



Séance d'information

à l'attention des médecins de famille

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

5 novembre 2025

Objectifs de la rencontre

- Expliquer les effets de la loi et la vision du gouvernement
- Présenter le nouveau mode de rémunération et les indicateurs
- Comprendre l'application des mesures incluant la transition
- Répondre aux questions et préoccupations



Table des matières

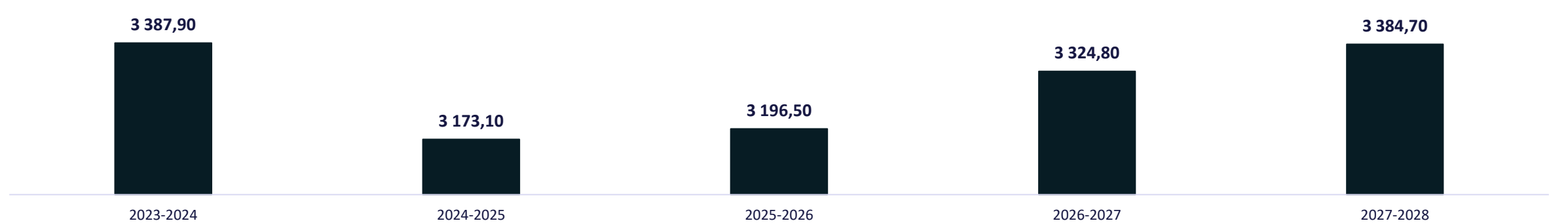
1. Enveloppe
2. Affiliation
3. Mode de rémunération composée
4. Supplément collectif
5. Rémunération activités administrative – Jetons
6. Télémédecine
7. Plan de couverture
8. Autres modalités
9. Engagements du gouvernement
10. Conclusion



1. Enveloppe

Enveloppe de rémunération - médecins de famille

	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Sommes dédiées pour l'enveloppe budgétaire	3 033,9 M\$	2 810,1 M\$	2 748,0 M\$	2 243,0 M\$	2 281,1 M\$
Sommes dédiées au frais de cabinet				312,6 M\$	318,0 M\$*
Sommes dédiées au supplément collectif			76,5 M\$	315,4 M\$	320,8 M\$
Sommes dédiées au supplément additionnel				71,8 M\$	71,8 M\$
Programme GMF	354,0 M\$	363,0 M\$	372,0 M\$	382,0 M\$*	393 M\$*
TOTAL	3 387,9 M\$	3 173,1 \$ M\$	3 196,50 M\$	3 324,80 M\$	3 384,70 M\$



Répartition de l'enveloppe par secteur

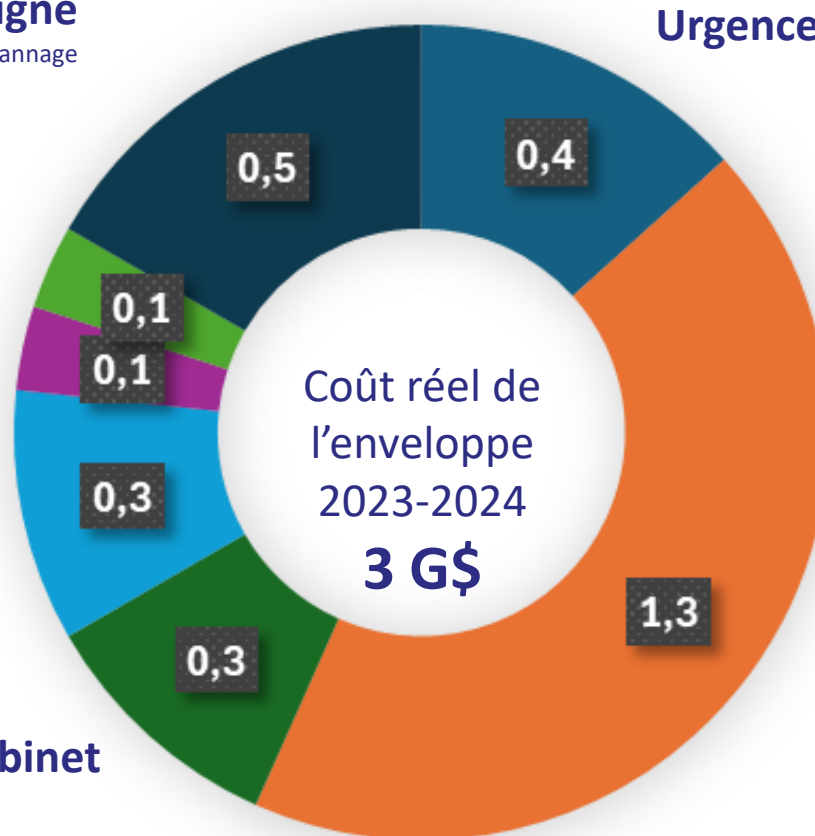
Autres activités de 2^e ligne
Obstétrique, hospitalisation, dépannage

Activités de 1^{re} ligne qui s'apparentent à la 2^e ligne
Visite musculosquelettique, IVG, programme CLSC, CNESST

Mesures incitatives, particulières et d'efficacités
Programme de formation, ressourcement, reconnaissance de l'efficacités

Autres
Forfaitaires et mesures non récurrentes

Frais de cabinet



Facturation en 1^{re} ligne

- Visite de suivi, à domicile hors programme, télémedecine, consultation pour un autre professionnel, procédures, suivi de grossesse, rendez-vous ponctuel, intervention clinique
- Enseignement, formation et supervision auprès des résidents, externes, IPS, sage-femmes
- Cabinet, CLSC et GMF-U

Référence

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

- **CHAPITRE 7 – Renouvellement des ententes conclues avec les organismes représentatifs des médecins (article 106 à 129)**
 - Article 108 – Prévoit l'optimisation des tarifs de 13,04% pour la création de l'enveloppe dédiée au supplément collectif
 - Article 110 – Fixe les enveloppes budgétaires globales – omnipraticiens
 - Article 124 – Fixe les enveloppes budgétaires globales – spécialistes



2. Affiliation

Affiliation populationnelle

Objectif : 100 % des Québécois admissibles sont affiliés à un milieu de soins de proximité lié à sa communauté, permettant ainsi un accès aux soins et services dont ils ont besoin, au bon moment, par la bonne personne.

Répondre aux besoins de la population n'est plus la cible mais le point de départ

➔ Rétablir l'équité en mettant fin aux différents statuts d'inscription.

Concepts clés

AFFILIATION

- Processus par lequel chaque citoyen est rattaché à un milieu de soins.
- L'affiliation est gérée localement et collectivement, plutôt qu'individuellement par chaque médecin.
- L'affiliation permet la prise en charge dans un milieu de soins et donne accès à l'équipe de soins dans ce milieu.

ASSOCIATION

- Un patient peut être associé à un professionnel principal responsable de la coordination et de la continuité des soins, ainsi que du suivi longitudinal, selon le jugement clinique du professionnel, et ce, peu importe le niveau de vulnérabilité.

PERSONNE ADMISSIBLE

- Une personne qui est titulaire d'une carte d'assurance maladie valide ou d'une carte d'admissibilité valide, à l'exclusion des usagers hébergés dans un CHSLD

MILIEUX DE PRATIQUE

- Les milieux de pratiques auxquels sont susceptibles d'être affiliées les personnes admissibles sont principalement les **cabinets privés** de professionnel, les CLSC, les GMF, les GMF-U et clinique IPSPL.
- Les milieux de pratiques peuvent être constitués d'une équipe de professionnels de la santé, incluant des médecins de famille, des infirmières praticiennes spécialisées, des infirmières, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, qui collaborent pour fournir des soins continus et coordonnés.

PRISE EN CHARGE

- La prise en charge implique qu'un médecin, **directement ou par l'intermédiaire d'autres professionnels**, assume certaines responsabilités envers la personne prise en charge dont celle d'assurer le suivi médical que requiert l'état de la personne de manière à favoriser la continuité des soins qu'elle reçoit et de fournir les services de santé et sociaux de première ligne adaptés à l'état de la personne ou, en cas d'indisponibilité, s'assurer que les services peuvent être obtenus par la personne et y contribuer dans la mesure nécessaire.
- Les autres professionnels de la santé œuvrant dans le milieu contribuent aussi à cette prise en charge.

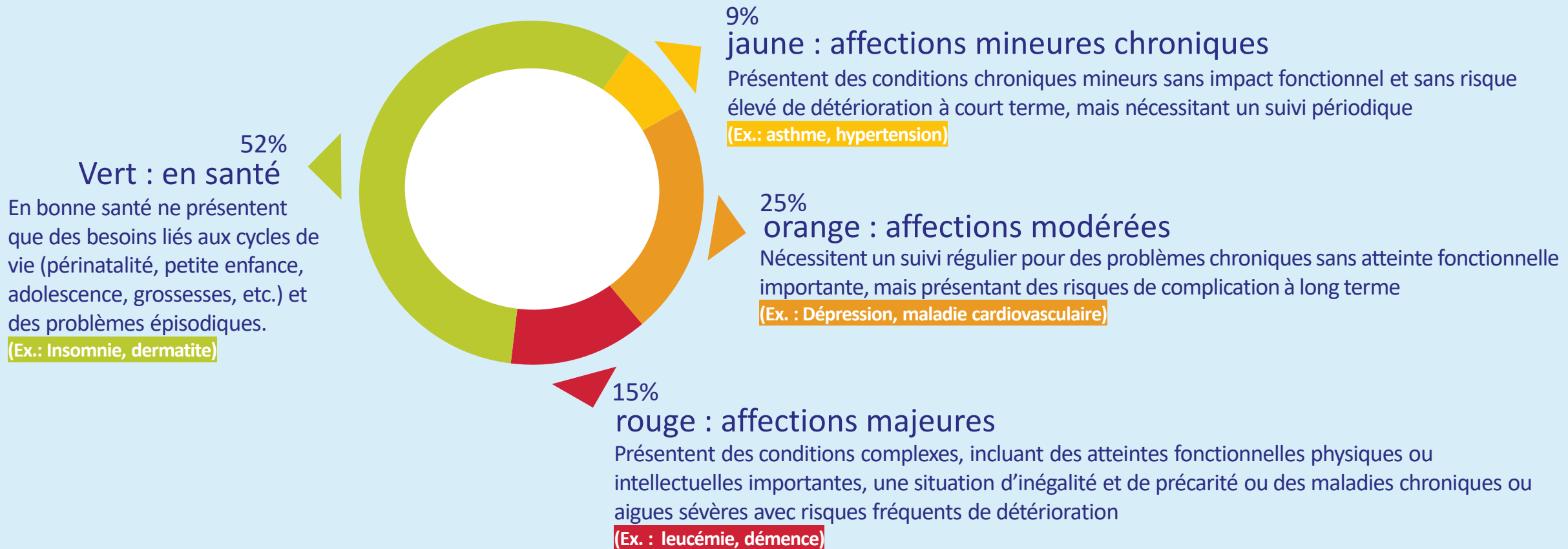
Méthodologie Pop - Grouper

La méthode *Grouper* a été développée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), adaptée par l'INESSS avec Repères GMF notamment et sera appliquée par la RAMQ

- À partir des Dx déclarés par les professionnels -> Établit un **portrait de santé de la population**
 - Considère toute la population notamment la **clientèle non-inscrite**
 - Permet de soutenir les **réflexions sur l'organisation des soins et les trajectoires** à mettre en place pour permettre la prise en charge populationnelle.
 - Utilisée également par l'**Ontario** pour le mode de rémunération
 - Sert à déterminer les **montants trimestriels de capitation**
-
- Ne se substitue en aucun cas au **jugement clinique** des médecins
 - Ne **régule pas l'accès aux soins et services médicaux**
 - **N'est pas un indicateur d'intensité de besoins en visites médicales mais bien de lourdeur clinique.**

Critères de vulnérabilité

La méthodologie permet de classer les personnes selon leur profil de santé, à partir des données médico-administratives et des informations sur les diagnostics indiqués dans les dossiers patients. Elle permet également de déterminer la valeur monétaire associée à la capitation.



Portrait de la population

(2024-2025)



	En santé «vert»	Affections chroniques mineurs «jaune»	Affections modérées «orange»	Affections majeures «rouge»	Total de la population
Inscrit individuel	2 706 041	549 593	1 602 360	961 158	5 819 152
Inscrit en groupe	560 774	89 881	238 143	136 550	1 025 348
Total de la population déjà affilié	3 266 815	639 474	1 840 503	1 097 708	6 844 500
% de la population déjà affiliée	74%	83%	87%	86%	80%
Total de la population à affilier	1 155 872	128 169	277 302	174 440	1 735 783
% de la population à affilier	26%	17%	13%	14%	20%
Total de la population	4 422 687	767 643	2 117 805	1 272 148	8 580 283

Séquence transitoire priorisant l'affiliation des personnes plus vulnérables

Bien que l'objectif gouvernemental demeure que 100 % de la population admissible soit affiliée, le gouvernement souhaite établir une séquence transitoire pour la prise en charge par affiliation.

