

AMENDEMENT N° 195
À L'ENTENTE GÉNÉRALE DU 1^{er} SEPTEMBRE 1976
ENTRE
LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ET
LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1. L'Entente générale est modifiée comme suit :**

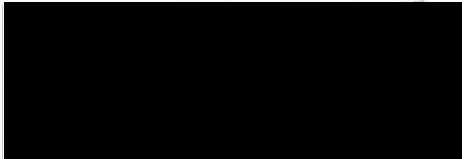
- A) En ajoutant l'Entente de principe afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec laquelle est introduite en Annexe I du présent amendement.**
- B) En ajoutant la Lettre d'entente n° 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité laquelle est introduite en Annexe II du présent amendement.**
- C) En ajoutant la Lettre d'entente n° 369 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 368 laquelle est introduite en Annexe III du présent amendement.**
- D) En ajoutant la Lettre d'entente n° 370 ayant trait au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce en deuxième ligne et découlant de l'Entente de principe MSSS-FMOQ afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité laquelle est introduite en Annexe IV du présent amendement.**
- E) En ajoutant la Lettre d'entente n° 371 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 370 laquelle est introduite en Annexe V du présent amendement.**
- F) En ajoutant la Lettre d'entente n° 372 ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'Entente de principe afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité intervenue entre le MSSS et la FMOQ laquelle est introduite en Annexe VI du présent amendement.**
- G) En ajoutant la Lettre d'entente n° 373 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 372 laquelle est introduite en Annexe VII du présent amendement.**
- H) En ajoutant la Lettre d'entente n° 374 visant à accroître l'accès en sans rendez-vous populationnel dans les milieux non GMF laquelle est introduite en Annexe VIII du présent amendement.**
- I) En ajoutant la Lettre d'entente n° 375 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 374 laquelle est introduite en Annexe IX du présent amendement.**

- J) En ajoutant la Lettre d'entente n° 376 ayant trait au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce auprès de clientèles spécifiques et découlant de l'Entente de principe MSSS-FMOQ afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité laquelle est introduite en Annexe X du présent amendement.**
- K) En ajoutant la Lettre d'entente n° 377 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 376 laquelle est introduite en Annexe XI du présent amendement.**
2. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 25^e jour de janvier 2024



CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux



MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

AMENDEMENT N^o 195
ANNEXE I

**ENTENTE DE PRINCIPE AFIN D'ACCROÎTRE L'ACCÈS À L'OFFRE DE
SERVICES EN PREMIÈRE LIGNE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ
INTERVENUE ENTRE
LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ET LA
FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**

CONSIDÉRANT la problématique d'accessibilité aux services médicaux de première ligne au Québec et la volonté des parties de travailler de concert afin de régler cette problématique de façon satisfaisante;

CONSIDÉRANT l'objectif partagé par les deux parties d'accroître l'offre de services médicaux en première ligne;

CONSIDÉRANT qu'il est impératif de favoriser l'accès à un médecin de famille à toute personne inscrite ou non à un médecin de famille, et ce, au bon endroit et au bon moment;

CONSIDÉRANT l'importance d'outiller adéquatement les autorités régionales aux fins de soutien et d'accompagnement des médecins de famille afin de répondre, par la pratique collaborative interprofessionnelle, à la demande de la population inscrite ou non;

CONSIDÉRANT le déploiement des Guichets d'accès à la première ligne (GAP) par le MSSS sur l'ensemble des territoires;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent revoir le modèle de prise de rendez-vous traditionnel qui est moins favorable à un accès aux soins au bon endroit et au bon moment et que pour ce, l'accès adapté est reconnu comme étant un mode d'organisation efficient et nécessaire à déployer dans tous les milieux de première ligne.

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un équilibre entre la demande et l'offre de service à la population en première ligne, et ce, en facilitant l'accès à un médecin de famille à toute personne inscrite ou non, qui présente un besoin de santé nécessitant une visite au bon professionnel dans un temps opportun;

CONSIDÉRANT le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé ayant pour objectif prioritaire de donner accès à un médecin de famille ou à un professionnel de la santé en première ligne, notamment par l'inscription de groupe;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de mettre de l'avant des changements structurants menant vers un éventuel mode de rémunération à capitation devenant la norme pour les médecins de première ligne;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1. INSCRIPTION DE GROUPE: MESURE D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE POUR LES PATIENTS EN ATTENTE AU GAMF**

- 1.1 La mesure d'inscription de groupe débute le 1^{er} juin 2022.
- 1.2 La mesure implique que les médecins, et leurs professionnels, qui exercent dans les lieux d'inscription en première ligne, s'engagent collectivement et sur une base volontaire, à offrir leurs services à un nombre de patients actuellement en attente au GAMF.
- 1.3 Les patients inscrits en groupe deviennent inscrits au cabinet et ne sont plus considérés orphelins ni en attente au GAMF.
- 1.4 L'offre de service aux patients inscrits en groupe est dirigée par le GAP de la région ou sous-région. Le GAP agit comme interface entre les besoins des patients inscrits en groupe et l'offre de rendez-vous des cabinets leur étant destinée.
- 1.5 Aux fins de mobilisation sur le terrain, chaque DRMG est chargé de distribuer les patients en attente au GAMF de sa région aux médecins participant à la mesure qui exercent dans les lieux d'inscriptions de première ligne du territoire.

Chaque DRMG, accompagné d'un comité de médecins créé pour l'assister, identifie des groupes de médecins désirant recevoir un nombre de patients du GAMF. Les DRMG et les groupes de médecins de territoires limitrophes peuvent collaborer à la distribution des patients en attente au GAMF. Les PDG des CISSS et des CIUSSS sont également co-responsables de la démarche.

- 1.6 La cible de patients à inscrire collectivement représente 500 000 patients en attente au GAMF et la priorité est donnée aux patients vulnérables identifiés A, B et C au GAMF.

Aux fins de détermination de la cible de patients à inscrire en groupe par le cabinet, le DRMG identifie auprès des cabinets de son territoire la contribution que chacun d'eux confirme être en mesure d'effectuer dans le cadre de la présente mesure. Le DRMG conviendra d'une entente avec les médecins du cabinet afin de déterminer le nombre de patients que le cabinet accepte d'inscrire en groupe.

Au plus tard le 30 juin 2022, chaque DRMG confirme au ministre le nombre de patients qui sera inscrit en groupe sur son territoire, en détaillant le tout par milieu et en fonction du jalon un identifié à l'article 1.9. Le même exercice est effectué au 30 septembre 2022 pour le jalon deux et au 31 janvier 2023 pour le jalon trois du même article.

- 1.7 L'offre médicale requise est d'une (1) plage de rendez-vous par année par patient inscrit collectivement au cabinet, soit l'équivalent de 0,25 plage par trimestre. Ces plages de rendez-vous sont distribuées par trimestre et doivent être communiquées au

GAP par l'orchestrateur. Les médecins rencontrent leurs obligations que les plages soient utilisées ou non par le GAP.

- 1.8 La proportion de patients identifiés A, B ou C qui composent le lot de patients provenant du GAMF distribué à un cabinet doit refléter la priorité identifiée à l'article 1.6.
- 1.9 La cible attendue de la distribution de patients en attente au GAMF et d'inscriptions de groupe identifiées à l'article 1.6 des présentes doit être atteinte au plus tard le 31 mars 2023, représentant 500 000 plages de rendez-vous additionnelles destinées aux patients inscrits en groupe sur base annuelle.

Aux fins de suivi de l'évolution dans l'offre de service aux patients sans médecin de famille, la progression des cibles s'effectue de la façon suivante :

- Au 31 juillet 2022, un minimum de 50% de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente;
 - Au 31 décembre 2022, un minimum de 75% de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente;
 - Au 31 mars 2023, 100% de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente.
- 1.10 Les patients inscrits par un groupe reçoivent, par le mécanisme établi, la confirmation d'un lieu d'inscription ainsi que les informations pertinentes de leur guichet d'accès de première ligne.
 - 1.11 L'offre de service aux patients visés par une inscription de groupe est la même dont bénéficient les patients inscrits à l'un ou l'autre des médecins de ce cabinet, sans toutefois se voir attribuer spécifiquement à un médecin. Le fait pour un patient d'être inscrit en groupe n'empêche pas un médecin de l'inscrire individuellement, auquel cas les mesures de rémunération liées à l'inscription individuelle trouvent application comme si le patient provenait du GAMF.
 - 1.12 La prise de rendez-vous, selon le cas, au médecin ou à un professionnel du cabinet, est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par les DRMG. Dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.
 - 1.13 Le cabinet tient un registre des consultations de rencontres de chaque professionnel du cabinet avec les patients inscrits au cabinet. Le registre est transmis à la Régie à la fin de chaque trimestre. Les consultations captées par un autre système ou registre équivalent ne sont pas visées par la présente modalité.
 - 1.14 Les médecins participants à la mesure seront rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle. Le nombre de forfaits alloués correspond au nombre de patients pris au GAMF inscrits en groupe au cabinet. L'évaluation du nombre de

forfaits alloué est effectuée au dernier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Ces forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Pour y avoir droit, le médecin devra contribuer à l'effort collectif.

