit mettre en place des mesures visant à soutenir la mobilisation du plein potentiel des intervenants et professionnels, selon les priorités de Santé Québec, dont voici quelques exemples :

- Mise en place d'ordonnances collectives à l'usage des infirmières cliniciennes basées sur les protocoles médicaux nationaux de l'INESSS;
- Signature d'entente de partenariat en pratique avancée entre les médecins et IPSPL du MA et le(s) pharmacien(s);
- Participation au déploiement de mesures par Santé Québec entourant le diagnostic en santé mentale

4.5.10. Gouvernance locale participative

Le MA doit participer activement à la gouvernance locale en déléguant un représentant aux différentes tables locales identifiées comme prioritaires par Santé Québec.

4.5.11. Amélioration continue de la qualité

Le MA doit choisir une démarche d'amélioration continue de la qualité de type Planifier-Faire-Étudier-Agir (PDSA) qu'il souhaite entreprendre au cours de l'année. Le MA choisit parmi une liste d'initiatives proposée par Santé Québec et présente, lors de la révision annuelle, le résumé de la démarche choisie. L'objectif est d'encourager le MA à utiliser l'approche réflexive en utilisant les données cliniques et organisationnelles à sa disposition afin d'améliorer la qualité des soins offerts à la population. Les AACQ et les ARACQ peuvent venir supporter les MA afin de mettre en place la démarche choisie par le MA.

5. Volet réseau

5.1. Critères d'admissibilité

Est admissible à une désignation réseau tout site de MA qui répond à l'ensemble des critères suivants :

- le MA a été reconnu en tant que GMF par Santé Québec en vertu du Programme;
- le projet de GMF-R a reçu l'approbation de la part du DTMF, du PDG et du DM de l'établissement (ou de leurs représentants désignés);
- le GMF a préalablement conclu une entente tripartite avec le DTMF et l'établissement, dans laquelle sont détaillées les exigences à respecter par le GMF relativement à sa mission réseau, ainsi que le niveau de financement et de soutien clinique octroyé par Santé Québec pour cette même mission. Ces éléments peuvent être intégrés dans la même entente que le volet affiliation ou faire l'objet d'une seconde entente. **Ce critère d'admissibilité entre en vigueur dès que le modèle d'entente fourni par Santé Québec est rendu disponible. Dans l'intermédiaire, Santé Québec peut fournir un formulaire d'adhésion incluant les mêmes composantes.** Santé Québec fournit le détail des éléments à inclure dans l'entente.

5.2. Désignation réseau

Tous les GMF ayant déjà obtenu une désignation accès-réseau en vertu de l'ancien Programme de désignation accès-réseau pour les GMF ou d'une ancienne version de ce dernier, conservent une désignation réseau à la condition qu'ils s'engagent à offrir un minimum de 15 000 plages de disponibilités annuellement.

5.2.1. Niveau de la désignation réseau

Santé Québec peut octroyer une désignation réseau à un GMF qui lui en fait la demande. Il détermine alors le site du GMF où seront offerts les services réseaux et octroie au GMF réseau (GMF-R) un niveau en fonction du nombre de plages de disponibilité offertes selon le tableau 6 :

**Tableau 6 – Niveau de la désignation réseau
selon le nombre de plages de disponibilité offertes**

Niveaux	Nombre de plages de disponibilité offertes annuellement
1	15 000 à 19 999
2	20 000 à 24 999
3	25 000 à 29 999
4	30 000 à 34 999
5	35 000 à 39 999
6	40 000 à 44 999
7	45 000 à 49 999
8	50 000 à 54 999
9	55 000 à 59 999

Le nombre de plages de disponibilités offertes dans le cadre de la mission réseau est disponible par l'entremise de l'orchestrateur de rendez-vous.

La date de la désignation réseau du GMF est celle indiquée dans la lettre que Santé Québec transmet à cette fin. Lorsque cette lettre est datée entre le 16 janvier et le 31 mars inclusivement, la date officielle de reconnaissance de la mission réseau du GMF est par défaut le 1^{er} avril suivant.

5.2.2. Effets de la désignation réseau

Tout GMF-R a droit, sous réserve des crédits votés par l'Assemblée nationale du Québec, au financement et au soutien clinique calculés selon les règles prévues au Programme et doit, en contrepartie, respecter les exigences qui lui incombent selon les termes du Programme.

5.2.3. Fin de la désignation réseau

Un GMF-R se voit retirer sa désignation réseau s'il en fait la demande. La perte de cette désignation prend effet à la date mentionnée par le GMF-R quand il en informe Santé Québec.

Le GMF-R perd également sa désignation réseau lorsque Santé Québec la lui retire. La date de fin est celle indiquée dans la lettre que Santé Québec transmet au GMF-R à cette fin. Les situations où Santé Québec peut retirer la désignation réseau d'un GMF-R sont les suivantes :

- lorsque le GMF-R n'entre pas en pleine fonction pour sa mission accès-réseau au plus tard trois mois après sa date de désignation;
- lorsque Santé Québec constate, lors de la révision annuelle du GMF-R, que le nombre de plages de disponibilités offertes pour la mission réseau est en deçà de 15 000;
- à tout moment, si le Santé Québec constate que le GMF-R 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;

5.3. Financement pour la mission réseau

5.3.1. Financement annuel

5.3.1.1. Financement pour le fonctionnement de la mission réseau

Ce financement est alloué au GMF-R pour l'aider à assumer les frais liés à ses opérations et à son administration, particulièrement pour l'offre de service réseau, soit :

- l'embauche et la rémunération de personnel clérical et administratif dans le cadre de la mission réseau;
- l'embauche de professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux dans le cadre de la mission réseau;
- l'achat de mobilier et le coût de location des espaces requis pour accueillir le personnel administratif et clinique embauché par le GMF-R ou alloué par l'établissement dans le cadre de la mission réseau;
- le matériel et les fournitures nécessaires au personnel administratif et clinique embauché par le GMF-R ou alloués par l'établissement dans le cadre de la mission réseau;

- l’informatisation du GMF-R, incluant les équipements, les frais d’implantation du dossier médical électronique (DME) et le coût de ses licences pour le personnel clinique alloué par l’établissement, ou embauché par le GMF-R dans le cadre de la mission réseau.