- du 1^{er} avril au 30 juin 2026 : affiliation des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **affection majeure « rouge »**
- du 1^{er} juillet au 31 décembre 2026 : affiliation des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **affection modérée « orange » et affection mineure chronique « jaune »**
- à partir du 1^{er} janvier 2027 : affiliation des personnes ayant un niveau de vulnérabilité en santé « vert »

Trajectoires cliniques à maintenir :

- GAP
- GMF-AR

Réflexions en cours sur les trajectoires : Petite enfance; suivi de grossesse, dépendance

Travaux de modélisation

(2023-2024)

La répartition se fait uniquement parmi les médecins travaillant dans le panier de service de la 1^{re} ligne, soit 8158 médecins (exclut 1791 médecins qui sont 100% à l'urgence ou en 2^e ligne).

La modélisation a permis de démontrer que l'affiliation complète de la population demande moins de un rendez-vous par jour travaillé en moyenne (0,6 à 0,8) et que le nombre supplémentaire de patients en moyenne par médecin serait de 215 patients. Seulement pour les vulnérables (rouge), on parle de 21 patients supplémentaires par médecin en moyenne.

Référence

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

- CHAPITRE 1 - Prise en charge de toute la population (article 1 à 14)
 - Introduit les articles permettant de **prévoir une prise en charge collective** par affiliation des personnes assurées à un milieu de pratique auquel elles sont affiliées par les départements territoriaux de médecine familiale



3. Nouveau mode de rémunération composée

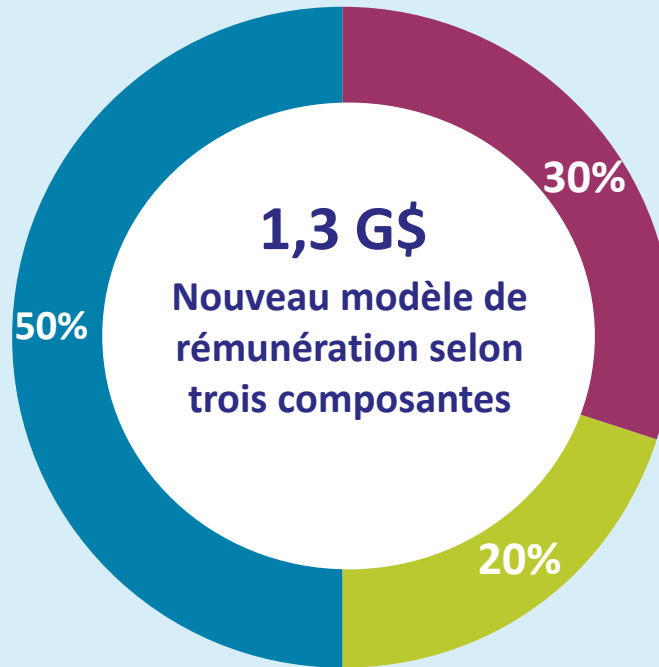
Composantes

Le mode de rémunération comprend une portion importante de capitation liée à la prise en charge des usagers par les médecins. De plus, le médecin reçoit un montant pour les heures travaillées en plus de facturer chaque interaction avec le patient ou le travail en collaboration interprofessionnelle.

Capitation  **0,54 G\$**

Montant fixe (forfait) versé au groupe en fonction de la population prise en charge

- Valorise la prise en charge des patients les plus vulnérables et la collaboration interprofessionnelle.



Acte  **0,32 G\$**

Montant versé pour chaque visite

- Simplification de la facturation
- Récompense la productivité.

Tarif horaire  **0,26 G\$**

Montant versé par heure de travail

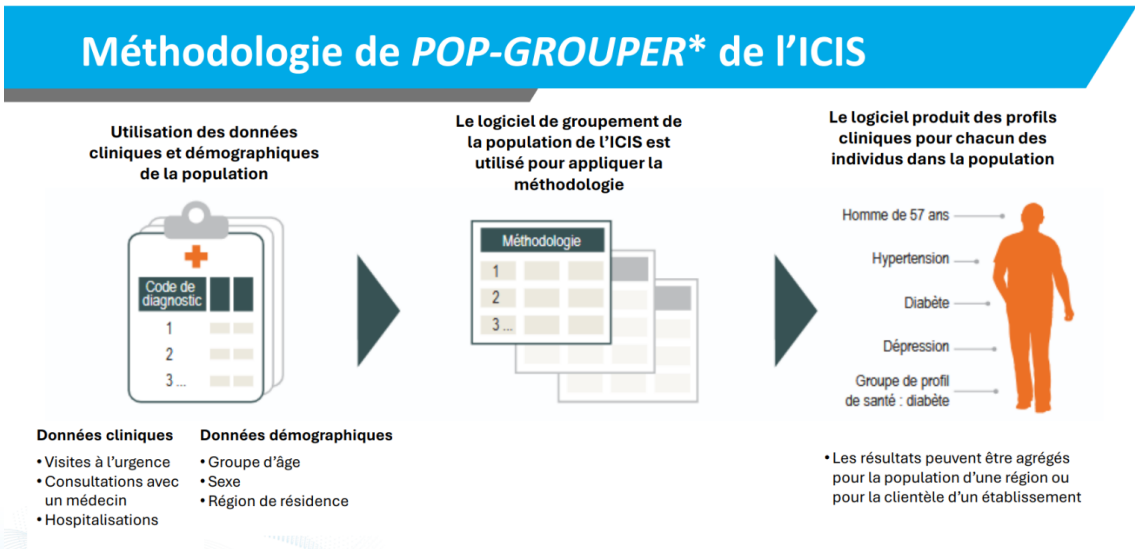
- Valorise le travail en équipe de soins et les tâches indirectes associées à la fourniture des soins et services

+ 0,17 G\$ pour la part dédiée pour le supplément collectif

Capitation

Une proportion de 50 % vise une rémunération de groupe basée sur l’affiliation, et qui sera modulée en fonction des critères de vulnérabilité selon la méthode *Grouper* utilisée par l’INESSS avec Repères GMF.

Par individu	en santé (vert)	affections mineures (jaune)	affections modérées (orange)	affections majeures (rouge)
Forfait trimestriel	2,29 \$	13,73 \$	22,88 \$	41,19\$
Sur une base annuelle	9,16 \$	54,92 \$	91,52 \$	164,76\$



Acte

Une proportion de 30 % de la rémunération porte sur des codes d’actes limités et simplifiés.

Acte d’interaction	Tarif
Interaction avec un patient en personne, au lieu de résidence du patient	59,83 \$
Interaction avec un patient en personne, au milieu de pratique du médecin	16,00 \$
Interaction avec un patient à distance (virtuelle par téléphone ou vidéo)	13,98 \$
Interaction en groupe, en personne ou en vidéo	22,40 \$
Intervention clinique (visite d’au moins 30 min)	34,97 \$
Interaction avec un professionnel de la santé et des services sociaux	6,34 \$

Exemples de procédure mineure

- Traitement d'hyposensibilisation au venin d'insecte, une ou plusieurs injections par séance
- Ponction artérielle**
- Pansement de vingt (20) cm² ou plus

Exemples de procédure standard

- Injection - Médication ou substance thérapeutique intra-articulaire
- Immobilisation plâtrée et attelle**
- Électrocoagulation - première lésion

Exemples de procédure avancée

- Biopsie avec ou sans guidage échographique**
- Tumeur bénigne - Excision chirurgicale (incluant fermeture simple)
- Verrue - Excision chirurgicale

+ S’ajoutent aux actes d’interaction, lorsqu’applicables :

Procédure	Tarif
Procédure mineure	3,07 \$
Procédure standard	6,09 \$
Procédure avancée	17,59 \$

Tarif horaire additionnel

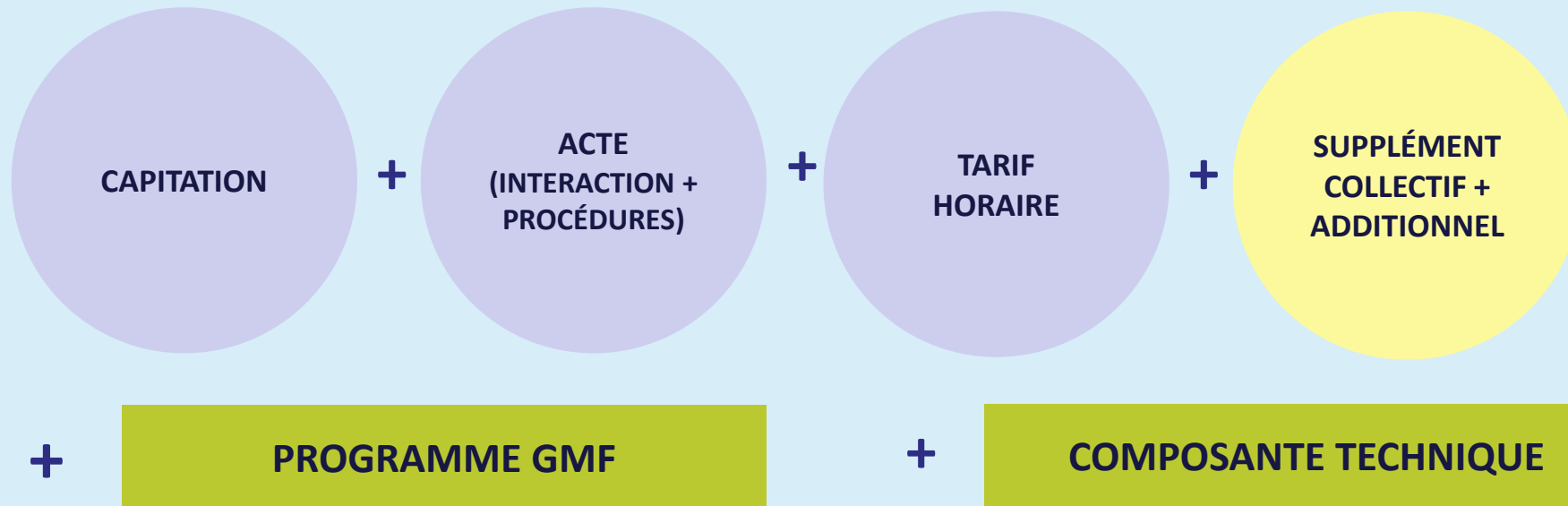
Une proportion de 20 % de la rémunération est basée sur un taux horaire unique pour reconnaître la durée réelle des activités, incluant les heures cliniques et non cliniques. Il est exigible, par tranche de 15 minutes complétées et jusqu'à concurrence de 12 heures par jour, pour les heures que le médecin de famille dédie à l'exécution de tâches correspondant à l'exercice de sa profession.

Tâches correspondant à l'exercice de sa profession

- les tâches directes de suivi, à savoir toute activité qui inclut une interaction directe avec le patient, qu'elle soit individuelle ou un groupe
- les tâches indirectes de suivi, à savoir toute activité qui implique d'intervenir dans un objectif de suivi pour le patient, incluant la collaboration avec d'autres professionnels et le suivi de résultats
- les tâches administratives, à savoir les tâches qui ne sont pas liées au suivi des patients, incluant la participation à des comités, la production de documents administratifs et les tâches inhérentes à l'organisation du milieu de pratique.
- les activités effectuées dans le cadre d'un programme de formation en médecine qui, selon l'assignation du responsable de stages, assume la prise en charge et la responsabilité de l'externe, du résident, d'IPS ou tout autre professionnel en formation.
- les activités académiques et l'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel ainsi que les activités d'enseignement et d'apprentissage par simulation.