Afin d'assurer l'application des modalités de rémunération, un médecin responsable, désigné par le groupe de médecins, répartit les forfaits entre les médecins en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés aux patients inscrits. Le médecin responsable avise la Régie pour chacun des médecins du nombre de forfaits octroyés.

Il est entendu que tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

- 1.15** Le médecin, dans le cadre d'une visite dédiée aux patients inscrits de groupe, bénéficie de la modalité d'exception suivante :

Au lieu de la tarification de la visite ponctuelle mineure et de la visite ponctuelle complexe, normalement applicables dans le cadre du sans rendez-vous, il peut réclamer la visite de suivi prévue pour les patients inscrits vulnérables ou non vulnérables apparaissant au paragraphe 2.2.6 A c) 2) du Préambule général.

- 1.16** L'inscription de groupe est considérée comme une inscription individuelle aux fins des subventions prévues aux programmes GMF. Les visites médicales des patients inscrits en groupe sont considérées aux fins de la mesure 8.4 du programme GMF.
- 1.17** Lors du départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de pratique, de son déménagement ou de son décès, les patients qui n'auront pu être inscrits individuellement aux autres médecins du cabinet en vertu de la Lettre d'entente no. 304 pourront être inscrits en groupe, en tout ou en partie, à ce même milieu afin d'assurer la continuité de services. À cet effet, les modalités de la présente entente trouvent application pour ces patients désormais inscrits en groupe. L'inscription de groupe n'ouvre toutefois pas à l'application des modalités de la Lettre d'entente no. 304.
- 1.18** La prestation de service collective qui ne répondra pas aux attentes fera échec au versement des forfaits.
- 1.19** La FMOQ, en collaboration avec le MSSS, s'engage à mettre tout le poids nécessaire de son organisation et de ses associations pour engager les médecins vers la prise en charge de patients en provenance du GAMF. Pour ce faire, elle utilisera tous les moyens et les communications diverses pour influencer ses membres.

- 1.20** Le financement devra être assuré à même les sommes disponibles à l'Accord-cadre 2015-2023. À cet égard, une lettre de financement et de suivi sera convenue entre les parties.
- 1.21** Les modalités et conditions prévues à l'article 1 feront l'objet d'une lettre d'entente laquelle doit être finalisée et conclue d'ici le 15 mai 2022 pour une application le 1^{er} juin 2022.

2. MESURE D'ACCÈS AUX PATIENTS SANS MÉDECIN DE FAMILLE

- 2.1** Le résiduel des autres patients en attente au GAMF ainsi que ceux qui sont orphelins, mais non-inscrits au GAMF, seront dirigés vers une offre réservée de sans rendez-vous populationnel des cliniques adhérentes aux Programmes GMF et GMF-AR ayant pour effet de diminuer la consommation de services médicaux de ces patients aux urgences. À titre indicatif, l'annexe 1 présente les données de comparaison. À cet égard, les parties reconnaissent qu'une rémunération adéquate devra être convenue pour assurer l'équilibre de l'offre populationnelle en GMF-AR permettant de rencontrer les besoins médicaux de première ligne de ces patients totalisant environ 1,2M de personnes. Le médecin rencontre son obligation que les plages soient utilisées ou non.
- 2.2** Afin de mobiliser l'offre de services médicaux nécessaires en réponse aux besoins de ces patients, les parties conviennent qu'une combinaison d'offre existante de plages de sans rendez-vous médicaux et d'offre additionnelle permettra de couvrir les besoins des patients sans médecin de famille dans les différents milieux. À titre indicatif, l'annexe 1 présente les données de comparaison.
- 2.3** Pour le résiduel des patients en attente au GAMF, composé des patients en attente au GAMF n'ayant pas été inscrits en groupe ainsi que ceux qui s'y inscriront par la suite, les médecins des cabinets du territoire s'assurent, via l'orchestrateur, de réserver à l'usage du GAP le nombre de plages de sans rendez-vous médical nécessaire en réponse aux besoins médicaux déterminé au niveau local par les DRMG et les PDG. La prise de rendez-vous est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par les DRMG. Dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.

Pour les patients sans médecin de famille non-inscrits au GAMF, au nombre d'environ 800 000, ceux-ci sont dirigés vers le sans rendez-vous populationnel selon les mécanismes habituels.

- 2.4** Le financement de cette mesure devra être assuré à même les sommes disponibles à l'Accord-cadre 2015-2023. À cet égard, une lettre de financement et de suivi sera convenue entre les parties.

- 2.5 La FMOQ, en collaboration avec le MSSS, s'engage à mettre tout le poids nécessaire de son organisation et de ses associations pour engager les médecins vers l'offre de service attendue. Pour ce faire, elle utilisera tous les moyens et les communications diverses pour influencer ses membres.
- 2.6 Les modalités et conditions prévues à l'article 2 feront l'objet d'une lettre d'entente laquelle doit être finalisée et conclue d'ici le 15 mai 2022 pour une application le 1^{er} juin 2022.

3. MESURE D'ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN POUR LES PATIENTS INSCRITS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

- 3.1 La mesure doit permettre aux patients inscrits ayant une condition urgente ou semi urgente d'avoir accès à leur médecin de famille ou leur groupe dans un court délai ayant pour effet de diminuer la consommation de services médicaux de ces patients aux services de soins sans rendez-vous populationnel de première ligne et aux urgences.
- 3.2 Chaque médecin de famille ayant une pratique de prise en charge est appelé, sur une base volontaire, à ajuster sa pratique de sorte que soit réservé un nombre de plages accessibles pour les besoins de consultation à court terme de ses patients selon les principes souples de l'accès adapté.

Ces plages de rendez-vous sont accessibles directement aux patients inscrits ainsi que, aux fins de réorientation, aux services d'urgence et dans les lieux de première ligne autre que leur lieu d'inscription. L'évaluation de la pertinence des besoins de consultation à court terme des patients inscrits relève de leur lieu d'inscription et des partenaires des urgences ou autres lieux de première ligne. À cet égard, les autorités régionales partagent les outils qui seront développés en matière de gestion de la pertinence.

- 3.3 La définition d'une visite en accès en temps opportun est la suivante :

Visite réalisée par le médecin dont la plage de rendez-vous a été ouverte au plus trente-six (36) heures avant, ou au plus soixante-douze (72) heures avant.

- 3.4 Les cibles associées au changement de pratique vers l'accès adapté sont évolutives afin de faciliter la gestion du changement.
 - 3.4.1 Pour le premier trimestre de la mesure, un minimum de 10% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h.
 - 3.4.2 Pour le deuxième trimestre de la mesure, un minimum de 15% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h.

3.4.3 Pour le troisième trimestre de la mesure, un minimum de 20% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h.

3.4.4 Pour le quatrième trimestre de la mesure et les trimestres suivants, un minimum de 30% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36h.

3.5 La mesure de l'atteinte des cibles se réalise de la façon ci-après :

- L'indicateur d'accès en temps opportun est mesuré de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de visites réalisées en accès en temps opportun par le médecin}}{\text{Nombre total des visites réalisées par le médecin}} \geq X \%$$

- La proportion d'accès en moins de 36 heures est mesurée de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de visites en temps opportun (0-36h) réalisées par le médecin}}{\text{Nombre total de visites en temps opportun (0-72h) réalisées par le médecin}} \geq 33 \%$$

3.6 Les plages offertes sont déployées par le système électronique de prise de rendez-vous du médecin et de son groupe sur l'orchestrateur (hub) de rendez-vous dont la mise en œuvre est de la responsabilité du MSSS. À cet égard, la FMOQ s'engage à son entière participation à cette technologie.

Le médecin et son cabinet demeurent les seuls responsables d'informer les patients des moyens permettant l'accès à ces plages de rendez-vous en accès opportun.