Le montant annuel de ce financement est établi en fonction du niveau de la désignation réseau et selon le tableau suivant :

Tableau 7 – Montant du financement pour le fonctionnement selon le niveau de la désignation réseau³¹

Niveau réseau	Financement pour le fonctionnement de la mission réseau (\$)
1	94 994
2	115 542
3	136 090
4	156 638
5	181 027
6	204 238
7	222 125
8	245 334
9	267 059

5.3.1.2. Cas particulier du site public

Le financement pour le fonctionnement du site public du GMF-R 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, au personnel administratif et aux professionnels et intervenants alloués par l’établissement dans le cadre de la mission réseau.

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

- l’embauche et la rémunération de personnel administratif;
- l’embauche de professionnels et intervenants autres que ceux alloués en vertu du Programme;
- les frais d’interprétariat;
- les dépenses entourant des projets de recherche ou d’innovation clinique.

³¹ Montants en vigueur pour l’année financière 2025-2026.

5.3.1.3. Financement pour le maintien d'un plateau technique

Le GMF-R peut dorénavant se doter d'un plateau technique lui permettant de traiter des cas plus complexes, notamment grâce à un accès immédiat à davantage de services diagnostiques et de traitement. Le montant de financement pour le maintien d'un plateau technique doit couvrir, entre autres, les dépenses liées à l'entretien et à la réparation des équipements médicaux spécialisés, ainsi qu'à l'achat de matériel à usage unique. Ce financement est accessible seulement pour les GMF-R dont le projet de mise en place d'un plateau technique a été accepté par Santé Québec, selon les conditions décrites à la section 5.3.2.2. Les montants de financement pour le maintien d'un plateau technique en fonction des niveaux sont présentés au Tableau 8 :

Tableau 8 – Montant du financement pour le maintien d'un plateau technique

Niveau	Financement pour le maintien d'un plateau technique (\$)
1	15 000
2	15 000
3	20 000
4	20 000
5	25 000
6	25 000
7	30 000
8	30 000
9	30 000

5.3.2. Financement ad hoc

5.3.2.1. Financement lié aux travaux d'aménagement pour la mission réseau

Ce montant est distinct du financement pour les travaux d'aménagement accordé dans le cadre du volet affiliation. Il est alloué au GMF-R pour les travaux d'aménagement liés à l'accueil du personnel supplémentaire permettant de soutenir l'offre de service réseau ou pour l'aménagement de locaux hébergeant l'offre de service réseau.

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.

Le montant du financement lié aux travaux d'aménagement pour la mission réseau correspond aux dépenses réelles effectuées pour les travaux réalisés, jusqu'à concurrence de 60 000 \$. Ce montant maximum est disponible une fois au cours de la désignation réseau, 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.

Ne sont pas admissibles les frais liés aux travaux d'aménagement d'un site de MA qui est situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

5.3.2.2. Financement pour la mise en place d'un plateau technique

Le GMF-R souhaitant mettre en place un plateau technique au sein du site où s'effectue la mission réseau doit présenter un projet à Santé Québec, défini en collaboration avec le DTMF, l'établissement et les urgences du territoire. Ce projet doit prendre en considération les besoins de la population locale, dans le but de contribuer à désengorger les urgences et d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux de première ligne. Santé Québec fournit au préalable la liste du matériel admissible à un remboursement.

Si le projet est accepté, Santé Québec alloue un financement pour la mise en place d'un plateau technique correspondant aux dépenses réelles effectuées jusqu'à concurrence de 60 000 \$. Ce montant maximum est disponible une fois au cours de la désignation réseau.

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

Ne sont pas admissibles les frais liés à la mise en place d'un plateau technique d'un site de GMF-R qui est situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

5.4. Soutien clinique pour la mission réseau

5.4.1. Nature des ressources cliniques

Ce soutien consiste en l'octroi au GMF-R de ressources cliniques, dont :

- des infirmières auxiliaires;
- des infirmières techniciennes;
- et des infirmières cliniciennes.

Tout GMF-R dont la mission réseau s'effectue 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.

Les modalités de ce soutien, soit l'octroi de ressources par l'établissement ou le versement en argent pour une embauche hors établissement, doivent être inscrites dans l'entente conclue entre l'établissement et le GMF pour la mission réseau, et respectées pour la durée entière d'application de cette entente.

5.4.2. Calcul des équivalents temps complet (ETC)

Les ressources cliniques allouées au GMF-R sont calculées en équivalent temps complet (ETC), selon le niveau de la désignation réseau et selon le tableau suivant :

**Tableau 9 – Niveau du soutien professionnel
selon le niveau de la désignation réseau**

Niveaux réseau	Infirmières auxiliaires (ETC)	Infirmières techniciennes (ETC)	Infirmières cliniciennes (ETC)
1	4	1	1
2	5	1	1
3	5	1	1
4	6	1	1
5	6	1	2
6	7	1	2
7	7	1	2
8	8	1	2
9	8	1	3

À noter qu'un (1) ETC infirmière auxiliaire est prioritairement consacré au service de prélèvements. Toutefois, dans le cas où tous les prélèvements prévus pour la journée sont effectués, cette ressource peut être affectée à d'autres fonctions relatives à la mission réseau.

Que ce soit pour les ressources provenant de l'établissement ou pour celles hors établissement, le GMF-R peut convenir avec l'établissement d'utiliser les montants réservés pour l'embauche d'infirmières auxiliaires et techniciennes (excluant l'infirmière auxiliaire affectée au service de prélèvements) afin d'embaucher plutôt des infirmières cliniciennes supplémentaires selon une équivalence qui permet de respecter l'enveloppe budgétaire prévue.

Santé Québec établit les modalités d'affectation, de remplacement ou d'embauche des professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux en conformité avec **la directive ministérielle XXX**.