Activités	Taux horaire
Taux horaire de base	26,81 \$
Supervision de résidents	67,97\$
Supervision d'externes ou IPS	78,39 \$
Activités académiques	86,37 \$

Composante Rémunération en première ligne



Comparable 1

		Nouveau mode	
CAPITATION	Actuel 1698 patients	Actuel 1698 patients	+250 patients
Affiliation «rouge»	251	251	288
Affiliation «orange»	516	516	592
Affiliation «jaune»	177	177	203
Affiliation «vert»	754	754	865

		Nouveau mode	
TAUX HORAIRE	Actuel 1698 patients	Actuel 1698 patients	+250 patients
Taux horaire de base		1262	1419
Supervision de résidents			
Supervision d’externes- IPS			
Activités académiques			

ACTE	Actuel 1698 patients	Nouveau mode	
		Actuel 1698 patients	+250 patients
Interaction au lieu de résidence du patient	138	138	138
Interaction au milieu de pratique	2 262	2 262	2 387
Interaction à distance	439	439	439
Interaction en groupe	-	-	-
Intervention clinique (visite 30 min)	228	228	478
Interaction avec un professionnel	4	4	4
Procédure mineure	11	11	11
Procédure standard	2	2	2
Procédure avancée	5	5	5

		Nouveau mode	
	Actuel	Actuel	+250 patients
Total pour la capitation	101 827\$	105 242\$	120 739\$
Total taux horaire	s.o	33 847\$	38 036\$
Total pour l’acte	130 410\$	58 805\$	69 548\$
Total	232 237 \$	197 894 \$	228 323 \$
Supplément collectif	s.o.	29 684\$	34 248\$
Composante technique	75 147\$	75 147\$	75 147\$
Total	307 384 \$	302 726 \$	337 719 \$

Comparable 2

CAPITATION	Actuel 1070 patients	Nouveau mode	
		Actuel 1070 patients	+250 patients
Affiliation «rouge»	144	144	178
Affiliation «orange»	187	187	231
Affiliation «jaune»	48	48	59
Affiliation «vert»	691	691	852

TAUX HORAIRE	Actuel 1070 patients	Nouveau mode	
		Actuel 1070 patients	+250 patients
Taux horaire de base		289	445
Supervision de résidents			
Supervision d’externes- IPS			
Activités académiques			

ACTE	Actuel 1070 patients	Nouveau mode	
		Actuel 1070 patients	+250 patients
Interaction au lieu de résidence du patient	0	0	0
Interaction au milieu de pratique	467	467	592
Interaction à distance	160	160	160
Interaction en groupe	0	0	0
Intervention clinique (visite 30 min)	69	69	319
Interaction avec un professionnel	1	1	1
Procédure mineure	0	0	0
Procédure standard	5	5	5
Procédure avancée	3	3	3

	Actuel 1070 patients	Nouveau mode	
		Actuel 1070 patients	+250 patients
Total pour la capitation	10 324 \$	49 805 \$	61 442 \$
Total taux horaire	s.o	7 753 \$	11 942 \$
Total pour l’acte	45 503 \$	12 168 \$	22 910 \$
Total	55 826 \$	69 726 \$	96 294 \$
Supplément collectif	s.o.	10 459\$	14 444\$
Composante technique	15 811\$	15 811\$	15 811\$
Total	71 637 \$	95 996 \$	126 549 \$

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



Refonte du programme au 1^{er} avril 2026

- Favoriser et valoriser davantage la **pratique de groupe** et la **mutualisation des forces sur un territoire**
- Rôle accru accordé à Santé Québec et au DTMF afin notamment de **faciliter la planification et la coordination de l'offre de service locale**
- **Couverture par territoire vs par GMF**
- **Programme unifié** regroupant ainsi les GMF, GMF-AR et GMF-U, CLSC

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



- **Ajout de nouvelle catégorie d'emploi admissible**
- **Consolidation d'équipes dédiées** pour tous les patients du territoire de CLSC
- **Élaboration du bilan annuel** à l'aide d'indicateurs de résultats, d'accès et de qualité par Santé Québec

Référence

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

- CHAPITRE 2 – Rémunération des professionnels de la santé (article 15 à 36 + 42 à 60)
 - introduit les articles permettant d'habiliter le ministre à fixer par règlement les **modes de rémunération des professionnels** de la santé (médecins, pharmaciens, optométristes, dentistes)
 - introduit les articles permettant à la RAMQ de **rémunérer les médecins collectivement pour la prise en charge** des personnes affiliées
 - introduit les articles qui fixe le **nouveau mode de rémunération en première ligne** (capitation, actes et taux horaires) jusqu'à l'entrée en vigueur d'un règlement après le 31 mars 2028
- CHAPITRE 7 – Renouvellement des ententes conclues avec les organismes représentatifs des médecins (article 106 à 129)
 - Article 112 à 117 – Prévoit les tarifs applicables dans le cadre du mode de rémunération composée

[Lien vers le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille \(GMF\)](#)



4. Supplément collectif

Sommes dédiées au supplément collectif

	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Sommes dédiées au supplément collectif	76,5 M\$	315,4 M\$	320,8 M\$
Sommes dédiées au supplément additionnel		71,8 M\$	71,8 M\$

Supplément collectif

Il s'agit d'une bonification maximale de 15% de la rémunération. Ce montant vise à favoriser l'atteinte, par des collectivités médicales, d'objectifs d'accès et de qualité. Ces objectifs nationaux, territoriaux ou locaux, fixés par règlement du gouvernement, viseront à améliorer l'accès aux services médicaux et leur qualité.

Le montant de supplément collectif comporte un composant de base et un composant conditionnel :

- o le composant de base correspond à 5 % (sans égard à l'atteinte de l'objectif);
- o le composant conditionnel correspond à 10 % (l'objectif est atteint).

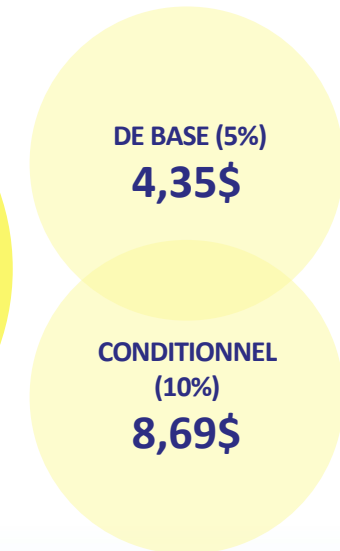
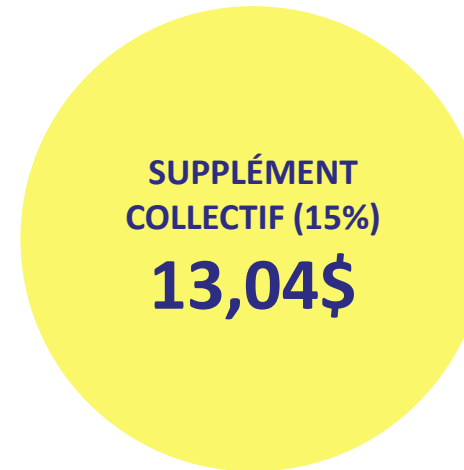
Actuellement



À partir du 1^{er} janvier 2026



+



Règles de ventilation

Les médecins formant une collectivité devront également se doter de règles de ventilation du supplément collectif. Ce sont donc les médecins entre eux qui détermineront la façon de répartir le supplément collectif au sein de la collectivité.

Le gouvernement est confiant que les médecins établiront entre eux des règles de ventilation du supplément collectif qui permettront de tenir compte des réalités propres à chaque médecin.

À titre d'exemple

Les règles de ventilation du supplément collectif peuvent notamment avoir pour objet :

- d'encourager l'atteinte des objectifs fixés;
- de favoriser la contribution de chacun des médecins à la mise en œuvre de moyens pris par la collectivité pour atteindre un objectif fixé;
- de soutenir la conciliation travail-famille;
- de soutenir les médecins qui poursuivent des travaux de recherche ou qui exercent des activités d'enseignement.

Ces règles de ventilation peuvent également :

- prévoir les conditions à la participation d'un médecin dans la ventilation du supplément collectif, lesquelles peuvent notamment être liées à l'atteinte de cibles qu'elles fixent;
- prévoir les cas et les conditions suivant lesquels la ventilation du supplément collectif attribué à cette collectivité peut inclure un médecin qui a cessé d'en faire partie;
- conférer à toute personne dont elles prévoient la nomination un pouvoir discrétionnaire ainsi que prévoir les conditions et les modalités selon lesquelles ce pouvoir peut être exercé.

63 ans et plus

Plus précisément, le MSSS propose de prévoir que les médecins qui sont âgés d'au moins 63 ans se voient verser la totalité du montant de supplément collectif qui est associée aux services qu'ils ont fournis.

Ces médecins pourraient toutefois renoncer, par écrit, à l'application de cet assouplissement.

Objectifs

Le projet de Loi introduit 12 objectifs visant l'amélioration de l'accès aux services médicaux assurés.

Pour les médecins de famille :

- Nombre de rendez-vous
- Exécution des plans de couverture
- Taux d'affiliation et d'association
- Couverture des lits en CHSLD

Pour tous les médecins :

- Délai de prise en charge à l'urgence
- Durée moyenne de séjour à l'urgence
- Délai d'exécution des consultations médicales demandées entre 8h et 17h

Pour les médecins spécialistes :

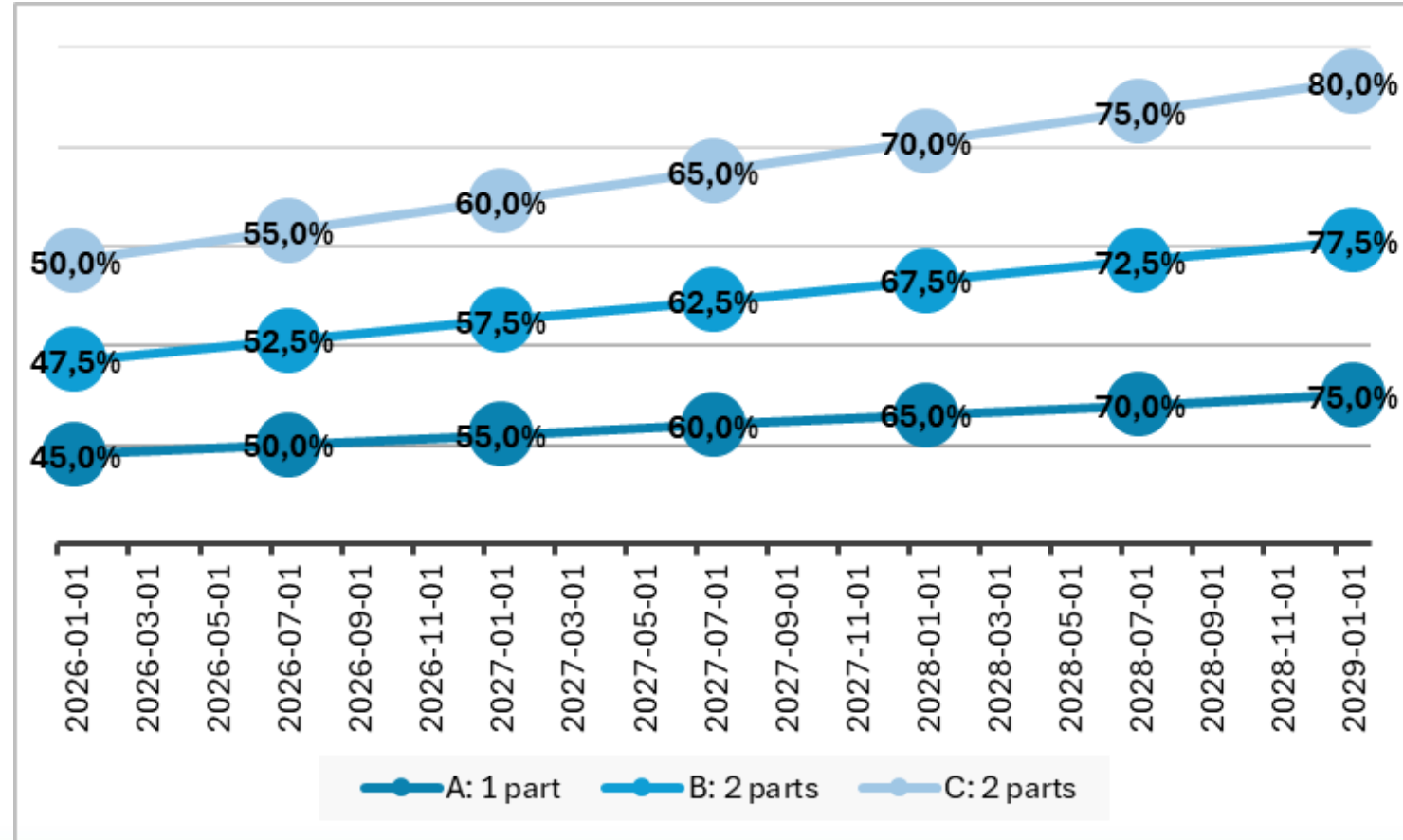
- Délai de réalisation des consultations en médecine spécialisée (CRDS)
- Délai de réalisation des chirurgies
- Délai de réalisation des chirurgies oncologiques
- Délai d'interprétation des examens en imagerie médicale
- Exécution des plans de couverture

Indicateur 1

Pourcentage des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement pris en charge dans un délai de 90 minutes à compter du moment où commence leur triage