Le suivi de cette mesure sera assuré par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

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

Il est entendu que tout médecin ayant une pratique de prise en charge autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure et que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

- 3.8** Le coût de cette mesure est assumé à même les sommes non-récurrentes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. À cet égard, une lettre de financement et de suivi sera convenue entre les parties.
- 3.9** Aux fins de la mobilisation pour l'adhésion des médecins au changement de pratique souhaité, la FMOQ, en collaboration avec le MSSS, s'engage à faire toutes les démarches nécessaires pour mobiliser ses membres à adhérer à cette mesure. Pour ce faire, elle utilisera tous les moyens et les communications diverses pour convaincre ses membres.
- 3.10** Les modalités et conditions de la mesure prévue à l'article 3, et conformément aux paramètres ci-haut décrits, feront l'objet d'une lettre d'entente laquelle doit être finalisée et conclue d'ici le 15 mai 2022 pour une application le 1^{er} juin 2022.

4. COMITÉ DE SUIVI

- 4.1** Un comité composé de représentants du MSSS et de la FMOQ est constitué pour assurer le suivi régulier de l'évolution des cibles et de l'effet des mesures des présentes sur l'accès en première ligne.
- 4.2** Les principaux éléments du mandat du comité de suivi sont notamment les suivants :
- 4.2.1** Analyser les données nécessaires, incluant les visites constatées aux services d'urgence des établissements et les données provenant de l'orchestrateur;
 - 4.2.2** Apprécier l'offre de services médicaux aux patients inscrits en groupe;
 - 4.2.3** Assurer le suivi et l'évaluation de l'adéquation entre l'offre de rendez-vous médicaux et les besoins à combler en sans rendez-vous pour la population sans médecin de famille;
 - 4.2.4** Évaluer l'impact de l'accès en temps opportun sur l'accès;
 - 4.2.5** Assurer que les médecins participants bénéficient d'un environnement favorable à la réalisation de cette mesure en tenant compte des points identifiés à l'article 5.2;
 - 4.2.6** Assurer le suivi des obligations qui incombent à la RAMQ;
 - 4.2.7** Évaluer l'impact des mesures sur la demande de service des patients;
 - 4.2.8** Favoriser et soutenir l'évolution des inscriptions individuelles et de groupe dans le temps.
- 4.3** Les DRMG et les responsables des GAP sont invités à contribuer aux travaux d'évaluation de ce comité.
- 4.4** Le comité recommande aux parties contractantes les ajustements pertinents.

5. CHANTIER DE RÉFLEXION ET DE RÉVISION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN PREMIÈRE LIGNE

- 5.1** Les parties s'engagent à collaborer dans la réalisation d'une vaste réflexion du MSSS sur les enjeux de la première ligne en y impliquant les principaux partenaires. Le calendrier des travaux collaboratifs est à convenir.

La réflexion portera notamment sur les objets suivants :

- a) L'optimisation de la contribution des autres professionnels à la première ligne;
 - b) La notion d'inscription de patients;
 - c) Le rôle des omnipraticiens dans la prise en charge en établissement;
 - d) La contribution des médecins spécialistes pour la prise en charge hospitalière en soutien à la première ligne;
 - e) Les activités médicales particulières (AMP);
 - f) Le modèle d'organisation de première ligne et de prise en charge;
 - g) Les indicateurs d'accès de première ligne comme outils de suivis en matière d'accès et de continuité;
 - h) La pertinence de certaines pratiques consommant de la capacité médicale de première ligne;
 - i) Les jeunes médecins, la valorisation de la médecine de famille et le recrutement;
 - j) La télésanté et les nouvelles technologies de soutien clinique;
 - k) Le soutien en santé mentale;
 - l) Réflexion entourant l'implication de promoteurs privés non-médecin qui agissent comme propriétaire de clinique;
 - m) La stratégie d'accompagnement des médecins et des cliniques pour l'amélioration continue de la qualité.
- 5.2** Toutefois, dans l'intervalle, le MSSS et les établissements favoriseront un environnement propice à la réalisation de cette mesure :
- Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal des GAP;
 - Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal de l'orchestrateur de rendez-vous;
 - Favoriser les AMP exclusives en prise en charge et viser, après évaluation des impacts, un moratoire sur les demandes concernant les activités médicales particulières du secteur vi) de l'article 361 de la LSSSS;
 - Favoriser le recrutement de nouveaux médecins auprès des groupes de médecins adhérent à la mesure 1;
 - Favoriser le maintien des ressources humaines prévues aux programmes GMF et GMF-AR;
 - Favoriser les corridors d'accès en médecine spécialisée;
 - Favoriser le maintien des plateaux techniques;
 - Favoriser la conclusion d'une entente sur la collaboration avec les IPS-PL.

6. DURÉE DES MESURES PRÉVUES PAR LA PRÉSENTE ENTENTE DE PRINCIPE

- 6.1** Les mesures prévues aux articles 1, 2 et 3 des présentes demeurent en vigueur jusqu'à l'introduction du nouveau mode de rémunération basé sur la capitation, étant entendu

qu'une lettre de financement sera convenue.

- 6.2 Les parties reprendront, au forum approprié et au moment opportun, les échanges permettant de convenir et mettre en œuvre le mode de rémunération à capitation pour une mise en application souhaitée en 2023.

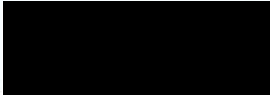
7. DIVERS


- 7.1 Les sommes disponibles de l'Accord-Cadre 2015-2023 seront allouées à la réalisation de la présente entente, sous réserve du tiers de celles-ci qui seront allouées aux activités réalisées en deuxième ligne, selon des modalités identifiées par la FMOQ lesquelles seront entérinées par les parties.
- 7.2 Pour les médecins participants à la mesure prévue à l'article 1, 2 ou 3, le MSSS est disposé à maintenir la suspension des impacts financiers du taux d'assiduité individuel tel que défini au paragraphe 15.06 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ainsi que le taux d'assiduité collectif prévu aux Programmes GMF et GMF-AR jusqu'à l'entrée en vigueur du mode de rémunération par capitation.

8. PRISE D'EFFET

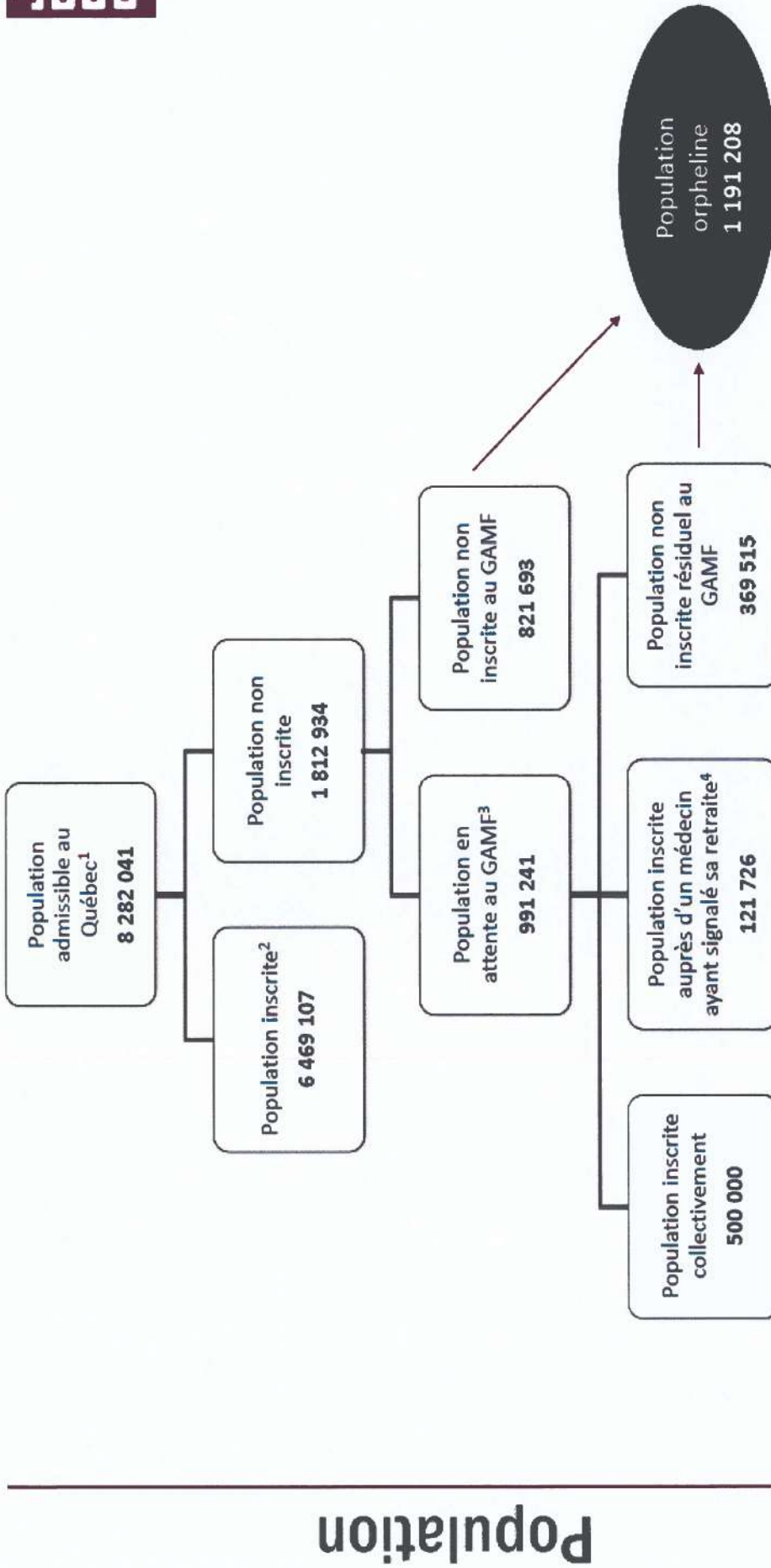
- 8.1 La présente entente de principe prend effet à compter de sa signature. Les parties s'engagent à entreprendre avec diligence les travaux préalables nécessaires à la conclusion et à la mise en place des mesures qui y sont prévues.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25 e jour de janvier 2024.


CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux


MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

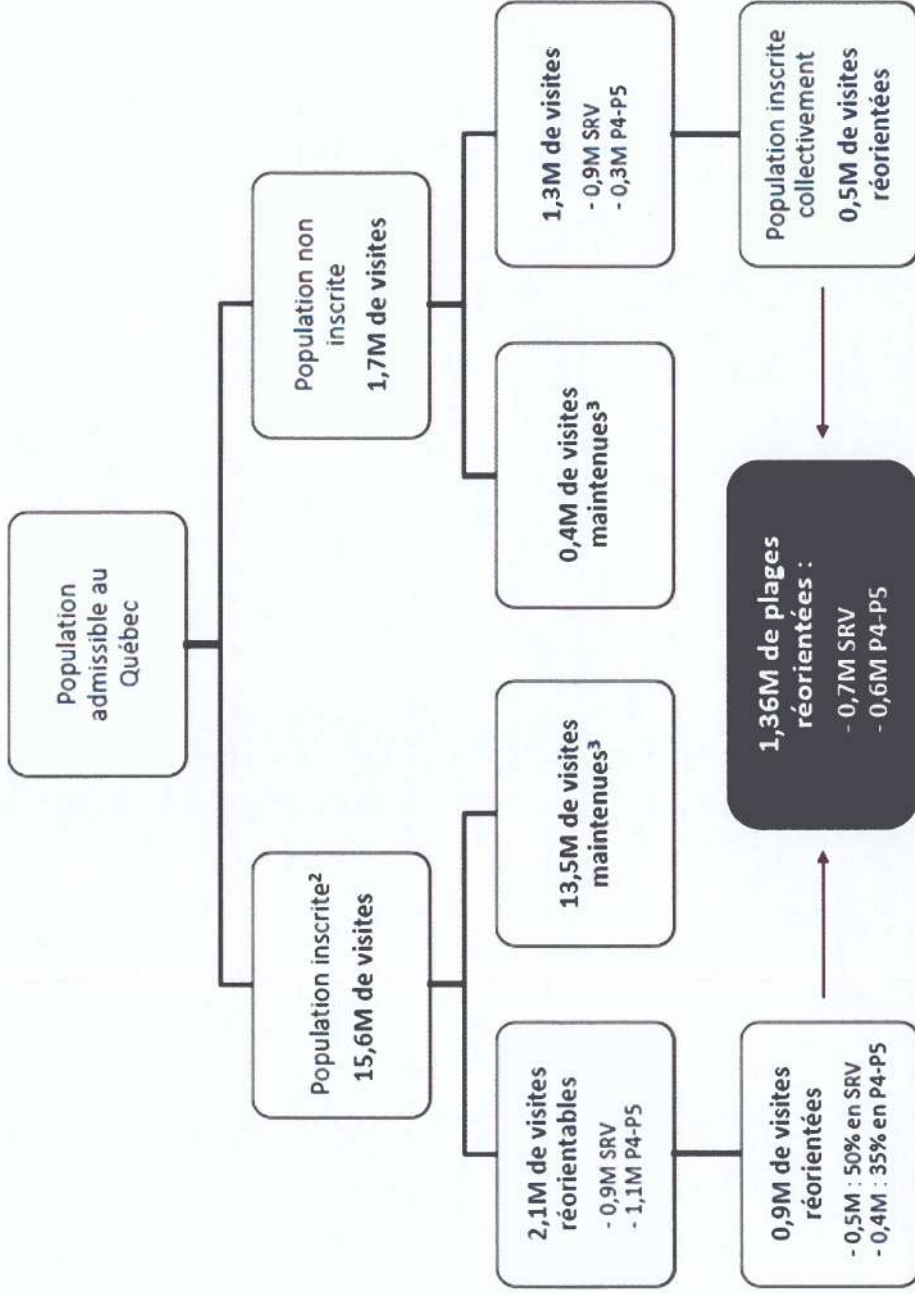
ANNEXE 1



1. RAMQ. Service en ligne. «Rapport 6 Répartition des personnes inscrites auprès d'un médecin de famille selon leur âge, leur sexe et le territoire RLS de leur lieu de résidence en date du 2022-03-31».
2. RAMQ. Données GRL au 31 mars 2022 excluant les patients hébergés dans un CHSLD.
3. MSSS. Nombre de patients en attente d'un médecin de famille au 28 février 2022.
4. MSSS. « GAMF - Personnes en attente admissibles par Situation du dispensateur versus sa clientèle au 30 juin 2021 ». Ces patients sont toujours accés à des services.



Visites en 1^{ère} ligne¹



1. Visites aux cabinets, aux CLSC, aux UMF et aux urgences et CLSC du réseau de garde de niveaux 4 et 5 facturées à l'acte RAMQ 2019 excluant le hors Québec et les actes CSST.
 2. Inscription : RAMQ. Données GRL au 31 décembre 2019.
 3. Visites maintenues : Visites en rendez-vous, visites en sans rendez-vous au lieu d'inscription et visites en sans rendez-vous/P4-95 dans un RSS différent de celui de l'inscription ou dans un RLS de moins de 25 000 habitants.

**LETTRE D'ENTENTE N° 368 VISANT
À ACCROÎTRE L'ACCÈS À L'OFFRE DE SERVICES
EN PREMIÈRE LIGNE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ**

CONSIDÉRANT la problématique d'accessibilité aux services médicaux de première ligne au Québec et la volonté des parties de travailler de concert afin de régler cette problématique de façon satisfaisante;

CONSIDÉRANT l'objectif partagé par les deux parties d'accroître l'offre de services médicaux en première ligne;

CONSIDÉRANT qu'il est impératif de favoriser l'accès à un médecin de famille à toute personne inscrite ou non à un médecin de famille, et ce, au bon endroit et au bon moment;

CONSIDÉRANT l'importance d'outiller adéquatement les autorités régionales aux fins de soutien et d'accompagnement des médecins de famille afin de répondre, par la pratique collaborative interprofessionnelle, à la demande de la population inscrite ou non;

CONSIDÉRANT le déploiement des Guichets d'accès à la première ligne (GAP) par le MSSS sur l'ensemble des territoires;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent revoir le modèle de prise de rendez-vous traditionnel qui est moins favorable à un accès aux soins au bon endroit et au bon moment et que pour ce, l'accès adapté est reconnu comme étant un mode d'organisation efficient et nécessaire à déployer dans tous les milieux de première ligne;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un équilibre entre la demande et l'offre de service à la population en première ligne, et ce, en facilitant l'accès à un médecin de famille à toute personne inscrite ou non, qui présente un besoin de santé nécessitant une visite au bon professionnel dans un temps opportun;

CONSIDÉRANT le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé ayant pour objectif prioritaire de donner accès à un médecin de famille ou à un professionnel de la santé en première ligne, notamment par l'inscription de groupe;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de mettre de l'avant des changements structurants menant vers un éventuel mode de rémunération à capitation devenant la norme pour les médecins de première ligne;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. INSCRIPTION DE GROUPE: MESURE D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE POUR LES PATIENTS EN ATTENTE AU GAMF

- 1.1 La mesure implique que les médecins, et leurs professionnels, qui exercent dans un lieu d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, GMF-U en cabinet, CLSC, GMF-U en établissement (ci-après désigné sous le vocable « cabinet »), s'engagent collectivement et sur une base volontaire, à offrir leurs services à un nombre de patients actuellement en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).
- 1.2 Les patients inscrits en groupe deviennent inscrits au cabinet et ne sont plus considérés orphelins ni en attente au GAMF.
- 1.3 L'offre de service aux patients inscrits en groupe est dirigée par le GAP de la région ou sous-région. Le GAP agit comme interface entre les besoins des patients inscrits en groupe et l'offre de rendez-vous des cabinets leur étant destinée.
- 1.4 Chaque DRMG, accompagné d'un comité de médecins créé pour l'assister, identifie des groupes de médecins désirant recevoir un nombre de patients du GAMF. Les DRMG et les groupes de médecins de territoires limitrophes peuvent collaborer à la distribution des patients en attente au GAMF. Les PDG des CISSS et des CIUSSS sont également co-responsables de la démarche.