5.4.3. Montants liés au salaire des ressources cliniques

Le détail des montants forfaitaires attribués pour la mission réseau ainsi que le tarif horaire maximal pouvant être couvert par le Programme, pour les différents corps d'emploi, sont détaillés dans le tableau 10 :

**Tableau 10 – Montants forfaitaires lié au salaire
des ressources cliniques pour la mission réseau**

Type d'infirmière	Montants ³² forfaitaires annuels et maximaux calculés sur la base d'un équivalent temps complet	Tarif horaire maximum
Auxiliaire	57 635 \$	à venir
Technicienne	66 831 \$	à venir
Clinicienne	85 089 \$	à venir

³² Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

5.5. Fin du volet réseau

Dans le cas où le ministre mettrait fin au volet réseau du Programme, le MSSS s'engage à verser au GMF qui perd sa désignation réseau un montant forfaitaire afin de couvrir les dépenses réelles effectuées pour les espaces locatifs destinés à l'offre de service réseau, jusqu'à concurrence du montant indiqué au tableau suivant, en fonction du niveau de désignation réseau. Plus précisément, le MSSS versera un forfait mensuel jusqu'à l'occurrence du premier des événements suivants :

- l'échéance du bail en cours;
- l'écoulement d'un nombre d'années, après la fin du Programme, équivalant au nombre d'années durant lesquelles le GMF a été désigné en vertu du Programme;
- l'échéance de dix (10) ans suivant la fin du Programme.

Tableau 7 – Montant forfaitaire selon le niveau du GMF-AR

Niveau de la désignation accès-réseau	Montant mensuel forfaitaire disponible (\$) ³³
4	1508
5	1 885
6	2 262
7	2 639
8	3 014
9	3 392
10	3 769
11	4 146
12	4 523

5.6. Bonification des ressources professionnelles

Sur demande du GMF et en collaboration avec l'établissement signataire de l'entente, Santé Québec peut bonifier, en cours d'année, les ressources professionnelles d'un GMF-R lorsque les données de l'orchestrateur démontrent que le niveau suivant pour la désignation réseau a été atteint et maintenu pendant trois mois consécutifs. Ce soutien professionnel supplémentaire est octroyé au GMF-R pour lui permettre de maintenir ce niveau jusqu'à sa prochaine révision annuelle.

Afin d'ajuster rapidement ce soutien professionnel supplémentaire, le GMF-R peut faire la demande de ressources à l'établissement ou procéder lui-même à l'embauche de ressources hors établissement (uniquement dans le cas d'un site privé ayant obtenu une désignation accès-réseau), dès l'atteinte et le maintien du niveau suivant pendant trois mois consécutifs. Le cas échéant, l'établissement lui octroie les ressources ou lui verse en argent le montant correspondant au nombre de ressources supplémentaires par catégorie d'emploi qui ont effectivement été embauchées, sans dépasser le nombre de ressources auxquelles il a droit selon le Tableau 9 et en respect des montants établis au Tableau 10. Les modalités de ce soutien supplémentaire doivent être inscrites dans un addenda ajouté à l'entente conclue entre l'établissement et le GMF.

³³ Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026.

5.7. Exigences liées au volet réseau

Les exigences détaillées dans cette section s'appliquent au site du GMF détenant la mission réseau et doivent obligatoirement apparaître dans l'entente annuelle pour la mission réseau convenue en collaboration avec le DTMF et l'établissement conformément à la section 5.1. En cas de non-respect des engagements convenus, Santé Québec se réserve le droit de retrancher jusqu'à 20 % du financement lié au fonctionnement pour la mission réseau. La pondération attribuée à chacune des exigences aux fins de l'application de cette pénalité financière est déterminée par Santé Québec.

5.7.1. Heures d'ouverture

Le MA ayant obtenu une désignation réseau doit offrir des services de première ligne consacrés à la mission réseau, et ce, les journées de semaine, de fin de semaine de même que les jours fériés.

Selon le niveau du MA réseau, un nombre minimal d'heures doit être assuré par jour et par semaine, sur place, avec une présence médicale en tout temps (médecin ou IPSPL). De plus, une journée doit minimalement compter un bloc de 12 heures de services réseau consécutives, comprises obligatoirement entre 7 h et 22 h. Les précédentes modalités sont détaillées au tableau 11 :

Tableau 11 – Nombre minimal de jours et d'heures de services réseau par semaine

Niveaux réseau	Nombre minimal de jours où des services accès-réseau sont offerts par	Nombre minimal d'heures de services accès-réseau par semaine	Nombre minimal d'heures de services accès-réseau par jour
1	7	76	8
2			
3		84	12
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Toutes les plages consacrées à la mission réseau doivent être offertes en sus des heures de services pour le volet affiliation.

5.7.2. Filtre de pertinence

Le GMF-R doit mettre en place et utiliser le filtre de pertinence³⁴ déterminé par Santé Québec 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.

5.7.3. Offre de plages

5.7.3.1. Offres de plages en heures défavorables

Le GMF-R doit répartir les plages de disponibilité relatives à sa mission réseau de telle sorte qu'au moins 15 % d'entre elles se situent en heures défavorables, soit entre 16h et 22h en semaine et entre 8h et 22h la fin de semaine.

5.7.3.2. Offre de plages de réorientation

Le GMF-R doit convenir 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 régional³⁵, le cas échéant, du nombre de plages de réorientation à offrir selon l'exigence de la section 5.7.5. Ces plages de disponibilité doivent être réparties sur toutes les heures d'ouverture du GMF-R, y compris les soirs et les fins de semaine.

5.7.3.3. Plages dédiées au filtre de pertinence provincial

Le GMF-R doit rendre publique et disponible la totalité des plages relatives à sa mission réseau (à l'exception des plages de réorientation) à l'usage du filtre de pertinence provincial, lorsque ce dernier sera disponible sur la plateforme Votre Santé, en fonction du calendrier de déploiement de Santé Québec. 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.

5.7.3.4. Comblement des plages

Le GMF-R doit s'assurer que les plages de disponibilité relatives à sa mission réseau puissent être comblées en ligne, par téléphone ou en personne auprès de sa réceptionniste, ainsi que par le personnel autorisé du RSSS, en fonction des besoins locaux.

Dans le cas où toutes les plages de consultation affichées pour la journée sont comblées, il doit être possible pour tout patient de prendre un rendez-vous pour le lendemain, et ce, dès trois (3) heures avant la fermeture du site.

³⁴ 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.

³⁵ 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.

5.7.4. Informatisation

5.7.4.1. Dossier médical électronique (DME)

Tous les médecins, IPSPL, professionnels et intervenants participant à l'offre de service réseau du GMF doivent utiliser un DME certifié par le MSSS pour la tenue de dossier. Le DME utilisé dans le cadre de la mission réseau doit être le même que celui utilisé dans le cadre du volet affiliation.