Aujourd'hui : 44,10 %

FMOQ
et
FMSQ



Indicateur 2

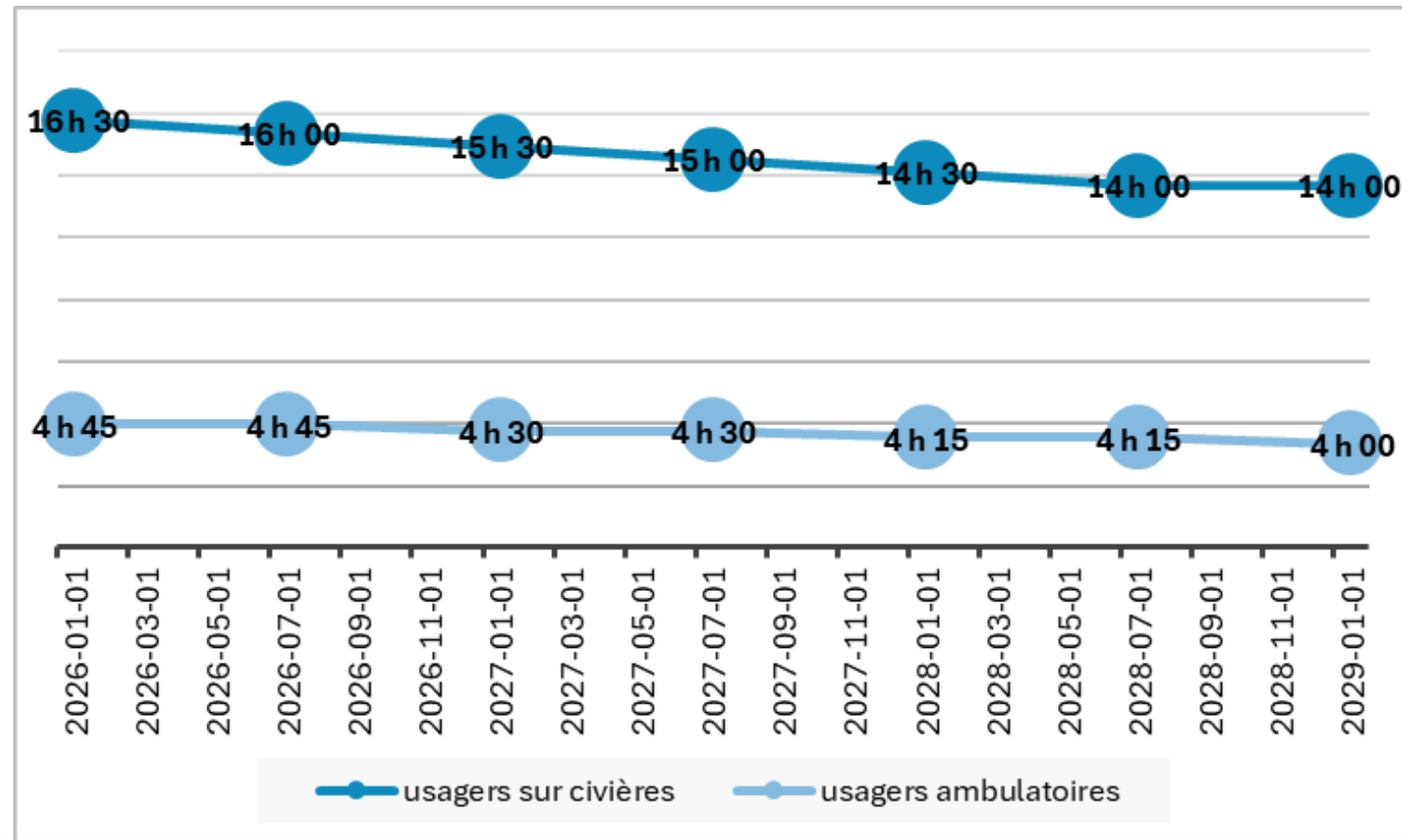
Les séjours au service d'urgence d'une installation d'un établissement sont d'une durée moyenne n'excédant pas le délai suivant:

Aujourd'hui :

Pour les usagers sur civière : 17h25

Pour les usagers ambulatoires : 5h05

FMOQ
et
FMSQ

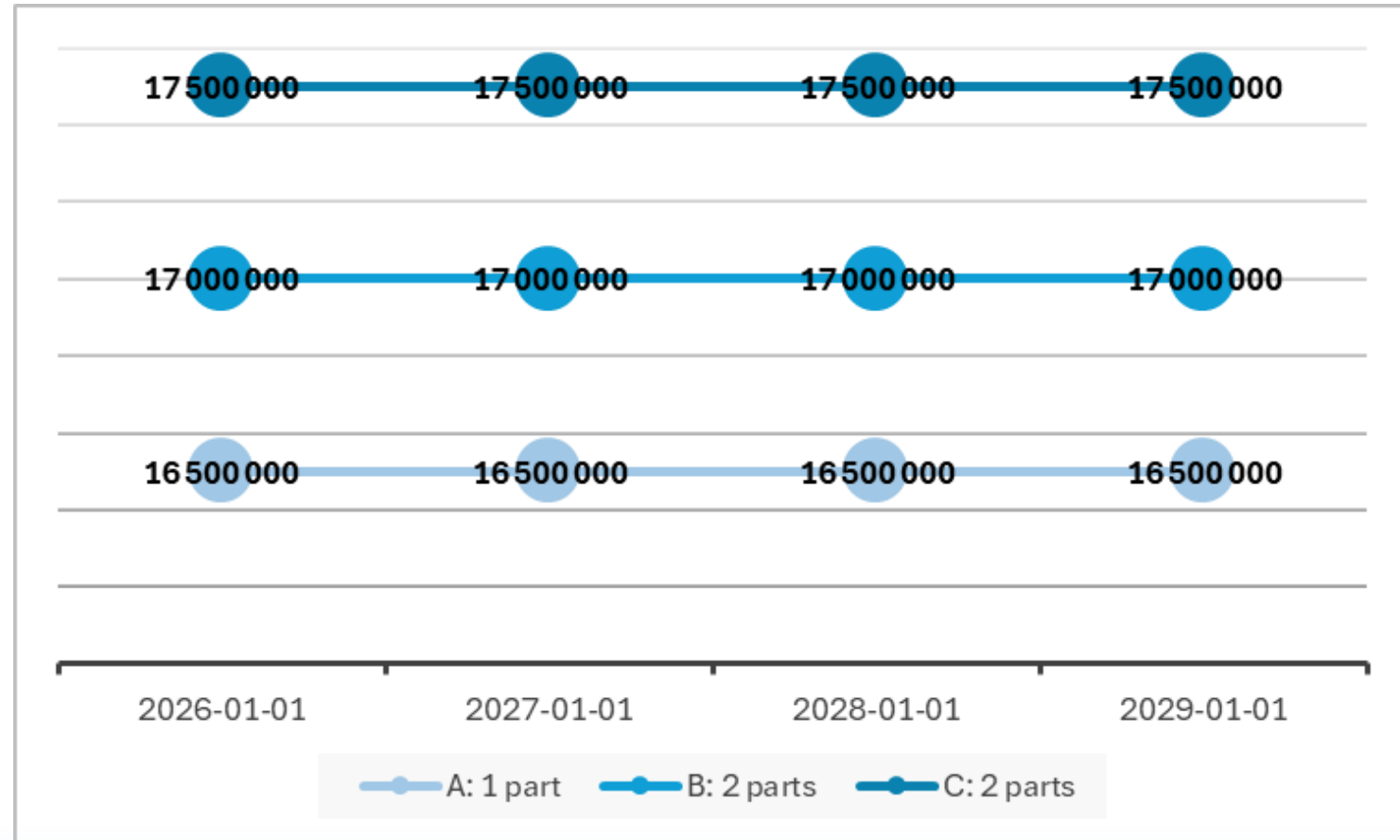


Indicateur 3

Nombre de plages de rendez-vous en médecine de famille rendues disponibles durant la période d'évaluation

Aujourd'hui : 16,4 millions

FMOQ

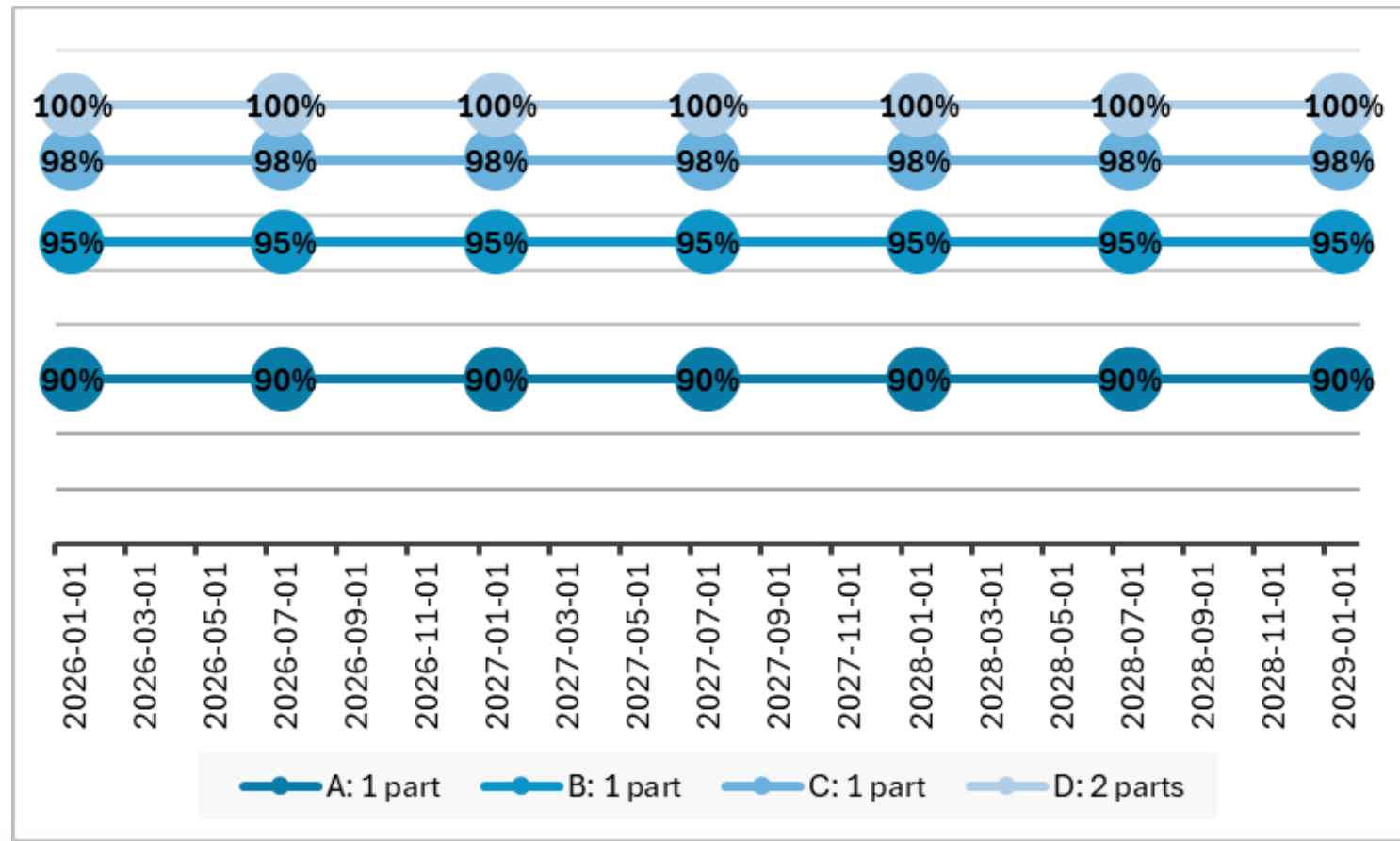


Indicateur 4

Taux d'exécution des prestations médicales en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation

Aujourd'hui : non mesuré

FMOQ



Indicateur 5

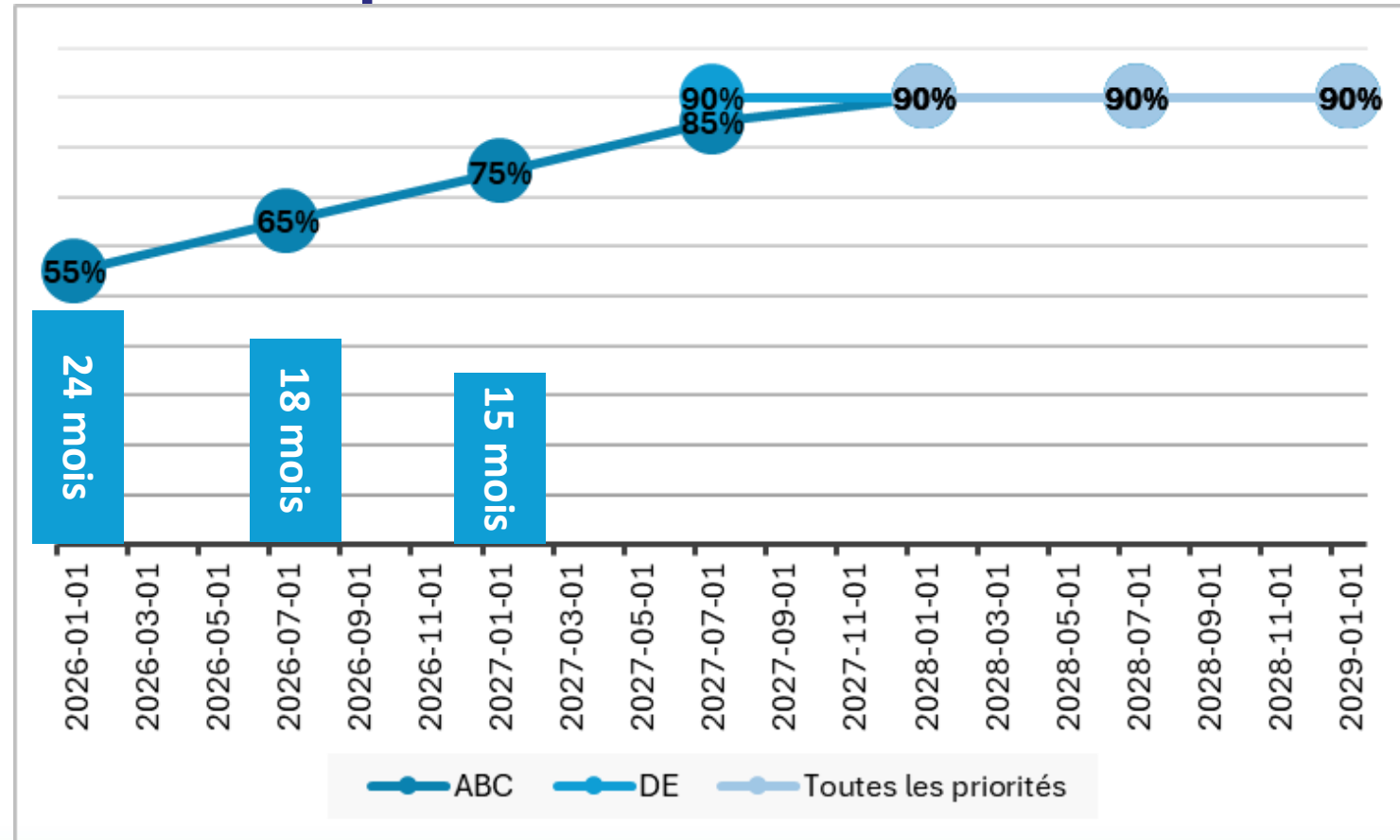
Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée en attente pour une durée inférieure au délai correspondant à la cote de priorité indiquée

Aujourd'hui :

Priorités A, B, C : 67 % hors délais

Priorités D et E : 205 000 datent de plus de 2 ans

Associations
de médecins
spécialistes

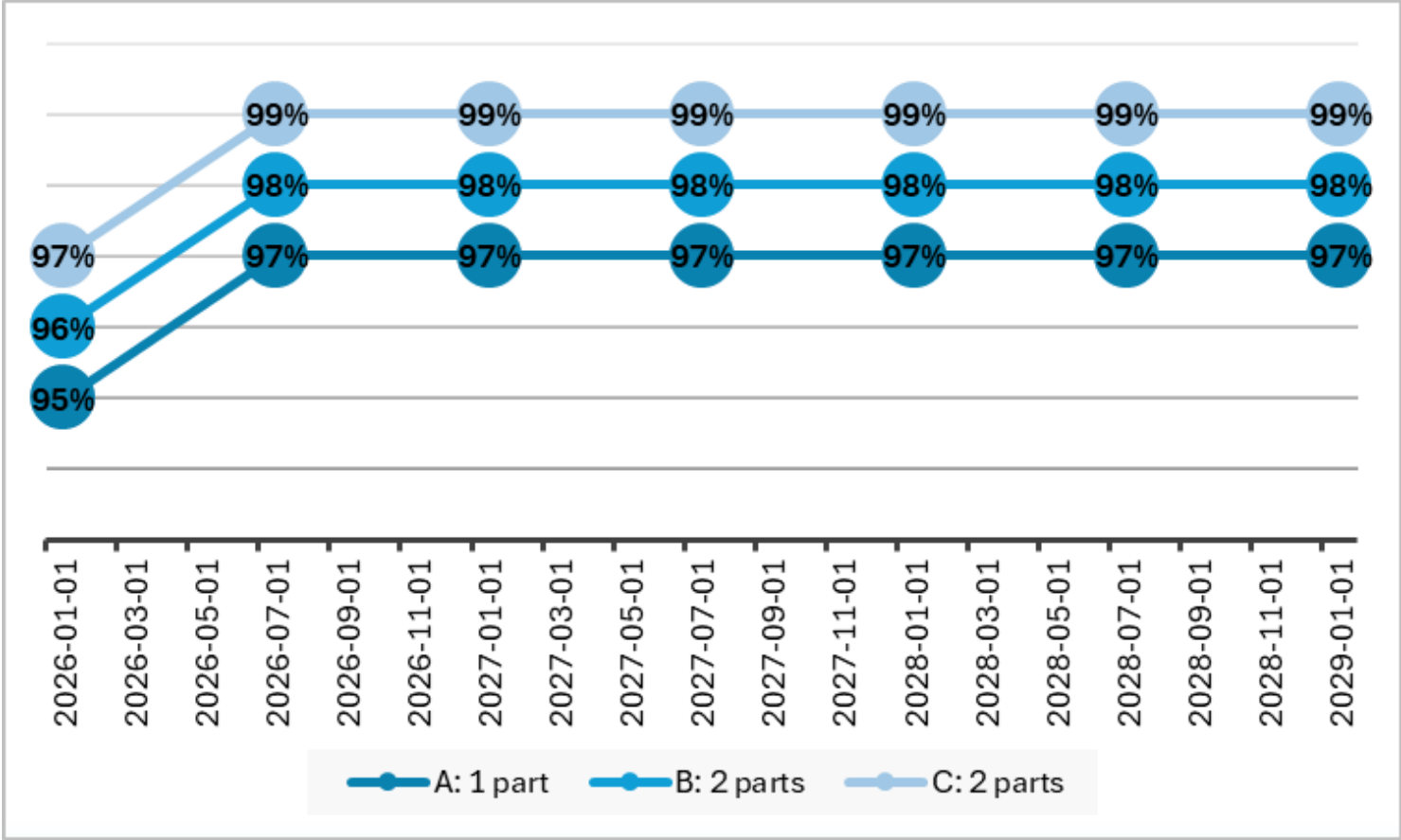


Indicateur 6

Pourcentage des chirurgies effectuées dans un délai d'au plus 12 mois de la requête opératoire

Aujourd'hui : 95,83 %

Associations
chirurgicales et
anesthésiologistes

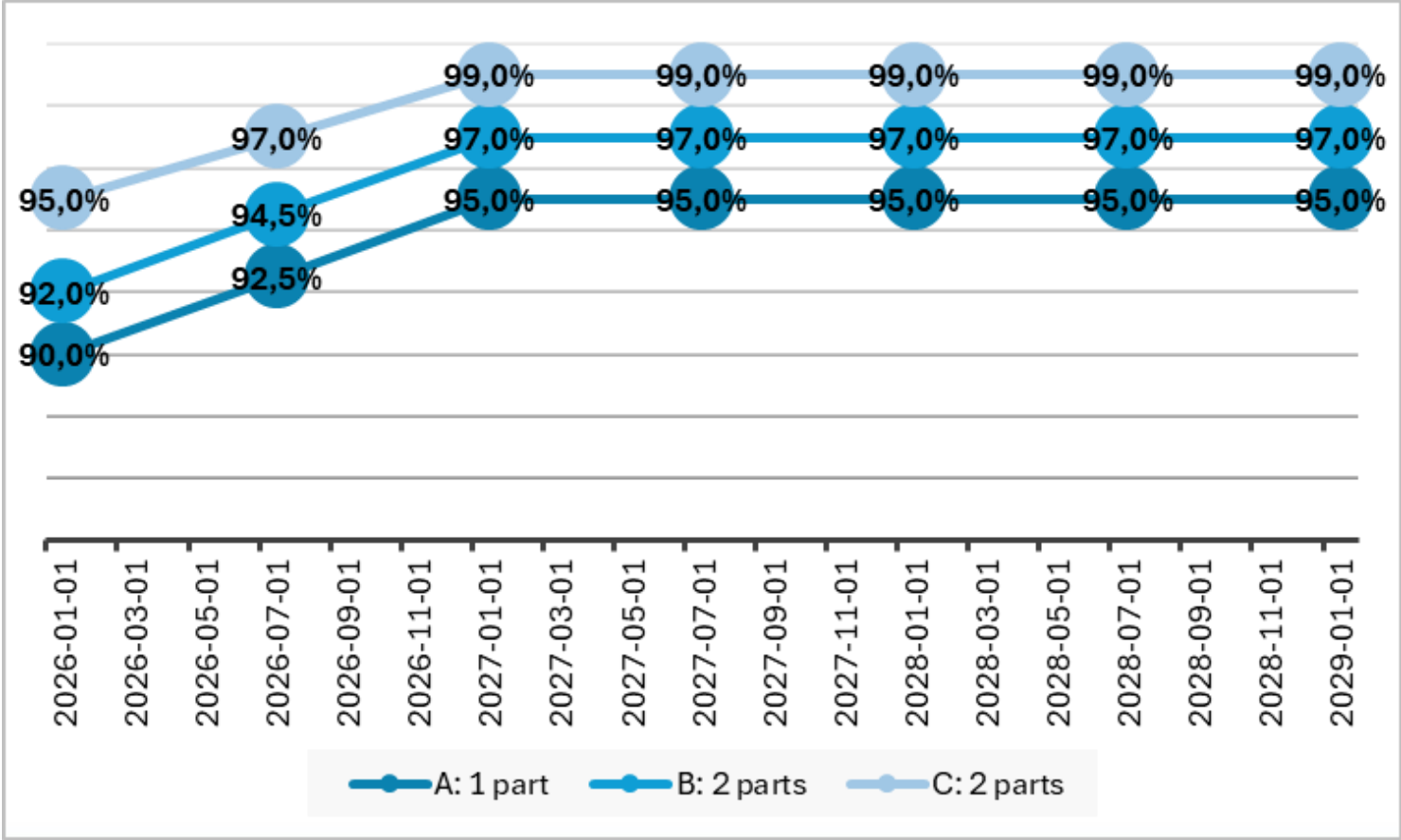


Indicateur 7

Pourcentage des chirurgies oncologiques effectuées dans un délai d'au plus 56 jours de la requête opératoire

Aujourd'hui : 87,20 %

Associations
chirurgicales et
anesthésiologistes

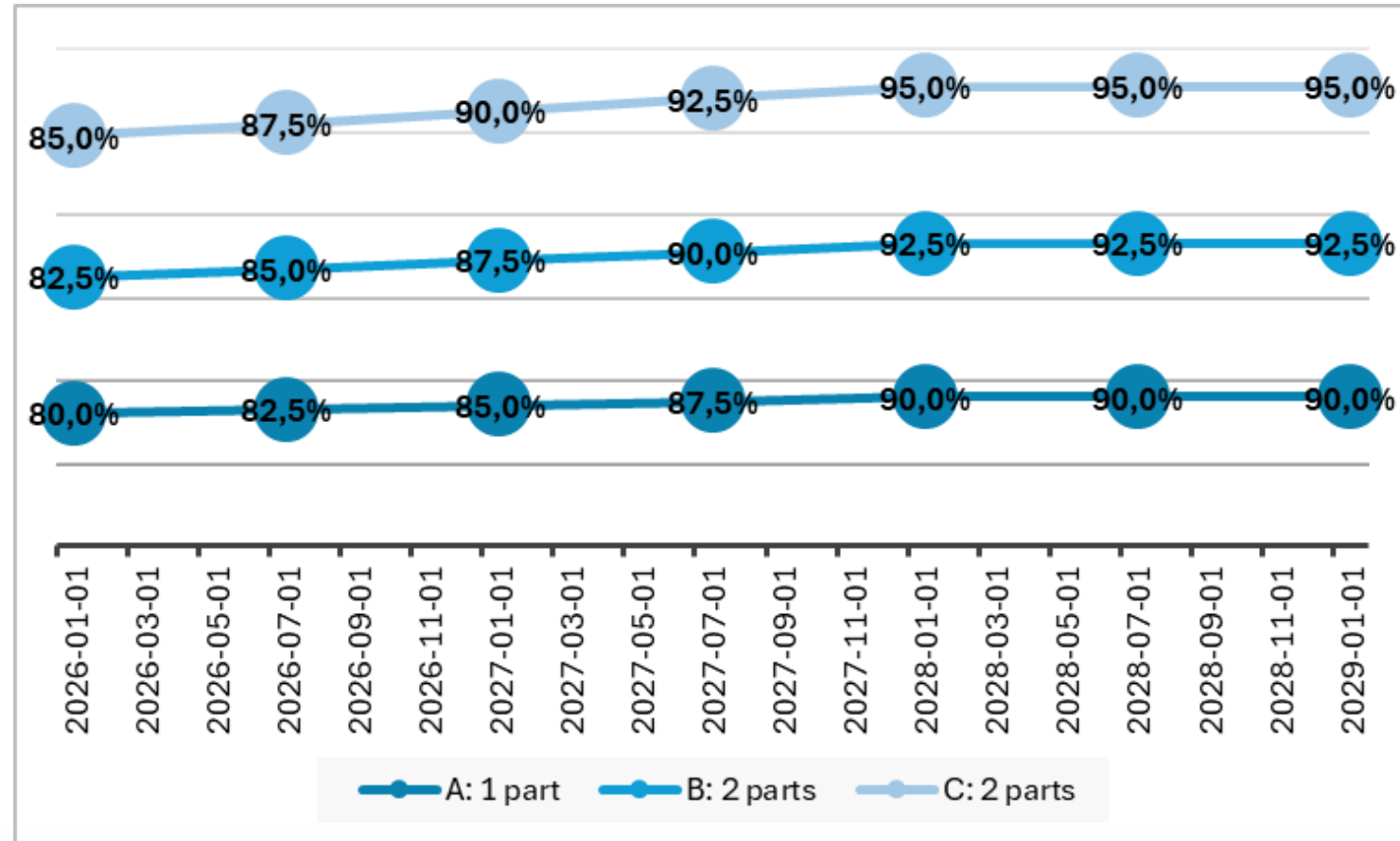


Indicateur 8

Pourcentage des examens en imagerie médicale interprétés dans un délai de moins de cinq jours après l'examen