Aux fins de mobilisation sur le terrain, chaque DRMG est chargé de distribuer les patients en attente au GAMF de sa région aux médecins participant à la mesure qui exercent dans les lieux d'inscriptions de première ligne du territoire.

- 1.5 La cible de patients à inscrire collectivement représente 500 000 patients en attente au GAMF et la priorité est donnée aux patients vulnérables identifiés A, B et C au GAMF.

Aux fins de détermination de la cible de patients à inscrire en groupe par le cabinet, le DRMG identifie auprès des cabinets de son territoire la contribution que chacun d'eux confirme être en mesure d'effectuer dans le cadre de la présente mesure. Le DRMG conviendra d'une entente avec les médecins du cabinet afin de déterminer le nombre de patients que le cabinet accepte d'inscrire en groupe. Le DRMG informe le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) des ententes prises sur le territoire et le GACO en informe la RAMQ. Celle-ci déclenche alors l'inscription de groupe auprès des patients visés.

Au plus tard le 30 juin 2022, chaque DRMG confirme au ministre le nombre de patients qui sera inscrit en groupe sur son territoire, en détaillant le tout par milieu et en fonction du jalon un identifié à l'article 1.8. Le même exercice est effectué au 30 septembre 2022 pour le jalon deux et au 31 janvier 2023 pour le jalon trois du même article.

- 1.6 L'offre médicale requise est d'une (1) plage de rendez-vous par année par patient inscrit collectivement au cabinet, soit l'équivalent de 0,25 plage par trimestre. Ces plages de rendez-vous sont distribuées par trimestre et doivent être communiquées au GAP par l'orchestrateur. Les médecins rencontrent leurs obligations que les plages soient utilisées ou non par le GAP.
- 1.7 La proportion de patients identifiés A, B ou C qui composent le lot de patients provenant du GAMF distribué à un cabinet doit refléter la priorité identifiée à l'article 1.5.

- 1.8** La cible attendue de la distribution de patients en attente au GAMF et d'inscriptions de groupe identifiées à l'article 1.5 des présentes doit être atteinte au plus tard le 31 mars 2023, représentant 500 000 plages de rendez-vous additionnelles destinées aux patients inscrits en groupe sur base annuelle.

Aux fins de suivi de l'évolution dans l'offre de service aux patients sans médecin de famille, la progression des cibles s'effectue de la façon suivante :

- Au 31 juillet 2022, un minimum de 50% de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente;
 - Au 31 décembre 2022, un minimum de 75% de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente;
 - Au 31 mars 2023, 100% de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente.
- 1.9** La Régie informe, par écrit, chacun des patients inscrits par un groupe, du nom et du lieu du cabinet auprès duquel il est inscrit ainsi que les coordonnées et informations pertinentes de leur GAP.
- 1.10** L'offre de service aux patients visés par une inscription de groupe est la même dont bénéficient les patients inscrits à l'un ou l'autre des médecins de ce cabinet, sans toutefois se voir attribuer spécifiquement à un médecin.

Le fait pour un patient d'être inscrit en groupe n'empêche pas un médecin de l'inscrire individuellement, auquel cas les modalités et conditions de rémunération liées à l'inscription individuelle d'un patient en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle* s'appliquent comme si le patient provenait du GAMF.

- 1.11** La prise de rendez-vous, selon le cas, au médecin ou à un professionnel du cabinet, est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par les DRMG. Toutefois, dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.
- 1.12** Le cabinet tient un registre des consultations de rencontres de chaque professionnel du cabinet avec les patients inscrits au cabinet. Le registre est transmis à la Régie à la fin de chaque trimestre. Les consultations captées par un autre système ou registre équivalent ne sont pas visées par la présente modalité.
- 1.13** Les médecins participant à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Le nombre de forfaits alloués correspond au nombre de patients pris au GAMF inscrits en groupe au cabinet.
- 2) Aux fins de l'application de la présente mesure, les trimestres se répartissent comme suit :
 - 1^{er} trimestre : 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022;
 - 2^e trimestre : 1^{er} septembre 2022 au 30 novembre 2022;
 - 3^e trimestre : 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023;
 - 4^e trimestre : 1^{er} mars 2023 au 31 mai 2023;
 - 5^e trimestre : 1^{er} juin 2023 au 31 août 2023;
 - 6^e trimestre : 1^{er} septembre 2023 au 30 novembre 2023;
 - 7^e trimestre : 1^{er} décembre 2023 au 29 février 2024;
 - 8^e trimestre : 1^{er} mars 2024 au 31 mai 2024;
- 3) L'évaluation du nombre de forfaits alloué est effectuée au dernier jour du mois précédant chaque trimestre d'application. Toutefois, pour le premier trimestre d'application, soit du 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022, l'évaluation du nombre de forfaits est effectuée le 30 juin 2022.
- 4) Le montant du forfait est de 30\$ par trimestre.
- 5) Les forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Le rapport généré par le hub est transmis au médecin responsable désigné par le groupe de médecins, à une adresse courriel qui respecte les exigences de sécurité du réseau de la santé.
- 6) Suivant le constat à l'effet que le groupe se qualifie à la mesure de rémunération et afin d'assurer l'application des modalités de rémunération, un médecin responsable, désigné par le groupe de médecins, répartit les forfaits entre les médecins en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés aux patients inscrits.

Le médecin réclame les forfaits alloués à la Régie.
- 7) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.
- 8) De façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le versement des forfaits au groupe de médecins pour le premier trimestre est lié à l'atteinte de l'offre médicale qui sera mesurée pour le deuxième trimestre. Ainsi, les forfaits du premier trimestre et du deuxième trimestre seront versés simultanément. Pour bénéficier de la présente disposition, le groupe de médecins ne doit toutefois pas avoir réduit le nombre de patients inscrits en groupe au deuxième trimestre.

- 1.14** Le médecin, dans le cadre d'une visite dédiée aux patients inscrits de groupe, bénéficie de la modalité d'exception suivante :

Au lieu de la tarification de la visite ponctuelle mineure et de la visite ponctuelle complexe, normalement applicables dans le cadre du sans rendez-vous, il peut réclamer la visite de suivi prévue pour les patients inscrits vulnérables ou non vulnérables apparaissant au paragraphe 2.2.6 A c) 3) du Préambule général.

- 1.15** L'inscription de groupe est considérée comme une inscription individuelle aux fins des subventions prévues aux programmes GMF. Les visites médicales des patients inscrits en groupe sont considérées aux fins de la mesure 8.4 du programme GMF.

- 1.16** Lors du départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de pratique, de son déménagement ou de son décès, les patients qui n'ont pu être inscrits individuellement aux autres médecins du cabinet en vertu de la Lettre d'entente n° 304 peuvent être inscrits en groupe, en tout ou en partie, à ce même milieu afin d'assurer la continuité de services. À cet effet, les modalités de la présente entente trouvent application pour ces patients désormais inscrits en groupe. L'inscription de groupe n'ouvre toutefois pas à l'application des modalités de la Lettre d'entente n° 304.

- 1.17** La prestation de service collective qui ne répondra pas aux attentes fera échec au versement des forfaits. Lorsque la RAMQ constate, dans le cadre de ses contrôles, qu'au cours d'un trimestre que la prestation de services collective n'a pas répondu aux attentes, elle récupère l'ensemble des forfaits versés durant un trimestre donné. À cette fin, le médecin responsable conserve copie des rapports reçus à titre de pièces justificatives pour la rémunération de la présente mesure.