5.7.4.2. Gestion des disponibilités pour la mission réseau

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

5.7.5. Lien avec les partenaires du RSSS

Le GMF-R doit accueillir en consultation présentielle — sauf exception — les patients se présentant à l'urgence et dont l'évaluation clinique justifie une réorientation. Il doit également recevoir en consultation les patients référés par un milieu d'affiliation ou tout autre intervenant du réseau, lorsque leur condition nécessite une intervention nécessitant les services du GMF-R.

5.7.6. Prélèvements

Le GMF-R doit convenir, dans l'entente signée avec l'établissement, d'offrir dans ses locaux un service de prélèvements pour les patients qui consultent dans le cadre de la mission réseau. Le MA doit s'assurer de fournir les espaces requis pour un tel service et un (1) ETC infirmière auxiliaire doit prioritairement être consacré au service de prélèvements. L'établissement est responsable de fournir le matériel nécessaire au fonctionnement de ce service, de même que d'assurer le transport, l'analyse et tout autre service lié aux prélèvements. De plus, aucuns frais liés aux prélèvements effectués dans le cadre de la mission accès-réseau ou dans le cadre de toute autre mission ne peuvent être facturés aux patients.

5.7.7. Radiographie simple et échographie

Le GMF-R doit établir un corridor de services avec un ou plusieurs laboratoire(s) d'imagerie médicale situé(s) à proximité.

L'échographie et la radiographie simple, effectuées par un radiologue affilié à la RAMQ, sont des services assurés au sens de la LSSSS. Aucuns frais en lien avec ces services ne peuvent être facturés aux patients. Les services de radiographie simple doivent être disponibles durant toutes les heures ouvrables du GMF pour sa mission réseau. Des services d'échographie doivent être offerts minimalement du lundi au vendredi.

5.7.8. Services spécialisés et services d'imagerie autres que ceux visés à la section 5.7.7

L'ensemble des médecins participant à l'offre de service du GMF-R doit utiliser les formulaires et les outils de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) ou de tout autre mécanisme de liaison mis en place par l'établissement de manière à minimiser les délais d'accès à ces services.

5.7.9. Réactivité ponctuelle

Lors d'épisodes où les besoins de la population augmentent (ex. : épidémie, période hivernale, sécurité civile), le GMF-R doit adapter le nombre de plages de disponibilité offertes à l'ensemble de la population dans le cadre de sa mission réseau afin de répondre de manière adéquate aux besoins augmentés de la population. Les périodes où une telle réactivité est requise sont déterminées par le DTMF, en collaboration avec l'établissement en vertu de sa responsabilité populationnelle, selon les directives de Santé Québec.

DOCUMENT DE TRAVAIL

6. Volet universitaire

6.1. Critères d'admissibilité

Est admissible à une désignation universitaire tout site de MA qui répond à l'ensemble des critères suivants :

- le MA a été reconnu en tant que GMF par Santé Québec en vertu du Programme;
- le projet de groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) a été agréé dans le Programme de médecine de famille par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC);
- le projet GMF-U a reçu l'approbation de la part du chef de DRMG, du PDG de l'établissement et du DMFMU de l'Université partenaire;
- les médecins et IPSPL enseignants participant au projet ont préalablement conclu une entente quadripartite, différente de celle conclue pour le volet affiliation ou le volet réseau, avec la faculté de médecine de l'université partenaire, le DTMF et l'établissement, dans laquelle sont détaillées les exigences à respecter par le MA relativement à sa mission universitaire, ainsi que le niveau de financement et de soutien administratif et clinique octroyé par Santé Québec pour cette même mission. **Ce critère d'admissibilité entre en vigueur dès que le modèle d'entente fourni par Santé Québec est rendu disponible. Dans l'intermédiaire, Santé Québec peut fournir un formulaire d'adhésion incluant les mêmes composantes.** Santé Québec fournit le détail des éléments à inclure dans l'entente.

De plus, un projet GMF-U situé sur un site en établissement doit préalablement obtenir l'ajout d'une mission GMF-U au permis de l'installation³⁶.

6.2. Désignation universitaire

Tous les GMF ayant déjà obtenu une désignation universitaire en vertu de l'ancien Cadre de gestion pour les GMF-U, conservent leur désignation universitaire.

6.2.1. Niveau de la désignation universitaire

Santé Québec peut octroyer une désignation universitaire à un GMF qui lui en fait la demande. Il indique alors le ou les sites du GMF qu'il reconnaît et détermine le niveau du GMF-U en fonction du nombre de patients pondérés affiliés au GMF et associés aux médecins et IPSPL enseignants à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), selon les indicateurs suivants :

4. <https://m02.pub.msss.rtss.qc.ca/M02ListeInstall.asp>

Tableau 12 – Niveau du GMF-U selon sa cible de patients affiliés pondérés

Niveaux du GMF-U	Cibles d'inscriptions pondérées
0	2 000 à 5 999*
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

La date de la désignation du GMF-U est celle indiquée dans la lettre que Santé Québec transmet au GMF-U à cette fin, soit le 1^{er} avril précédant l'arrivée de la première cohorte de résidents en médecine de famille.

6.2.2. Effets de la désignation

Tout GMF-U reconnu par Santé Québec 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 exigences qui lui incombent en vertu du Programme.

6.2.3. Fin de la désignation universitaire

Un GMF-U se voit retirer sa désignation universitaire s'il en fait la demande. La perte de cette désignation prend effet à la date mentionnée par le GMF-U quand il en informe Santé Québec.

6.2.4. Fin du financement

Le GMF-U qui met fin à sa désignation universitaire avant la date de sa révision annuelle verra son financement relatif à sa mission universitaire ajusté au prorata des jours restant jusqu'à sa date de fin prévue.

6.2.5. Soutien de GMF-U de moins de 6 000 patients affiliés pondérés

De façon exceptionnelle, un groupe de médecins et IPSPL enseignants peut obtenir une désignation universitaire même s'il n'atteint pas le seuil minimal de 6 000 patients affiliés pondérés. Le cas échéant, en fonction des critères mentionnés à la section 6.2.5.1., Santé Québec lui octroie un niveau 0 de financement et de soutien administratif et clinique.

6.2.5.1. Conditions à respecter

Ce soutien peut être octroyé à un GMF-U en démarrage qui répond à tous les critères suivants :

- le GMF-U doit avoir obtenu sa désignation universitaire depuis moins de 3 ans;
- la capacité d'accueil du GMF-U est d'un minimum de 2 places de R1 la première année et doit atteindre 6 places de R1 la 3^e année.
- le GMF-U doit avoir un minimum de 2 000 patients affiliés pondérés la première année et doit atteindre 6 000 patients affiliés pondérés après 3 ans.