Aujourd'hui : entre 62 et 92 %

Associations des
spécialistes en
médecine nucléaire,
des radio-oncologues
et des radiologistes

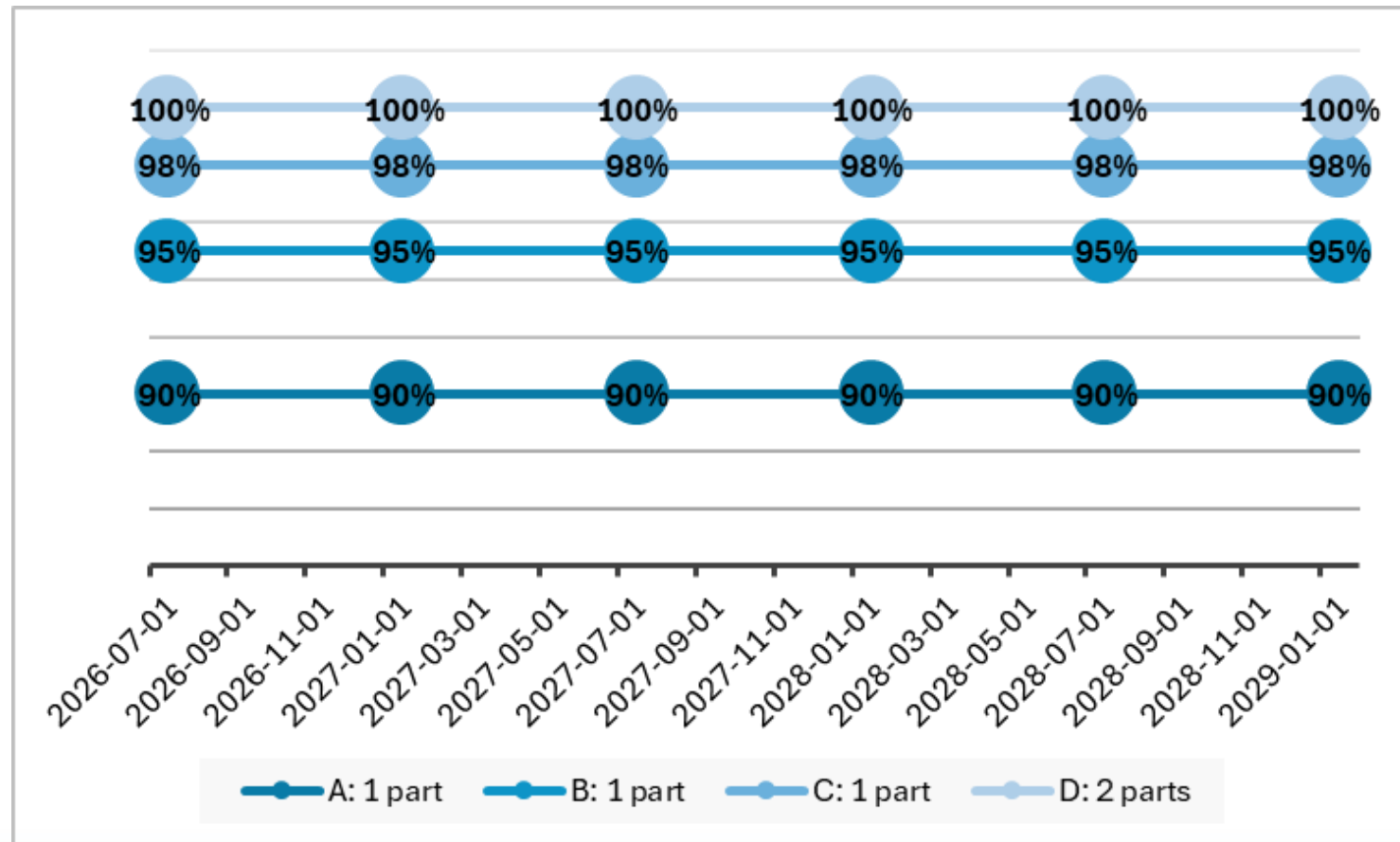


Indicateur 9

Taux d'exécution des prestations médicales prévues aux plans de couverture en médecine spécialisée

Aujourd'hui : non mesuré

FMSQ



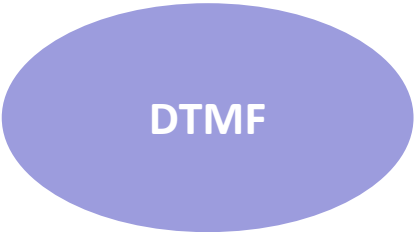


Indicateur 10

Taux d'affiliation à un milieu de pratique des personnes admissibles et taux d'association à un professionnel

Aujourd’hui sont inscrits ou inscrits collectivement:

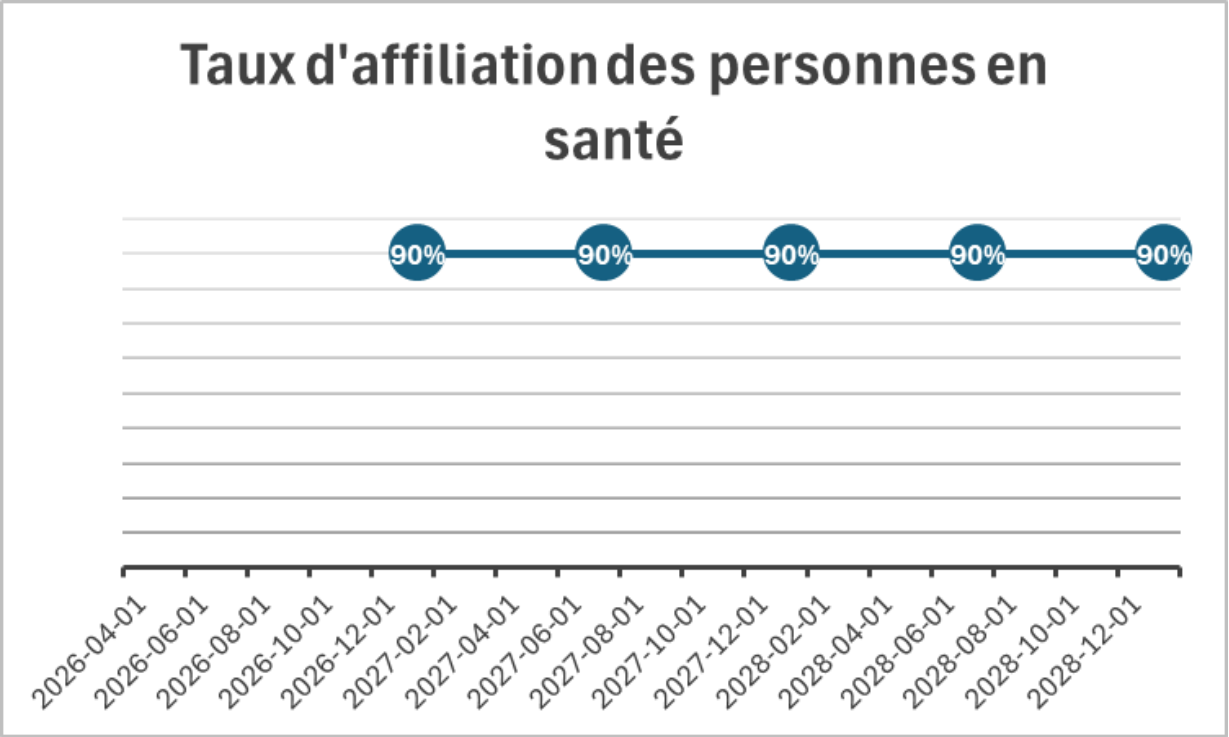
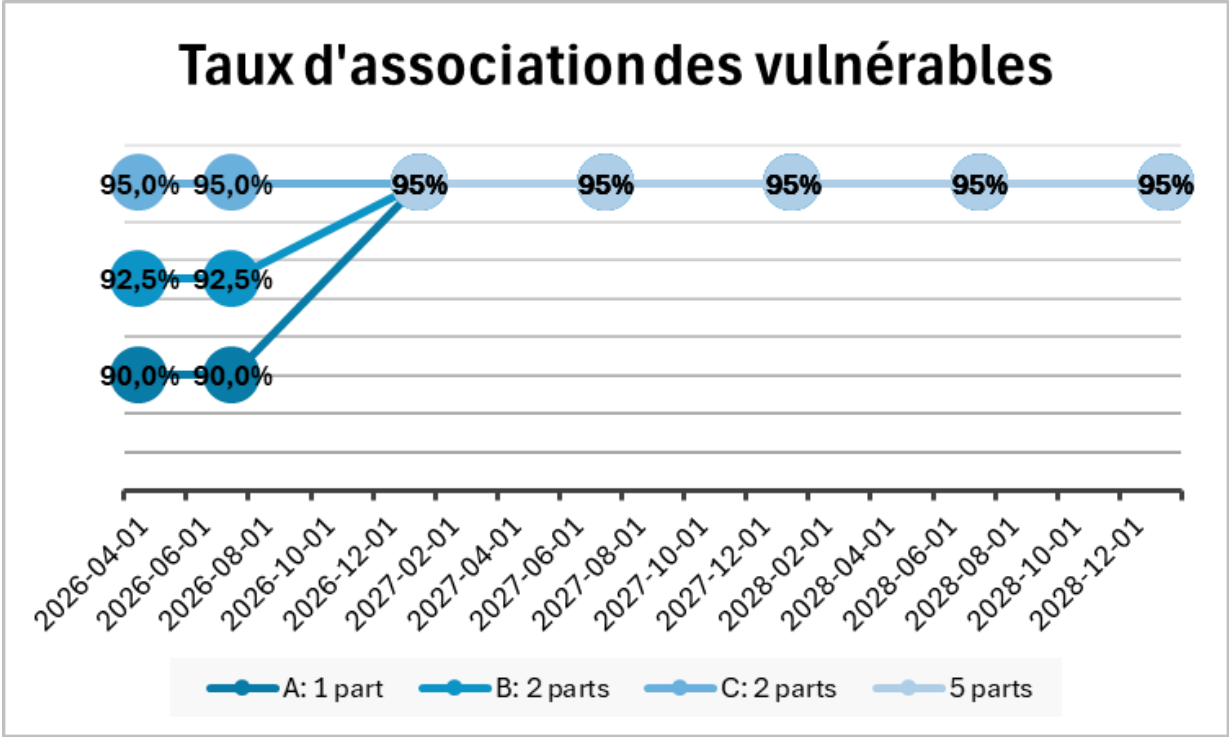
- 86 % des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **affection majeure**
- 87% des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **affection modérée**
- 83% des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **affection mineure chronique**
- 74% des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **en santé**



Du 1 ^{er} avril au 30 juin 2026	Affiliation et association des personnes ayant un niveau de vulnérabilité affection majeure
Du 1 ^{er} juillet au 31 décembre 2026	Affiliation et association des personnes ayant un niveau de vulnérabilité affection majeure , affection modérée et affection mineure chronique
À partir du 1 ^{er} janvier 2027	Affiliation des personnes en santé et affiliation et association des personnes ayant un niveau de vulnérabilité affection majeure , affection modérée et affection mineure chronique