2. MESURE D'ACCÈS AUX PATIENTS SANS MÉDECIN DE FAMILLE

- 2.1** Le résiduel des autres patients en attente au GAMF ainsi que ceux qui sont orphelins, mais non-inscrits au GAMF sont dirigés vers une offre réservée de sans rendez-vous populationnel des cliniques adhérentes au Programme GMF-AR ayant pour effet de diminuer la consommation de services médicaux de ces patients aux urgences. Le médecin rencontre son obligation que les plages soient utilisées ou non.
- 2.2** Afin de mobiliser l'offre de services médicaux nécessaires en réponse aux besoins de ces patients, les parties conviennent qu'une combinaison d'offre existante de plages de sans rendez-vous médicaux et d'offre additionnelle permet de couvrir les besoins des patients sans médecin de famille dans les différents milieux.
- 2.3** Pour le résiduel des patients en attente au GAMF, composé des patients en attente au GAMF n'ayant pas été inscrits en groupe ainsi que ceux qui s'y inscriront par la suite, les médecins des cabinets du territoire s'assurent, via l'orchestrateur, de réserver à l'usage du GAP le nombre de plages de sans rendez-vous médical nécessaire en réponse aux besoins médicaux déterminé au niveau local par les DRMG et les PDG.

La prise de rendez-vous est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par les DRMG. Dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.

Aux fins de l'application de la présente disposition, le médecin informe le GAP du nombre annuel de plages qu'il réserve.

- 2.4** Pour les patients sans médecin de famille non-inscrits au GAMF et ceux inscrits à un autre lieu d'inscription, ceux-ci sont dirigés vers le sans rendez-vous populationnel selon les mécanismes habituels.
- 2.5** Les médecins participant à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle. Les forfaits alloués correspondent au nombre de visites effectuées trimestriellement auprès de la clientèle inscrite à un autre lieu d'inscription et auprès des patients orphelins.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Aux fins de l'application de la présente mesure, les trimestres se répartissent comme suit :

- 1^{er} trimestre : 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022;
- 2^e trimestre : 1^{er} septembre 2022 au 30 novembre 2022;
- 3^e trimestre : 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023;
- 4^e trimestre : 1^{er} mars 2023 au 31 mai 2023;
- 5^e trimestre : 1^{er} juin 2023 au 31 août 2023;
- 6^e trimestre : 1^{er} septembre 2023 au 30 novembre 2023;
- 7^e trimestre : 1^{er} décembre 2023 au 29 février 2024;
- 8^e trimestre : 1^{er} mars 2024 au 31 mai 2024;

- 2) Les forfaits sont les suivants :

Nombre de visites de patients inscrits ailleurs ou orphelins	Forfait trimestriel par médecin
25 à 62	625 \$
63 à 124	1 250 \$
125 à 187	3 750 \$
188 à 249	6 250 \$
250 à 312	8 750 \$
313 à 374	11 250 \$
375 et plus	13 750 \$

- 3) Ces forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par la Régie. Cette validation s'effectue le dernier jour du trimestre d'application.

- 4) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

3. MESURE D'ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN POUR LES PATIENTS INSCRITS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

- 3.1 La mesure doit permettre aux patients inscrits ayant une condition urgente ou semi urgente d'avoir accès à leur médecin de famille ou leur groupe tel que défini à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle* dans un court délai ayant pour effet de diminuer la consommation de services médicaux de ces patients aux services de soins de première ligne et aux urgences.
- 3.2 Chaque médecin de famille ayant une pratique de prise en charge est appelé, sur une base volontaire, à ajuster sa pratique de sorte que soit réservé un nombre de plages accessibles pour les besoins de consultation à court terme de ses patients selon les principes souples de l'accès adapté.

Ces plages de rendez-vous sont accessibles directement aux patients inscrits ainsi que, aux fins de réorientation, aux services d'urgence et dans les lieux de première ligne autres que leur lieu d'inscription. L'évaluation de la pertinence des besoins de consultation à court terme des patients inscrits relève de leur lieu d'inscription et des partenaires des urgences ou autres lieux de première ligne. À cet égard, les autorités régionales partagent les outils qui seront développés en matière de gestion de la pertinence.

- 3.3 La définition d'une visite en accès en temps opportun est la suivante :

Visite réalisée par le médecin dont la plage de rendez-vous a été ouverte au plus trente-six (36) heures avant, ou au plus soixante-douze (72) heures avant.

- 3.4 Les cibles associées au changement de pratique vers l'accès adapté sont évolutives afin de faciliter la gestion du changement.
 - 3.4.1 Pour le premier trimestre de la mesure, soit pour la période comprise entre le 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022, un minimum de 10 % des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.
 - 3.4.2 Pour le deuxième trimestre de la mesure, soit pour la période comprise entre le 1^{er} septembre 2022 au 30 novembre 2022, un minimum de 15 % des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.
 - 3.4.3 Pour le troisième trimestre de la mesure, soit pour la période comprise entre le 1^{er} décembre 2022 et le 28 février 2023, un minimum de 20 % des visites réalisées

par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.

- 3.4.4** Pour le quatrième trimestre de la mesure soit pour la période comprise entre le 1^{er} mars 2023 et 31 mai 2023 et les trimestres suivants, un minimum de 30 % des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.

3.5 La mesure de l'atteinte des cibles se réalise de la façon ci-après :

- L'indicateur d'accès en temps opportun est mesuré de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de visites réalisées en accès en temps opportun par le médecin auprès de sa clientèle inscrite individuellement et celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe}}{\text{Nombre total des visites réalisées par le médecin auprès de sa clientèle inscrite individuellement et celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe}} \geq X \%$$

- La proportion d'accès en moins de 36 heures est mesurée de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de visites en temps opportun (0-36h) réalisées par le médecin auprès de sa clientèle inscrite individuellement et celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe}}{\text{Nombre total de visites en temps opportun (0-72h) réalisées par le médecin auprès de sa clientèle inscrite individuellement et celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe}} \geq 33 \%$$

- 3.6** Les plages offertes sont déployées par le système électronique de prise de rendez-vous du médecin et de son groupe sur l'orchestrateur (hub) de rendez-vous dont la mise en œuvre est de la responsabilité du MSSS. À cet égard, la FMOQ s'engage à son entière participation à cette technologie.

Le médecin et son cabinet demeurent les seuls responsables d'informer les patients des moyens permettant l'accès à ces plages de rendez-vous en accès opportun.

- 3.7** Les médecins participant à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle. Les forfaits alloués correspondent au nombre de patients inscrits ayant le statut d'actifs ou non en tenant compte des cibles identifiées à l'article 3.4. Le nombre de patients est établi au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Les forfaits sont les suivants :

Nombre de patients inscrits actifs ou non	Forfait trimestriel par médecin
100 à 249	250 \$
250 à 499	625 \$
500 à 749	1 250 \$
750 à 999	2 500 \$
1 000 à 1 249	3 750 \$
1 250 à 1 499	5 000 \$
1 500 à 1 749	6 250 \$
1 750 à 1 999	7 500 \$
2 000 et plus	8 750 \$

- 2) Ces forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte des cibles de l'article 3.4 mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Le rapport généré par l'orchestrateur attestant de l'atteinte ou non des cibles, est transmis au médecin à une adresse courriel qui respecte les exigences de sécurité du réseau de la santé. À cette fin, le médecin conserve copie des rapports reçus à titre de pièces justificatives pour la rémunération de la présente mesure.
- 3) Le médecin réclame le paiement des forfaits à la Régie. Ces forfaits sont payés en contrepartie du respect des cibles identifiées à l'article 3.4.
- 4) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.
- 5) De façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le médecin qui rencontre la cible lors du deuxième trimestre est réputé avoir rencontré la cible du premier trimestre. Les forfaits du premier et du deuxième trimestre seront versés simultanément.