Un GMF-U souhaitant soumettre un plan de démarrage différent ou n'étant pas en mesure d'atteindre la cible des 6 000 patients affiliés pondérés pour des raisons hors de son contrôle (ex. : GMF-U en territoire éloigné), doit présenter, en collaboration avec l'établissement, le DTMF et l'université, une demande de dérogation à Santé Québec.

6.2.5.2. Financement lié au fonctionnement des GMF-U en démarrage

Le montant du financement lié au fonctionnement du GMF-U en démarrage est calculé au prorata de patients affiliés pondérés de ce dernier, par rapport au seuil inférieur du niveau 1 (Tableau 13 de la section 6.3.1.1).

6.3. Financement pour la mission universitaire

6.3.1. Financement annuel

6.3.1.1. Financement pour le fonctionnement du GMF-U

Dans un premier temps, le financement pour le fonctionnement du GMF-U vise à contribuer à l'embauche et la rémunération de ressources dédiées à la mission universitaire en sus des ressources allouées en vertu du Programme (sections 6.4.1.1 et 6.4.1.2). Les catégories d'emploi suivantes peuvent être embauchées en plus de celles déjà prévues au présent Programme :

- des professionnels et intervenants psychosociaux (travailleur social, criminologue, conseiller d'orientation, sexologue, psychologue);
- d'autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux (nutritionnistes, kinésiologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalothérapeutes et pharmaciens).

Ce financement peut également être utilisé pour l'embauche de ressources en soutien clérical, administratif ou informatique, dédiées à la mission universitaire.

Dans un second temps, il vise également à contribuer aux frais liés aux opérations et à l'administration du GMF-U, soit :

- l'achat de mobilier et le coût d'entretien des espaces requis (incluant le chauffage, l'éclairage et la conciergerie) pour accueillir le personnel administratif et professionnel dédié à la mission universitaire embauché par le GMF-U hors établissement ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Cadre de gestion;
- le matériel et les fournitures de bureau nécessaires au personnel administratif et professionnel dédié à la mission universitaire embauché par le GMF-U hors établissement ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Cadre de gestion;
- le matériel et les fournitures cliniques nécessaires au personnel professionnel dédié à la mission universitaire embauché par le GMF-U hors établissement ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Cadre de gestion;

- l’informatisation du GMF, incluant les équipements et le câblage pour le personnel administratif et professionnel dédié à la mission universitaire embauché par le GMF-U hors établissement ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Cadre de gestion, la connexion à Internet et le commutateur;
- les frais d’implantation du DME et le coût des licences du DME pour le personnel administratif et professionnel dédié à la mission universitaire embauché par le GMF-U hors établissement ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Cadre de gestion;
- les frais de déplacement entre les sites GMF-U pour les apprenants, ainsi que le personnel administratif et professionnel dédié à la mission universitaire embauché par le GMF-U hors établissement ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS en vertu du Cadre de gestion, lorsque ces frais ne sont pas couverts par les conventions collectives en vigueur à l’établissement;
- les frais d’inscription et de déplacement encourus pour la participation à une activité de formation complémentaire, demandée par le GMF-U et jugée pertinente pour le personnel administratif et professionnel engagé par le GMF-U hors établissement ou alloué par le CISSS ou le CIUSSS conformément au Cadre de gestion. Par ailleurs, le CISSS ou le CIUSSS demeure responsable d’assumer tous les frais afférents à une activité de formation qu’il exige pour les professionnels alloués au GMF-U.

Ces sommes ne peuvent en aucun cas être utilisées à d’autres fins que celles mentionnées précédemment. Le présent Cadre de gestion prévoit un soutien financier pour les GMF-U, mais cette subvention ne se veut pas être un financement intégral et complet. Les sommes dévolues au fonctionnement ne soustraient pas l’établissement à ses obligations de soutien financier et matériel des GMF-U qui se situent dans une ou plusieurs de ses installations.

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

Tableau 13 – Montant du financement lié au fonctionnement selon le niveau du GMF-U³⁷

Niveaux GMF-U	Fonctionnement (\$)
0	* ³⁸
1	90 692
2	136 038
3	181 383
4	226 729
5	272 075
6	317 421
7	362 767
8	408 113
9	453 458

³⁷ Montants en vigueur pour l’année financière 2025-2026.

³⁸ Le financement lié au fonctionnement des GMF-U de niveau 0 est calculé au prorata du nombre de patients affiliés pondérés par rapport au seuil inférieur du niveau 1 (6 000).

6.3.2. Financement ad hoc

Contrairement à l'aide au démarrage, le remboursement des frais liés aux travaux d'aménagement, aux équipements de démarrage et au loyer n'est accessible qu'aux sites GMF-U qui ne sont pas situés dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

6.3.2.1. Aide au démarrage du GMF-U

L'aide au démarrage du GMF-U est allouée au médecin responsable du GMF ou au directeur médical du GMF-U pour compenser les frais de déplacement encourus pour le démarrage d'un nouveau GMF-U.

Cette aide devient disponible seulement lorsque le MSSS, le chef de DRMG, le PDG et l'université ont approuvé la demande de désignation universitaire du GMF, et ce, en fonction des critères d'évaluation prévus à la section 6.1.

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 encourus par le médecin responsable ou le directeur médical, jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

Ce montant maximum est disponible une seule fois et s'il n'est pas utilisé complètement après 2 années suivant la désignation universitaire du GMF, aucun solde non réclamé ne peut être utilisé ultérieurement.

6.3.2.2. Financement pour les travaux d'aménagement du GMF-U

Ce financement peut contribuer à couvrir les frais liés aux travaux d'aménagement des différents locaux, en lien avec l'intégration du personnel supplémentaire pour sa mission universitaire ou avec l'accroissement du nombre d'apprenants pouvant être accueillis annuellement par le GMFU.

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.

Le montant du financement lié aux travaux d'aménagement du GMF-U correspond aux dépenses réelles encourues par le GMF-U pour les travaux réalisés, jusqu'à concurrence de 180 000 \$.

De plus, un montant additionnel de 30 000 \$ par nouvelle place de R1 peut également être réclamé par le GMF-U lors d'une augmentation de capacité d'accueil à partir de la quatrième année de désignation du GMF-U.

Advenant le remboursement de coûts inférieurs aux montants rendus disponibles, le solde non réclamé demeure disponible pour rembourser le coût de travaux ultérieurs.

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

6.3.2.3. Financement pour les équipements de démarrage du GMF-U

Ce financement comprend les frais liés aux équipements de démarrage des différents locaux en lien avec l'intégration d'apprenants en GMF-U (externes, résidents, étudiantes IPSPL). Une liste de mobilier, de matériel médical et de matériel informatique jugés habituellement nécessaires est fournie par Santé Québec.

Le montant du financement lié aux équipements de démarrage du GMF-U correspond aux dépenses réelles encourues par le GMF-U pour les équipements acquis, jusqu'à concurrence de 90 000 \$.

De plus, un montant additionnel de 15 000 \$ par nouvelle place de R1 peut également être réclamé par le GMF-U lors d'une augmentation de capacité d'accueil à partir de la quatrième année de désignation du GMF-U.

Si les montants rendus disponibles ne sont pas utilisés complètement après 2 années suivant le démarrage du GMF-U ou l'augmentation de la capacité d'accueil, aucun solde non réclamé ne peut être utilisé pour l'achat d'équipements de démarrage ultérieurement.

Ne sont pas admissibles les frais liés aux équipements de démarrage d'un GMF-U qui est situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

6.3.2.4. Financement pour le loyer du GMF-U

Ce financement comprend les frais liés à la location des différents locaux en lien avec l'intégration d'apprenants en GMF-U (externes, résidents, étudiantes IPSPL).

Le montant du financement pour le loyer du GMF-U hors établissement représente 17 000 \$ par place de R1 affichées au Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS).

Un GMF-U qui est situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux n'est pas admissible au financement pour le loyer.

6.4. Soutien administratif et clinique pour la mission universitaire

6.4.1. Nature des ressources

Ce soutien consiste en l'attribution de ressources administratives et professionnelles dédiées à la mission universitaire. Les ressources octroyées aux GMF-U telles que présentées dans les tableaux 14 et 15 s'ajoutent à celles déjà prévues dans le Programme GMF. Elles sont calculées en équivalent temps complet (ETC) selon le niveau du GMF-U.

Tout GMF dont la mission universitaire s'effectue à partir d'un site qui n'est pas exploité par un établissement du réseau reçoit ce soutien en argent, versé par l'établissement, afin de procéder à l'embauche de ressources hors établissement, en respect des conditions indiquées à l'annexe IV. Cependant, les **infirmières cliniciennes et les AACQ doivent obligatoirement être attribués par l'établissement**. L'établissement peut consentir, selon les besoins et la disponibilité de la main-d'œuvre, à octroyer directement d'autres catégories de ressources prévues au cadre de gestion si un GMF-U lui en fait la demande.

Il est à noter que l'octroi de ressources administratives et professionnelles aux GMF-U par le MSSS est prévu à des fins avant tout cliniques. Les ressources dédiées à la coordination de l'enseignement relèvent pour leur part du milieu universitaire.

6.4.1.1. Ressources administratives pour la mission universitaire

Le soutien clérical et administratif octroyé par le Programme et dédié à la mission universitaire comprend les titres d'emploi suivants :

- des agents administratifs;
- des techniciens en administration;
- des secrétaires médicales;
- des cadres intermédiaires³⁹.

Tableau 14 – Ressources administratives octroyées selon le niveau du GMF-U

Niveaux GMF-U	Agent administratif / secrétaire médicale (ETC)	Technicien en administration (ETC)	Cadre intermédiaire (ETC)
0	3	0	0,5
1	4	1	0,5
2	5	1	1
3	6	1	1
4	7	1	1,25
5	8	2	1,25
6	9	2	1,5
7	10	2	1,5
8	10	2	1,75
9	10	3	1,75

Tout le personnel embauché par l'établissement, que ce soit en GMF-U ou en GMF, est placé sous l'autorité hiérarchique du cadre intermédiaire, et non du directeur médical. Le soutien clérical et administratif octroyé à un GMF-U situé en CLSC ne s'ajoute pas à celui prévu par la circulaire [Soutien clérical et administratif à la pratique et outils technologiques en installation publique offrant des services de première ligne \(2022-014\)](#), mais s'y substitue.

6.4.1.2. Ressources cliniques pour la mission universitaire

Le soutien professionnel octroyé par le Programme et dédié à la mission universitaire comprend les titres d'emploi suivants :

- des infirmières auxiliaires;
- des infirmières cliniciennes;
- des agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ).

³⁹ Cette quantification est donnée à titre informatif seulement. En effet, depuis la mise en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, les établissements sont tenus de respecter un taux d'encadrement global, lequel est variable d'un établissement à l'autre.

Tableau 15 – Ressources cliniques octroyées selon le niveau du GMF-U

Niveaux GMF-U	Infirmières auxiliaires (ETC)	Infirmières cliniciennes (ETC)	AACQ (ETC)
0	1	1	1
1	2	1	1
2	3	2	1
3	4	2	1
4	5	3	1
5	6	3	1
6	6	3	1
7	7	4	1
8	7	4	1
9	8	4	1

Le GMF-U peut convenir avec l'établissement d'utiliser les montants réservés pour l'embauche d'infirmières auxiliaires afin d'embaucher plutôt des infirmières cliniciennes supplémentaires à celles prévues au Cadre de gestion, selon une équivalence qui permet de respecter l'enveloppe budgétaire prévue. En telle situation, le directeur médical et le cadre intermédiaire doivent s'entendre sur la structure mise en place.

Par ailleurs, les professionnels et intervenants octroyés dans le cadre du volet affiliation sont appelés à contribuer activement à la mission universitaire du MA. Il est donc particulièrement souhaitable qu'une équipe interdisciplinaire diversifiée soit en place afin de favoriser l'initiation des apprenants à la collaboration interprofessionnelle.

6.4.1.3. Montants des salaires pour la mission universitaire

Le détail des montants forfaitaires attribués pour la mission universitaire ainsi que le tarif horaire maximal pouvant être couvert par le Programme, pour les différents corps d'emploi, sont détaillés dans le tableau 16 :

Tableau 16 – Montants forfaitaires lié au salaire des ressources administratives et professionnelles

Types de ressource	Montants⁴⁰ forfaitaires annuels et maximaux calculés sur la base d'un équivalent temps plein (\$)	Tarif horaire maximum
Agent administratif ou secrétaire médicale	49 548\$	À venir
Technicien en administration	50 612\$	À venir
Cadre intermédiaire	95 226\$	À venir
Infirmière auxiliaire	57 635\$	À venir
AACQ	69 393\$	À venir
Infirmière clinicienne	84 172\$ \$	À venir
Autres ressources humaines	À venir	À venir

6.4.2. Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) doivent trouver dans le GMF-U un milieu clé pour exercer leur profession et assurer la formation de leurs pairs. Elles sont donc systématiquement intégrées aux GMF-U. De plus, autant de places de stage que d'ETC d'IPSPL en poste sont réservées pour assurer la formation de celles-ci, et ce, en respect des exigences universitaires en matière de stage.

Il est impératif que les établissements allouent ces ressources de façon prioritaire aux GMF-U, dès que ces dernières sont disponibles. Parallèlement, du fait de cette priorisation et de la présence souhaitée, selon le niveau, de deux ou trois IPSPL dans chaque GMF-U, ces derniers s'engagent à être des milieux de stage permanents pour les stagiaires IPSPL dès lors qu'ils reçoivent les ressources prévues et ce, en conformité avec les responsabilités qui relèvent de la Faculté des sciences infirmières et du Département de médecine de famille concernés. Les IPSPL, peuvent participer à la formation des externes et résidents en médecine, mais doivent être majoritairement impliquée dans l'accompagnement de stagiaire IPSPL.

En plus des IPSPL, il est également souhaitable d'intégrer les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de d'autres classes de spécialité, notamment les IPS en santé mentale (IPSSM), afin de permettre une offre de soins plus spécialisées dans un contexte de proximité.

La rémunération des IPSPL est assurée par la Direction des soins et des services infirmiers du MSSS en fonction du plan de déploiement des IPS du MSSS. La rémunération, sous forme de reddition de compte annuelle, n'est pas abordée dans le présent Cadre de gestion. Toutefois, un nombre d'ETC IPSPL minimal doit être octroyé par les établissements dans chaque GMF-U, comme présenté au Tableau 17 :

⁴⁰ Montants en vigueur pour l'année financière 2025-2026

Tableau 17 – Nombre minimal d'IPSPL octroyées selon le niveau du GMF-U

Niveaux GMF-U	IPSPL (ETC)
0	2
1	2
2	2
3	2
4	3
5	3
6	3
7	3
8	3
9	3

6.5. Exigences liées au volet universitaire

Les exigences détaillées dans cette section s'appliquent au site du MA détenant la mission universitaire et doivent obligatoirement apparaître dans l'entente annuelle pour la mission universitaire convenue en collaboration avec la faculté de médecine de l'université partenaire, le DTMF et l'établissement conformément à la section 6.1. En cas de non-respect des engagements convenus, Santé Québec se réserve le droit de retrancher jusqu'à 10 % du financement lié au fonctionnement pour la mission universitaire. La pondération attribuée à chacune des exigences aux fins de l'application de cette pénalité financière est déterminée par Santé Québec.

6.5.1. Capacité d'accueil en médecine de famille

La capacité d'accueil d'un GMF-U souhaitée est de 2 places de résident 1 (R1) la première année et 6 places de R1 après 3 ans de fonctionnement. Le nombre de place de R1, ainsi que le nombre de places de stage pour les externes en médecine de famille doit être établi annuellement en collaboration avec le DTMF, l'établissement et l'université partenaire, en fonction des besoins en formation de nouveaux médecins de famille.

6.5.2. Capacité d'accueil d'étudiantes IPSPL

Le GMF-U doit offrir autant de places de stage que le nombre d'ETC d'IPSPL en poste afin d'assurer la formation de ces dernières. Le nombre de place de stage pour les étudiantes IPSPL doit être établi annuellement en collaboration avec le DTMF, l'établissement et l'université partenaire, en fonction des besoins en formation de nouvelles IPSPL.

6.5.3. Cible de patients affiliés

Le GMF-U doit viser un minimum de 1 000 patients affiliés pondérés associés aux médecins et IPSPL enseignants par place de R1 projetée annuellement. Au besoin, un plan d'action à cet effet peut être établi en collaboration avec le DTMF, l'établissement et l'université partenaire, en fonction des réalités territoriales.

7. Révision annuelle

7.1. Date de la révision

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

Le MA 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 exigences du Programme ne s'applique alors qu'à partir de l'année suivante.

Les ententes conclues avec le DTMF et l'établissement pour les volets affiliation et réseau, ainsi qu'avec l'université partenaire pour le volet universitaire, dans laquelle sont détaillées les exigences à respecter par le MA, ainsi que le niveau de financement et de soutien clinique octroyé par Santé Québec, doivent être reconduites annuellement au moment de la révision annuelle. **Cette modalité de révision annuelle entre en vigueur dès que le modèle d'entente fourni par Santé Québec est rendu disponible. Dans l'intermédiaire, Santé Québec peut fournir un formulaire de révision annuelle incluant les mêmes composantes.**

Toutes les ententes signées doivent être transmises à l'établissement au plus tard le 30 avril de chaque année. Toute entente conclue après cette date entraînera des délais supplémentaires dans le versement du financement au MA, pour l'ensemble des volets reconnus.

7.1.1. Calcul du niveau du MA

7.1.1.1. Volet affiliation

Au moment de la révision annuelle, Santé Québec établit le niveau du MA en fonction du nombre de patients affiliés pondérés auprès des médecins et des IPSPL.

Les données concernant l'évaluation du nombre de patients affiliés pondérés sont extraites au mois d'avril et s'étendent sur une période de 12 mois consécutifs, allant du 1^{er} avril de l'année précédente au 31 mars de l'année en cours.

7.1.1.2. Volet réseau

Au moment de la révision annuelle, Santé Québec établit le niveau du GMF-R en fonction du nombre de plages de disponibilités offertes pour la mission réseau durant l'année précédente.

Les données concernant l'évaluation du nombre de plages de disponibilités offertes pour la mission réseau sont extraites au mois d'avril et s'étendent sur une période de 12 mois consécutifs, allant du 1^{er} avril de l'année précédente au 31 mars de l'année en cours.

7.1.1.3. Volet universitaire

Au moment de la révision annuelle, Santé Québec établit le niveau du GMF-U, le cas échéant, en fonction du nombre de patients affiliés pondérés auprès des médecins et des IPSPL enseignants.

Les données concernant l'évaluation du nombre de patients affiliés pondérés pour la mission universitaire sont extraites au mois d'avril et s'étendent sur une période de 12 mois consécutifs, allant du 1^{er} avril de l'année précédente au 31 mars de l'année en cours.

7.2. Versement du financement

Le financement est versé par Santé Québec au MA selon les modalités suivantes et sans aucune retenue pour la gestion administrative :

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

Les modalités particulières concernant le versement du financement pour le fonctionnement du MA et de ses missions, le cas échéant, sont décrites aux sections 4.5, 5.7 et 6.5.

Le respect des dates de versement est conditionnel à la transmission de l'entente ou des ententes signée(s) par le MA dans les délais mentionnés à la section 7.1. 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 MA ou de la désignation réseau ou universitaire. Le montant de ce versement est calculé au prorata des jours restants jusqu'à la date prévue du versement suivant.

Dans le cas où un MA se verrait retirer sa reconnaissance ou une désignation, en cours d'année, avant la date de la prochaine révision annuelle du MA, ce dernier verrait son financement ajusté au prorata des jours restants jusqu'à sa date de fin prévue. Si le financement a déjà été octroyé, le MA devra rembourser le montant des jours financés après sa date de fin. De plus, il est souhaité que le financement et le soutien clinique octroyés soient redistribués dans le nouveau MA qui accueillera les patients affiliés visés par une perte de reconnaissance.

8. Reddition de compte

8.1. Financement et soutien clinique et administratif

Les modalités encadrant la reddition de comptes liée au financement et au soutien administratif et clinique ainsi que la date de transmission de cette dernière sont déterminées par Santé Québec et communiquées aux établissements en début d'année financière pour l'année suivante.

Par ailleurs, concernant l'administration du financement et du soutien administratif qui lui sont octroyés, le MA 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.
- mettre à la disposition de l'établissement les informations relatives au travail des professionnels et intervenants en GMF, qui sont nécessaires pour produire les rapports annuels financiers et statistiques;

9. Suivi des indicateurs

Santé Québec veille à l'élaboration d'un bilan annuel provincial mesurant l'atteinte des objectifs visés par le Programme et évaluant la performance de ce dernier. Ce bilan doit être présenté au ministre le 30 juin de chaque année et faire état du suivi périodique d'indicateurs compris dans les catégories suivantes :

- Indicateurs de résultats (ex. : nombre d'hospitalisations, nombre de visites de patients P4-P5 aux urgences, prévalence des maladies chroniques)
- Indicateurs d'accès (ex. : troisième rendez-vous disponible, nombre de consultations effectuées par les professionnels et intervenants du MA autres que les médecins et IPSPL, délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un intervenant ou professionnel de première ligne)
- Indicateurs de qualité (ex. : taux de satisfaction des usagers, pourcentage de patients associés à un médecin ou à une IPSPL, autres indicateurs cliniques ou de prévention)

Ce bilan annuel constitue un levier essentiel pour l'amélioration continue du Programme. Les résultats ainsi mis en lumière permettront d'orienter la mise en œuvre de nouvelles modalités et exigences dans le futur, en soutien à l'atteinte des objectifs du Programme.

Santé Québec doit informer les MA des indicateurs qui seront suivis dans la prochaine année 60 jours avant la date de la révision annuelle. Ces indicateurs doivent être intégrés dans l'entente tripartite entre le MA, le DTMF et l'établissement (mesure à temps 0, puis périodiquement), sans être associés au financement.

10. Modification du Programme

Le ministre peut apporter des modifications au Programme, sous réserve de leur approbation par le Conseil du trésor. Une telle modification doit être notifiée au GMF au moins 60 jours avant la date de prise des données, telle qu'inscrite à la section 7.1, 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.

11. Mécanisme de résolution des problématiques dans les GMF

11.1. Comité technique

Le comité technique est composé de trois membres désignés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et de trois membres désignés par le ministre, incluant un représentant du MSSS et deux représentants 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 DSPI@sante.quebec.

11.2. Étapes de résolution des problématiques dans les GMF

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

11.2.1. Étape 1 : la problématique est abordée par le médecin responsable du GMF, par le gestionnaire 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.

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

Si aucune entente n'est possible entre les parties 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.

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

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

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

Ce formulaire doit notamment inclure les informations suivantes :

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

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

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

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

Advenant l'échec des discussions à l'étape 3, l'une ou l'autre des parties 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 DSPI@sante.quebec.

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

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

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

12. 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 II. 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.

13. Entrée en vigueur

Le Programme est entré en vigueur le 16 novembre 2015.

La présente version modifiée du Programme entre en vigueur le 1^{er} avril 2026.

14. 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 et 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 qui ne peuvent facturer ces codes d'acte, ainsi que les IPSPL, 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'assiduité⁴¹ 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.

⁴¹ 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-paragraphe 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 :
ADRESSES COURRIEL DES RESPONSABLES MA EN ÉTABLISSEMENT**

Établissements Santé Québec		Adresses courriel
01	Bas-Saint-Laurent	premiere.ligne.drmg.dsp.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	02.programme.gmf.ciusss.slsj@ssss.gouv.qc.ca
03	Capitale-Nationale	gmf.programme.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca
04	Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	04ProgrammeGMF@ssss.gouv.qc.ca
05	Estrie	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.ci:sssat.GMF@ssss.gouv.qc.ca
09	Côte-Nord	09ci:sss.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
10	Baie-James	10_gmf@ssss.gouv.qc.ca
11.1	Gaspésie	ci:sssgaspesie.programme.gmf@ssss.gouv.qc.ca
11.2	Îles-de-la-Madeleine	prog.gmf.ci:sssdesiles@ssss.gouv.qc.ca
12	Chaudière-Appalaches	programme_gmf.ci:sssca@ssss.gouv.qc.ca
13	Laval	soutien.gmf.ci:ssslav@ssss.gouv.qc.ca
14	Lanaudière	GMF.CISSLAN@ssss.gouv.qc.ca
15	Laurentides	15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca
16.1	Montréal-Centre	gmf.ci:sssmc16@ssss.gouv.qc.ca
16.2	Montréal-Est	supportgmf.ci:sssme16@ssss.gouv.qc.ca
16.3	Montréal-Ouest	programme.gmf.ci:sssmo16@ssss.gouv.qc.ca