Indicateur 10

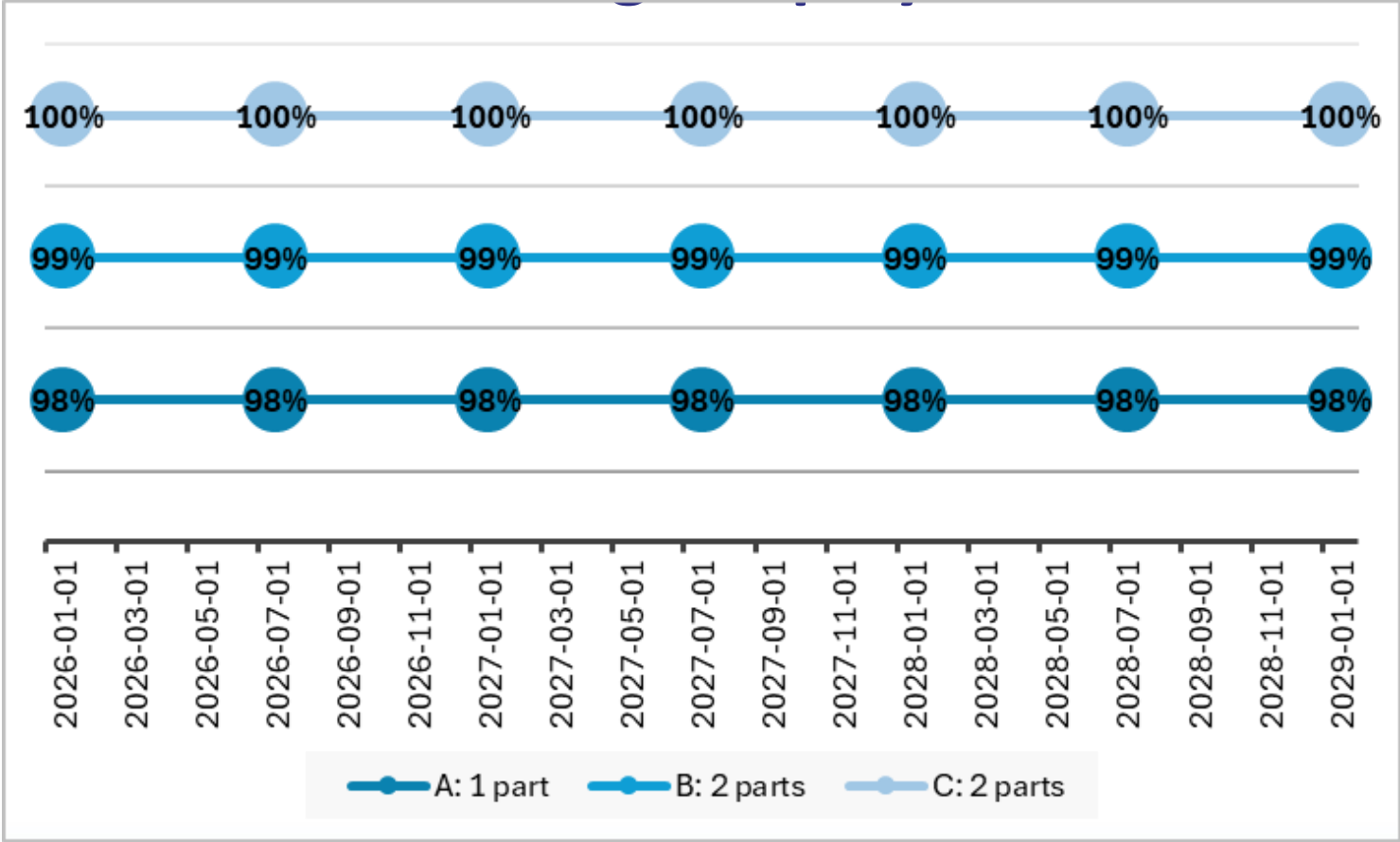
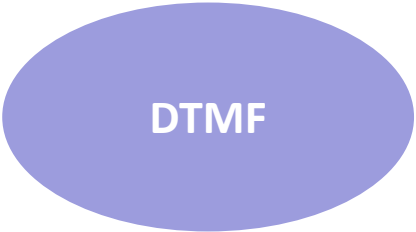
Taux d'affiliation à un milieu de pratique des personnes admissibles et taux d'association à un professionnel



Indicateur 11

Pourcentage des lits ouverts en centre d'hébergement et de soins de longue durée où un médecin de garde peut répondre en tout temps aux demandes des usagers qui y sont hébergés

Aujourd'hui : non mesuré

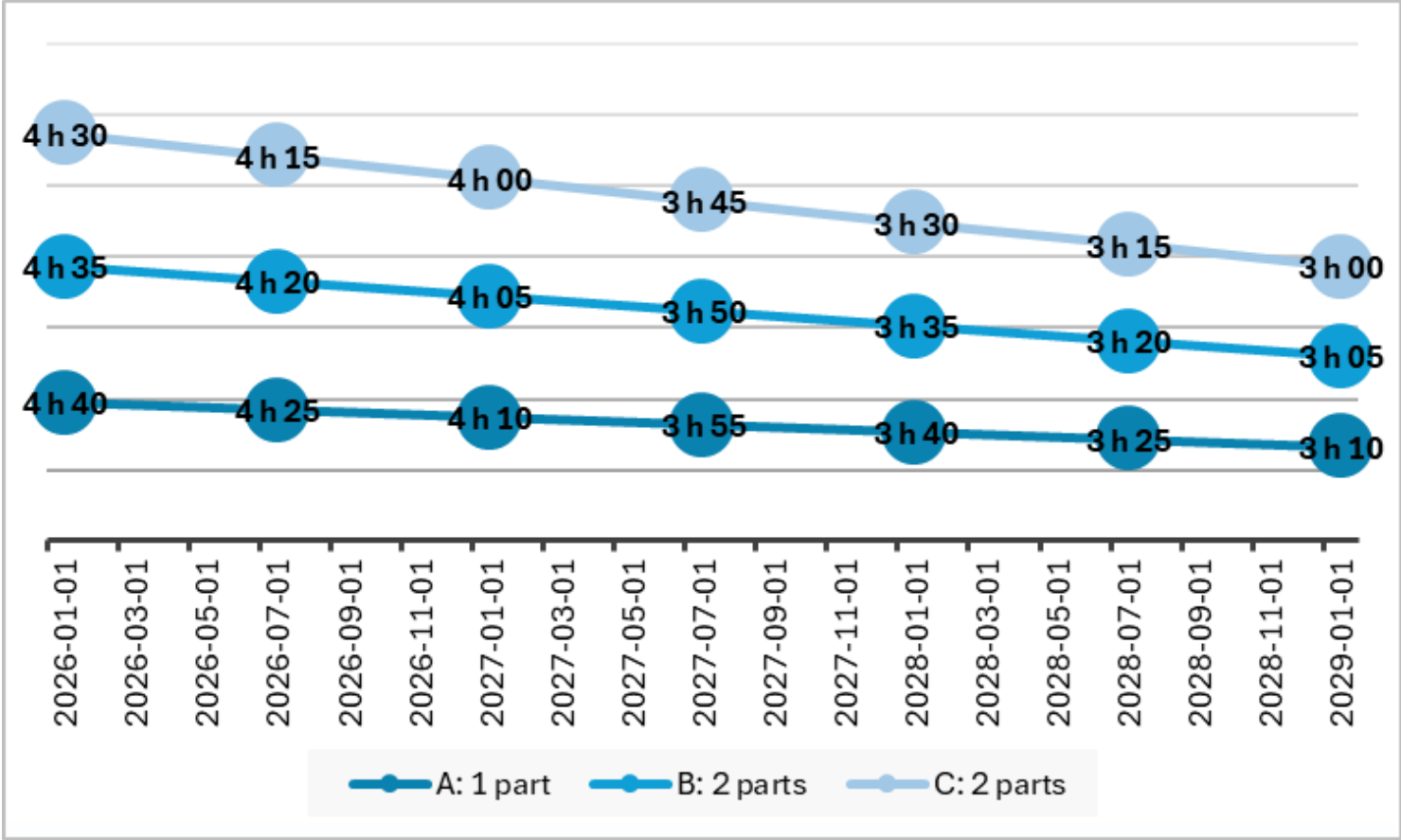


Indicateur 12

Délai d'exécution des consultations médicales demandées entre 8 h et 17 h auprès d'un usager au service d'urgence d'une installation

Aujourd'hui : 4h41

Tous les médecins
d'une installation
d'un
établissement



Exemple pour un médecin de famille qui fait uniquement de la prise en charge

	Objectif	Cible	Part	Collectivité visée	Résultat
1	Délai de prise en charge des usagers se présentant au service d'urgence d'une installation d'un établissement à compter du moment où débute le triage de ces usagers	45 %	1	FMOQ (national)	Atteint = 15%
		47,5%	2		Atteint = 15%
		50 %	2		Non atteint = 5%
2	Durée moyenne de séjour des usagers au service d'urgence d'une installation d'un établissement	Sur civières : 16h30 Ambulatoires 4h45	5	FMOQ (national)	Atteint = 15%
3	Nombre de plages de rendez-vous rendues en médecine de famille rendues disponibles par année	16,5 M de plages de rdv	1	FMOQ (national)	Atteint = 15%
		17 M de plages de rdv	2		Atteint = 15%
		17,5 M de plages de rdv	2		Atteint = 15%
4	Taux d'exécution des prestations médicales en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation	90%	1	FMOQ (national)	Atteint = 15%
		95%	1		Atteint = 15%
		98%	1		Non atteint = 5%
		100%	2		Non atteint = 5%
5	Taux d'affiliation ou d'association à un milieu de pratique des personnes admissibles	90% niveau de vulnérabilité « rouge »	1	Par DTMF	Atteint = 15%
		92,5% niveau de vulnérabilité « rouge »	2		Atteint = 15%
		95% niveau de vulnérabilité « rouge »	2		Non atteint = 5%
6	Couverture médicale des demandes concernant les usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée	98%	1	Par DTMF	Atteint = 15%
		99%	2		Non atteint = 5%
		100%	2		Non atteint = 5%

Exemple pour un médecin de famille qui fait uniquement de la prise en charge

Rémunération moyenne annuelle : 341 173\$

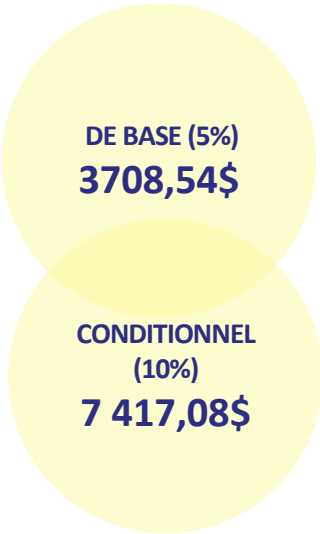
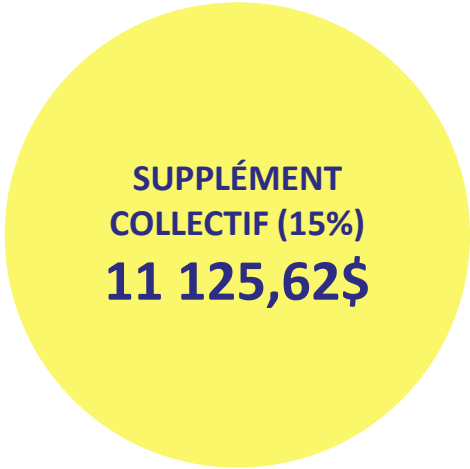
Actuellement



À partir du 1^{er} janvier 2026



+



	Formule permettant de déterminer le montant par collectivité	Montant versé
1	$(0,15 \times 74\,170,79 \times 3) + (0,05 \times 74\,170,79 \times 2) / 30$	1 359,80 \$
2	$(0,15 \times 74\,170,79 \times 5) / 30$	1 854,27 \$
3	$(0,15 \times 74\,170,79 \times 5) / 30$	1 854,27 \$
4	$(0,15 \times 74\,170,79 \times 2) + (0,05 \times 74\,170,79 \times 3) / 30$	1 112,56 \$
5	$(0,15 \times 74\,170,79 \times 3 + (0,05 \times 74\,170,79 \times 2) / 30$	1 359,80 \$
6	$(0,15 \times 74\,170,79 \times 1) + (0,05 \times 74\,170,79 \times 4) / 30$	865,33 \$
Total		8 406,03 \$

Montant additionnel de supplément collectif

Montant additionnel versé en fin d'année civile selon l'atteinte de l'indicateur concernant le taux d'affiliation ou d'association à un milieu de pratique des personnes admissibles pour l'ensemble des trimestres dans l'année

Ainsi, si les collectivités visées atteignent :

100 %(16) des cibles dans l'année
7 000 \$ sera versé à chaque médecin

85 %(14) des cibles dans l'année
6 000 \$ sera versé à chaque médecin

75%(12) des cibles dans l'année
5 000 \$ sera versé à chaque médecin

Montant versable uniquement aux médecins soumis à l'application d'une entente au sens de la LAM



Montant additionnel de supplément collectif

L'indicateur de prise en charge débute le 1^{er} avril 2026.

Pour l'année 2026, il vise:

- 3 trimestres
- 16 territoires de DTMF

	Détermination du taux de réussite	Taux de réussite
Hiver	N/A – Cet objectif débute le 1 ^{er} avril 2026	
Printemps	Réussite de l'objectif dans 14 DTMF	
Été	Réussite de l'objectif dans 15 DTMF	
Automne	Réussite de l'objectif dans 16 DTMF	
Calcul	$(14 + 15 + 16) / (16 + 16 + 16)$	93,75 %

6 000 \$ sera versé à chaque médecin

Référence

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

- **CHAPITRE 3 – Supplément collectif (articles 61 à 93)**
 - Ce chapitre introduit les articles permettant d'ajouter un supplément à la rémunération des médecins selon l'atteinte d'objectifs spécifiques d'accès aux soins et aux services médicaux à la population et à leur donner des moyens d'agir collectivement en vue d'atteindre ces objectifs
- **CHAPITRE 7 – Renouvellement des ententes conclues avec les organismes représentatifs des médecins (article 106 à 129)**
 - Article 108 – Prévoit l'optimisation des tarifs de 13,04% pour la création de l'enveloppe dédiée au supplément collectif
- **ANNEXE 1 – Objectifs visant l'amélioration de l'accès aux services médicaux assurés**



Rémunération activités administratives

Jetons

Mise en place d'un système de jetons aux fins de la rémunération pour des services rendus par un professionnel de la santé pour l'exécution de tâches administratives

- 29 417 jetons de catégorie A (pour les directeurs médicaux de DTMF)
- 21 598 jetons de catégorie B (pour les autres médecins du DTMF)
- 22 377 jetons de catégorie C (pour les directeurs médicaux de DTMS)
- 171 136 jetons de catégorie D (pour la gestion administrative d'un GMF, GMF-AR, GMF-U)

Jetons de catégorie A
70,75\$ par jeton

Jetons de catégorie B
86,50\$ par jeton

Jetons de catégorie C
84,90\$ par jeton

Jetons de catégorie D
70,75\$ par jeton

Exemple pour les jetons de catégorie A

Pour les directeurs médicaux de DTMF qui seront rémunéré pour les semaines pendant lesquelles ils assument les fonctions de DM. Le montant par jeton est de 70,75 \$. La banque de jetons allouées par DM sera gérée sur une base annuelle par Santé Québec.

Région	Nb de forfait actuel	Montant total (X 70,75\$)
Bas-St-Laurent, Saguenay-Lac-St-Jean, Mauricie-et-du Centre du Québec, Outaouais, Laval, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie, Chaudière-Appalaches, Lanaudière et Laurentides	1 341	94 876\$
Montréal	1 508	106 691\$
Estrie	1 509	106 762\$
Capitale-Nationale	1 676	118 577\$
Montréal	1 928	136 406\$
SOUS-TOTAL	23 284	1,65 M\$
Jetons supplémentaires à distribuer par Santé Québec	6 033	426 835\$
TOTAL	29 417	2,08 M\$

Exemple pour les jetons de catégorie C

Pour les directeurs médicaux de DTMS qui seront rémunéré pour les semaines pendant lesquelles ils assument les fonctions de DM. Le montant par jeton est de 84,90 \$. La banque de jetons allouées par DM sera gérée sur une base annuelle par Santé Québec.

	Nb de forfait	Montant total (X 84,90\$)
Jetons à distribuer par Santé Québec	22 377	1,9 M\$

Référence

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

- Article 26 – Établit les catégories de jetons de rémunération afin de rémunérer certaines tâches administratives
- Article 54 – Détermine, de manière transitoire, le nombre de jetons octroyés à Santé Québec pour chacune des catégories
- Article 120 – Détermine la valeur des jetons de rémunération de catégorie A, B et D
- Article 127 – Détermine la valeur des jetons de rémunération de catégorie C



6. Télémédecine



Télémédecine

Les changements prennent en considération les constats du rapport du Vérificateur général du Québec sur la Télésanté

Les services médicaux effectués en télémédecine seront rémunérés :

- sur la base d'une unité de temps de cinq (5) minutes
- un maximum de douze (12) unités de temps par heure
- chaque unité de temps doit être complétée pour être rémunérée



Télémédecine

Au 1^{er} janvier 2026

En cabinet:

8,66\$ par tranche de 5 minutes
Correspond à un taux horaire de 103,92\$

En établissement ou à partir du domicile:

7,21\$ par tranche de 5 minutes
Correspond à un taux horaire de 86,52\$

Au 1^{er} avril 2026

Dans les milieux touchés par le mode de rémunération composé

**13,98 \$ + tarif horaire applicable +
capitation**

Autres milieux:

7,21\$ par tranche de 5 minutes
Correspond à un taux horaire de 86,52\$



7. Plans de couverture

Couverture pour les médecins spécialistes et de famille

Prévoir l'élaboration de plans de couverture

- Modifier la LGSSSS afin de s'assurer que les DTMF produisent et exécutent un plan de couverture régionale de l'ensemble des secteurs.
- Ajouter dans la LGSSSS la priorité pour Santé Québec d'établir un plan de couverture pour chaque spécialité médicale, en collaboration avec les associations médicales concernées.

Référence

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

- CHAPITRE 4 - Mesures concernant les départements territoriaux (articles 94 à 99)
 - Ce chapitre prévoit l'établissement de plans de couverture en médecine de famille et en médecine spécialisée ainsi que de programmes favorisant la pratique de la médecine en groupe.



8. Autres modalités

Réallocation de sommes prévues à l'enveloppe

- Il est essentiel de veiller à une utilisation saine et raisonnable des fonds publics. Dans ce contexte, il faut questionner la pertinence de certaines mesures et réallouer le financement vers des activités à valeur ajoutée en fonction des besoins de la population et des priorités, et ce, avant tout financement additionnel à la rémunération des médecins.
- Il y a donc lieu, notamment, de réviser certaines mesures qui ne produisent pas les effets escomptés, qui ne sont pas liées à une offre de services directe aux patients ou qui ne cadrent plus avec les principes directeurs et d'en réallouer les sommes à des fins plus pertinentes et cohérentes aux besoins populationnels.

Mesure de réallocation pour les médecins de famille

En considération de l'introduction de ce nouveau mode, les ententes suivantes sont abrogées à partir du 1^{er} avril 2026 :

- les dispositions de l'article 7 de l'Annexe IX – Conditions d'application des tarifs de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation
- les dispositions de l'Annexe XXIII – Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation, dans la mesure où elles concernent le Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ou les groupes de médecine de famille universitaires
- les dispositions des Lettres d'ententes n^{os} 20, 116, 213, 217, 304, 305, 321, 381, 382, 389, 393, 394
- les dispositions de la Lettre d'entente n^o 309 concernant le financement et le suivi de l'article 17.00 à l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, du paragraphe 8.2 de l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au dossier de santé du Québec et au programme québécois de dossiers médicaux électroniques s'appliquant de façon transitoire ainsi que des coûts de la formation en regard du dossier médical électronique
- les dispositions de l'Accord n^o 767 ayant trait à certaines adaptations aux modalités convenues à l'Accord n^o 659 concernant la rémunération du D^r Paul-Aimé Joncas (85-217)
- les dispositions de l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques
- les dispositions de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille accès-réseau (GMF-AR)
- les dispositions de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un GMF, de l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau et de l'Entente ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant, à l'exception :
 - des dispositions de la section I, en ce qui concerne la rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe exécutées dans un établissement de santé et de services au sens de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et de services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
 - des dispositions de l'article 7.00 de la section II.

Mesure de réallocation pour les médecins de famille

Considérant qu'il y a lieu, pour des fins d'efficacité, de réviser certaines mesures qui ne produisent pas les effets escomptés, qui ne favorisent pas la pertinence ou qui ne cadrent plus avec les principes directeurs et d'en réallouer les sommes à des fins plus pertinentes et cohérentes aux besoins populationnels, les modalités suivantes seront abolies au 1^{er} janvier 2026.

- les dispositions de l'Annexe XIX – Programme de formation continue de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation
- les dispositions de l'Annexe XXI – Reconnaissance de l'efficacité de l'Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation (Reconnaissance de l'efficacité en fonction des journées de travail)
- les dispositions de la Lettre d'entente no 327 concernant certaines modalités particulières applicables pour la prestation continue des services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD;
- les dispositions de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle -article 16.00 (Majoration relative à la pratique polyvalente)
- les dispositions de toute entente qui prévoient une rémunération pour la rédaction du formulaire lors de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code 09101).

Toutefois, le MSSS souhaite convenir avec la FMOQ des mesures de réallocation. L'objectif du MSSS est notamment :

- De permettre d'équilibrer la rémunération octroyée aux médecins de famille dans l'ensemble des milieux de pratique (exemples : CHSLD, SAD), notamment afin de valoriser les milieux en souffrance.
- De favoriser des modalités de rémunération améliorant l'accès aux soins et services pour la population.

Référence

Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services

- CHAPITRE 7 – Renouvellement des ententes conclues avec les organismes représentatifs des médecins (article 106 à 129)
 - Article 122 et 129 – prévoit les ententes qui cessent d'avoir effet.



9.Engagements du gouvernement

Initiatives

Dans les dernières années, le MSSS a déployé une série d'initiatives visant à améliorer l'accès aux soins de santé.

Gérer la demande : soutenir les personnes dans l'identification de leurs besoins et les diriger vers le bon professionnel ou professionnelle

1. Déploiement d'un filtre de pertinence
2. Dépôt d'un Règlement sur les mécanismes d'accès :
3. Mise en place de la plateforme Votre Santé autosoins
4. Adoption de la Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins
5. Mise en place du Guichet d'accès à la première ligne (GAP)
6. Renouvellement de l'Entente GAP
7. Mise en place de l'orchestrateur de rendez-vous
8. Épuration des listes au Centre de répartition des demandes de service
9. Plan de rattrapage en chirurgie

Ajuster l'offre : dégager du temps aux médecins et utiliser le plein champ d'expertise des professionnels et professionnelles

1. Augmentation de 40 % du nombre d'étudiants en médecine
2. Adoption de la Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux (PL67)
3. Adoption de la Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux (PL 83)
4. Déploiement des cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées
5. Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)
6. Adoption de la Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux

Aligner les intérêts : Déployer des standards et miser sur la responsabilité collective pour assurer la continuité des soins pour toute la population

1. Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé
2. Adoption de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (PL15)
3. Adoption de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux
4. Élaboration d'une première Politique gouvernementale de première ligne
5. Plan stratégique 2023-2027 du MSSS
6. Plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec

Engagements du gouvernement

Rehaussement du programme GMF

Ajout de :

- 50 M\$ au 1^{er} avril 2026
- 50 M\$ supplémentaire au 1^{er} avril 2027

Disponibilité des blocs opératoires

Financement de :

- 100 M\$ par année pendant 4 ans

Optimisation du CRDS

Bonifier le PQI-RI

- 40 M\$ pendant 10 ans

Épuration des listes d'attente du CRDS

Financement de:

- 30 M\$ pendant 4 ans



10. Conclusion

Dates clés – ligne du temps



Adoption du projet de loi



Mise en place du supplément collectif



Début du mode de rémunération composée pour les médecins de famille



Affiliation et association des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **affections majeures**



Affiliation et association des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **affections modérées** et **mineures chroniques**



Affiliation des personnes ayant un niveau de vulnérabilité **en santé**

Prochaines étapes – MSSS

- Publication d'un Tableau de bord public présentant les objectifs et les cibles
- Amorcer les discussions avec les représentants des médecins
 - FMSQ, par exemple : supplément à la première consultation, rééquilibrage entre les spécialités, rémunération des médecins pour des tâches administratives (jetons), simplification des ententes, rémunération associée à la reconnaissance des activités d'enseignement, de supervision et de recherche
 - FMOQ, par exemple : rééquilibrage entre les secteurs (CHSLD, SAD, toxico et dépendance), rémunération associée à la reconnaissance des activités d'enseignement, de supervision et de recherche
- Dépôt des enregistrements des rencontres et d'un questions-réponses sur Québec.ca
- Possibilité de tenir d'autres webinaires
- Présentation à certains groupes de partenaires (incluant des regroupements d'utilisateurs, les pharmaciens, les infirmières, les dentistes, les optométristes, les communautés autochtones..)



Prochaines étapes – RAMQ

La Régie effectue actuellement des travaux informatiques afin de rendre disponible un système qui permettra d'affilier des patients à des milieux de soins au 1^{er} avril 2026 et de rémunérer le supplément collectif de même que le volet capitation du nouveau mode de rémunération composé du côté des médecins omnipraticiens.

En marge, des analyses sont en cours pour établir des modalités financières durant la période transitoire, c'est-à-dire le temps que la rémunération forfaitaire trimestrielle soit payée en continu.



Prochaines étapes – Santé Québec

- Opérationnalisation des engagements du gouvernement
- Travaux d’affiliation de la population avec les DTMF
- Élaboration des plans de couverture
- Élaboration de la politique de rémunération variable des hauts dirigeants
- Rencontre de suivis

Ressources disponibles en ligne

- Site Web : [Améliorer l'accès aux soins de santé | Gouvernement du Québec](#)
- Fiches techniques : [Projet de loi 2](#)
- Texte officiel du projet de loi : [Projet de loi n° 2 – Assemblée nationale du Québec](#)