4. COMITÉ DE SUIVI

- 4.1 Un comité composé de représentants du MSSS et de la FMOQ est constitué pour assurer le suivi régulier de l'évolution des cibles et de l'effet des mesures des présentes sur l'accès en première ligne.
- 4.2 Les principaux éléments du mandat du comité de suivi sont notamment les suivants :
 - 4.2.1 Analyser les données nécessaires, incluant les visites constatées aux services d'urgence des établissements et les données provenant de l'orchestrateur;
 - 4.2.2 Apprécier l'offre de services médicaux aux patients inscrits en groupe;
 - 4.2.3 Assurer le suivi et l'évaluation de l'adéquation entre l'offre de rendez-vous médicaux et les besoins à combler en sans rendez-vous pour la population sans médecin de famille;
 - 4.2.4 Évaluer l'impact de l'accès en temps opportun sur l'accès;

- 4.2.5 Assurer que les médecins participants bénéficient d'un environnement favorable à la réalisation de cette mesure en tenant compte des points identifiés à l'article 5.1;
- 4.2.6 Assurer le suivi des obligations qui incombent à la RAMQ;
- 4.2.7 Évaluer l'impact des mesures sur la demande de service des patients;
- 4.2.8 Favoriser et soutenir l'évolution des inscriptions individuelles et de groupe dans le temps.

4.3 Les DRMG et les responsables des GAP sont invités à contribuer aux travaux d'évaluation de ce comité.

4.4 Le comité recommande aux parties contractantes les ajustements pertinents.

5. ENVIRONNEMENT FAVORABLE

5.1 Le MSSS et les établissements favorisent un environnement propice à la réalisation de la présente lettre d'entente, soit :

- Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal des GAP;
- Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal de l'orchestrateur de rendez-vous;
- Favoriser les AMP exclusives en prise en charge et viser, après évaluation des impacts, un moratoire sur les demandes concernant les activités médicales particulières du secteur vi) de l'article 361 de la LSSSS;
- Favoriser le recrutement de nouveaux médecins auprès des groupes de médecins adhérant à la mesure 1;
- Favoriser le maintien des ressources humaines prévues aux programmes GMF et GMF-AR;
- Favoriser les corridors d'accès en médecine spécialisée;
- Favoriser le maintien des plateaux techniques;
- Favoriser la conclusion d'une entente sur la collaboration avec les IPS-PL.

6. DURÉE DES MESURES PRÉVUES PAR LA PRÉSENTE LETTRE D'ENTENTE

6.1 Les mesures prévues aux articles 1, 2 et 3 des présentes demeurent en vigueur jusqu'à l'introduction du nouveau mode de rémunération basé sur la capitation.

6.2 Les parties reprennent, au forum approprié et au moment opportun, les échanges permettant de convenir et mettre en œuvre le mode de rémunération à capitation pour une mise en application souhaitée en 2023.

7. DIVERS

7.1 Pour les médecins participant à la mesure prévue à l'article 1, 2 ou 3, il est entendu de suspendre les impacts financiers du taux d'assiduité individuel tel que défini au paragraphe 15.06 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en*

charge et de suivi de la clientèle ainsi que le taux d'assiduité collectif prévu aux Programmes GMF et GMF-AR jusqu'à l'entrée en vigueur du mode de rémunération par capitation.

Dans l'éventualité où le médecin participant à l'une des mesures de la présente lettre d'entente n'atteint pas les cibles convenues au cours d'un ou de plusieurs trimestres, les suppléments prévus au paragraphe 15.01 de l'entente particulière mentionnée précédemment sont versés au prorata des trimestres réalisés.

- 7.2 Les montants forfaitaires versés dans le cadre de la présente lettre d'entente sont sujets à l'application de l'Annexe IX de l'Entente générale.
- 7.3 La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale.

8. PRISE D'EFFET

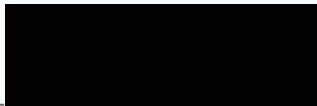
8.1 La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :

i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;

Ou,

ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25 e jour de janvier 2024.


CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux


MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

**AMENDEMENT N° 195
ANNEXE III****LETTRE D'ENTENTE N° 369****Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 368**

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 368, d'implanter des nouvelles modalités visant à accroître l'offre de service en première ligne et l'interdisciplinarité;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**I- Financement**

1. Un montant de 298,1 M\$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 368.

II- Suivi

2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 368, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire ou des cibles de la Lettre d'entente n° 368, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.

III- Durée

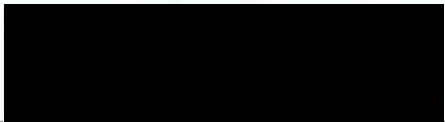
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :
 - i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;

Ou,

 - ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 25 ^{ième} jour de janvier 2024.


CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux


MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

**AMENDEMENT N° 195
ANNEXE IV****LETTRE D'ENTENTE N° 370**

Ayant trait au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce en deuxième ligne et découlant de l'Entente de principe MSSS-FMOQ afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1^{er} juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement sur la base des services dispensés en établissement en excluant les milieux d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, GMF-U en cabinet, CLSC et GMF-U en établissement), les services dispensés prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille*, le montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle*, les montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements, les activités dispensées hors Québec et celles dans le cadre de l'expertise CNESST.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

- a) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1^{er} juin 2022 au 31 mai 2023 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement le ou vers le 30 novembre 2022, le ou vers le 28 février 2023, le ou vers le 31 mai 2023 et le ou vers le 31 août 2023;
- b) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1^{er} juin 2023 au 31 mai 2024 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement respectivement le ou vers le 30 novembre 2023, le ou vers le 28 février 2024, le ou vers le 31 mai 2024 et le ou vers le 31 août 2024;
- c) Le taux applicable aux fins du calcul de ces montants forfaitaires prévus aux alinéas a) et b) ci-dessus correspond à 20,1 M\$ par trimestre, divisé par le montant des services identifiés au premier alinéa de la présente disposition.

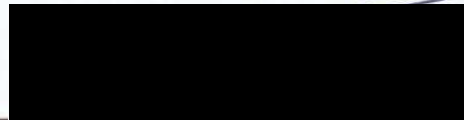
2.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et elle se termine à l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25 e jour de janvier 2024.



CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux



MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

**AMENDEMENT N° 195
ANNEXE V****LETTRE D'ENTENTE N° 371****Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 370**

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 370, de verser un montant forfaitaire trimestriellement pour les services dispensés en établissement, en excluant les milieux d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, GMF-U en cabinet, CLSC et GMF-U en établissement), au cours de la période visée;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**I- Financement**

1. Un montant de 160,8 M\$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 370.

II- Suivi

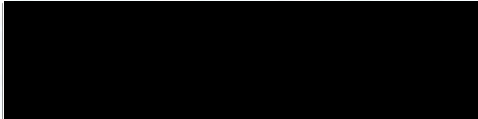
2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 370, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de cette mesure et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 370, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.

III- Durée

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et elle se termine le 31 mai 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 25 ^{ième} jour de janvier 2024.


CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux


MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

**AMENDEMENT N° 195
ANNEXE VI****LETTRE D'ENTENTE N° 372**

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'Entente de principe MSSS-FMOQ afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1^{er} juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement sur la base des services dispensés dans les milieux d'inscription de première ligne (cabinet GMF, cabinet non GMF, GMF-U en cabinet, CLSC et GMF-U en établissement) des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé désignés par arrêté du ministre à l'Annexe XII, à l'exception de ceux prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, de ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille*, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle*, des montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements, les activités dispensées hors Québec et celles découlant de la CNESST.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

- a) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1^{er} juin 2022 au 31 mai 2023 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement le ou vers le 30 novembre 2022, le ou vers le 28 février 2023, le ou vers le 31 mai 2023 et le ou vers le 31 août 2023;
- b) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1^{er} juin 2023 au 31 mai 2024 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement le ou vers le 30 novembre 2023, le ou vers le 28 février 2024, le ou vers le 31 mai 2024 et le ou vers le 31 août 2024;
- c) Ce forfait correspond au différentiel à combler entre le taux de majoration en cabinet et celui en établissement conformément aux modalités de l'Annexe XII.

2.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

3.00 En cas d'impact négatif de la présente lettre d'entente observable sur la main-d'œuvre médicale œuvrant en établissement dans l'un ou l'autre des territoires visés à l'Annexe XII, le ministre peut, après en avoir discuté avec la FMOQ, suspendre la mesure, par lettre

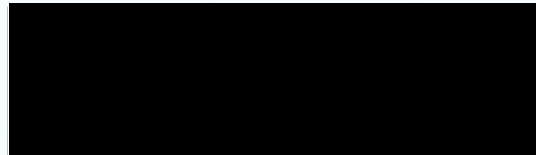
administrative envoyée à la Régie. Les parties analysent alors la situation et procèdent à la révision des modalités afin de solutionner les enjeux.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et elle se termine au plus tard le 31 mai 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec _____, ce 25 e jour de janvier 2024.



CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux



MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

**AMENDEMENT N° 195
ANNEXE VII****LETTRE D'ENTENTE N° 373****Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 372**

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 372, de verser un montant forfaitaire trimestriellement pour les services dispensés dans les milieux d'inscription prévus à l'Annexe XII de l'Entente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**I- Financement**

1. Un montant de 22,9 M\$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 372.

II- Suivi


2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 372, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 372, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.

III- Durée

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et le demeure pour une période de deux ans à moins qu'il en soit décidé autrement, le tout conformément aux dispositions de l'article 3 de la Lettre d'entente n° 372.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 25 ^{ième} jour de janvier 2024.


CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux


MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

**LETTRE D'ENTENTE N° 374
VISANT À ACCROÎTRE L'ACCÈS EN
SANS RENDEZ-VOUS POPULATIONNEL
DANS LES MILIEUX NON GMF**

CONSIDÉRANT la mesure d'accès aux patients sans médecin de famille prévue à la Lettre d'entente n° 368 pour les milieux de pratique en GMF-AR;

CONSIDÉRANT qu'il est souhaitable de favoriser également l'accès à la clientèle sans médecin de famille dans les milieux hors GMF afin d'accroître l'offre de service en première ligne;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

- 1.00** Les patients en attente au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ainsi que ceux qui sont orphelins, mais non-inscrits au GAMF, peuvent être dirigés vers une offre réservée de sans rendez-vous populationnel des cabinets ou CLSC non adhérents aux programmes GMF et GMF-AR.
- 2.00** La mesure implique que les médecins visés participant à la mesure conviennent avec le DRMG d'une entente qui détermine pour chaque trimestre d'application le nombre de plages que les médecins acceptent d'offrir au sans rendez-vous populationnel.

Pour ce faire, les médecins d'un cabinet ou d'un CLSC visé s'assurent, via l'orchestrateur, de réserver à l'usage du guichet d'accès première ligne (GAP), le nombre de plages de sans rendez-vous médical convenu avec le DRMG de son territoire.
- 3.00** Le médecin rencontre son obligation que les plages soient utilisées ou non.
- 4.00** La prise de rendez-vous est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par le DRMG.
- 5.00** Dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet ou le CLSC, auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.
- 6.00** Aux fins de l'application de la présente mesure, le médecin informe le GAP du nombre de plages annuelles qu'il réserve.
- 7.00** Pour les patients sans médecin de famille non-inscrits au GAMF, ceux-ci sont dirigés vers le sans rendez-vous populationnel selon les mécanismes habituels. La prise de rendez-vous est sous la responsabilité de la clinique selon son fonctionnement habituel en sans rendez-vous populationnel.

- 8.00** Les médecins qui participent à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Le forfait alloué au groupe correspond au nombre de plages offertes trimestriellement par l'ensemble des médecins participants. Un médecin responsable, désigné par les médecins qui participent à la mesure, répartit le forfait trimestriel entre les médecins en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés.
- 2) Aux fins de l'application de la présente mesure, les trimestres se répartissent comme suit :
 - 1^{er} trimestre : 1^{er} juin 2022 au 31 août 2022;
 - 2^e trimestre : 1^{er} septembre 2022 au 30 novembre 2022;
 - 3^e trimestre : 1^{er} décembre 2022 au 28 février 2023;
 - 4^e trimestre : 1^{er} mars 2023 au 31 mai 2023;
 - 5^e trimestre : 1^{er} juin 2023 au 31 août 2023;
 - 6^e trimestre : 1^{er} septembre 2023 au 30 novembre 2023;
 - 7^e trimestre : 1^{er} décembre 2023 au 29 février 2024;
 - 8^e trimestre : 1^{er} mars 2024 au 31 mai 2024;
- 3) Le nombre de plages offertes aux patients sans médecin de famille et le nombre de forfaits trimestriels qui lui est associé sont les suivants :

Nombre de plages offertes aux patients sans médecin de famille	Forfait trimestriel au groupe
300 à 449	5 277 \$
450 à 599	7 915 \$
600 à 749	10 553 \$
750 à 899	13 191 \$
900 à 1 049	15 829 \$
1 050 à 1 199	18 467 \$
1 200 à 1 349	21 106 \$
1 350 à 1 499	23 744 \$
1 500 à 1 649	26 382 \$
1 650 à 1 799	29 020 \$
1 800 à 1 949	31 658 \$
1 950 et plus	34 297 \$

- 4) Ces forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Le rapport généré par le hub est transmis au médecin responsable désigné par le cabinet, à une adresse courriel qui respecte les exigences de sécurité du réseau de la santé.
- 5) Suivant le constat à l'effet que les médecins du cabinet se qualifie à la mesure de rémunération et afin d'assurer l'application des modalités de rémunération, le médecin responsable répartit les forfaits en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés aux patients au sans rendez-vous populationnel.

Le médecin réclame à la Régie la part du forfait trimestriel qui lui est alloué.

- 6) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

9.00 La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :

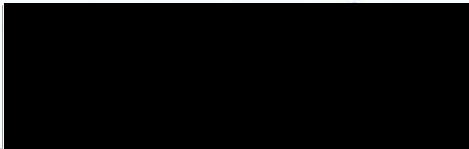
i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;

Ou,

ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25 e jour de janvier 2024.


CHRISTIAN DUBE
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux


MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 375**Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 374**

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 374, d'implanter de nouvelles modalités visant à accroître l'accès en sans rendez-vous populationnel dans les milieux hors GMF;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**I- Financement**

1. Un montant de 0,3 M\$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 374.

II- Suivi

2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 374, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 374, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.

III- Durée

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :
 - i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;


Ou,

 - ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 25 ^{ième} jour de janvier 2024.



CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux



MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 376

Ayant trait au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce auprès de clientèles spécifiques et découlant de l'Entente de principe MSSS-FMOQ afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1^{er} juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement sur la base des services dispensés en première ligne dans les secteurs d'activité suivants :

- Enseignement
- Gériatrie ambulatoire
- Itinérance
- Interruption volontaire de grossesse
- Musculosquelettique
- Santé mentale
- Pédiatrie sociale
- Réfugiés
- Soins à domicile
- Suivi de grossesse
- Soins palliatifs
- Toxicomanie

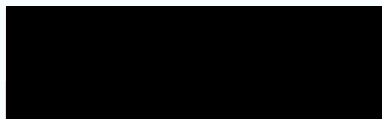
2.00 Les parties identifient les actes sur lesquels le montant forfaitaire est applicable.

3.00 Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

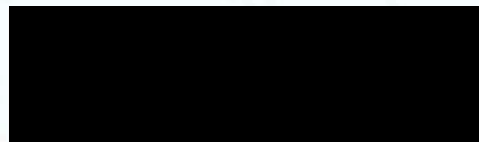
- a) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1^{er} juin 2022 au 31 mai 2023 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement respectivement le ou vers le 30 novembre 2022, le ou vers le 28 février 2023, le ou vers le 31 mai 2023 et le ou vers le 31 août 2023;
- b) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1^{er} juin 2023 au 31 mai 2024 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement respectivement le ou vers le 30 novembre 2023, le ou vers le 28 février 2024, le ou vers le 31 mai 2024 et le ou vers le 31 août 2024;
- c) Le taux applicable aux fins du calcul de ces montants forfaitaires prévus aux alinéas a) et b) ci-dessus correspond à 1,5 M\$ par trimestre, divisé par le montant des services identifiés à l'article 2 de la présente lettre d'entente.

- 4.00** Le comité paritaire peut être saisi de toute demande particulière en lien avec cette lettre d'entente dont notamment une pratique non prévue à l'article 1. Après analyse, il effectue ses recommandations aux parties négociantes pour décision.
- 5.00** Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.
- 6.00** La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :
- i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;
- Ou,
- ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25 e jour de janvier 2024.



CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux



MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 377

Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 376

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 376, de verser un montant forfaitaire trimestriellement pour les services dispensés en première ligne auprès de clientèles spécifiques;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**I- Financement**

1. Un montant de 12,0 M\$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 376.

II- Suivi

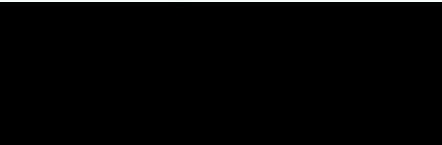
2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 376, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 376, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.

III- Durée

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2022 et le demeure pour une période de deux ans à moins qu'il en soit décidé autrement, le tout conformément aux dispositions de l'article 3 de la Lettre d'entente n° 376.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 25 ^{ième} jour de janvier 2024.


CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux


MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec