

GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

*Opportunité de
collaboration*

Oumayma Benaziz : Cheffe de service GAP et GAMF

Marie-Christine Gras : Coordonnatrice Services Généraux et GMF
RLS SOV

Quelques définitions

GAMF : Guichet d'accès à un médecin de famille, synonyme du Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (Gaco)

GAP : Guichet d'accès aux services de la première ligne

IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en Première Ligne

PSL : Point de service local

Remarque : Afin d'alléger le texte, le masculin ou le féminin sont utilisés aléatoirement dans cette présentation pour désigner tant les hommes que les femmes.

Objectifs d'apprentissage



Comprendre le rôle du GAP et du GAMF



Comment améliorer notre collaboration pour mieux servir l'utilisateur en attente d'un médecin de famille ou d'une infirmière praticienne spécialisée de famille



Maîtriser le processus de référence des usagers par les pharmaciens vers le GAP :

Identifier les critères d'admissibilité de référence professionnelle d'un usager vers le GAP

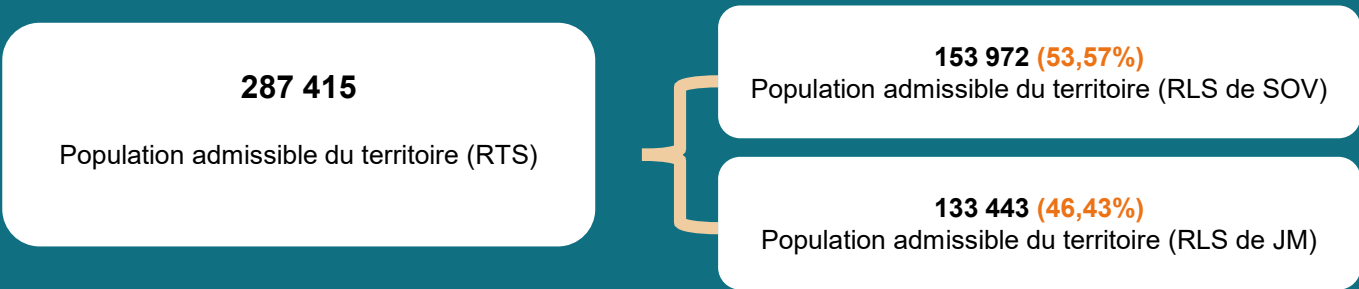
Comment envoyer une référence professionnelle d'un usager au GAP

Rôle du GAMF

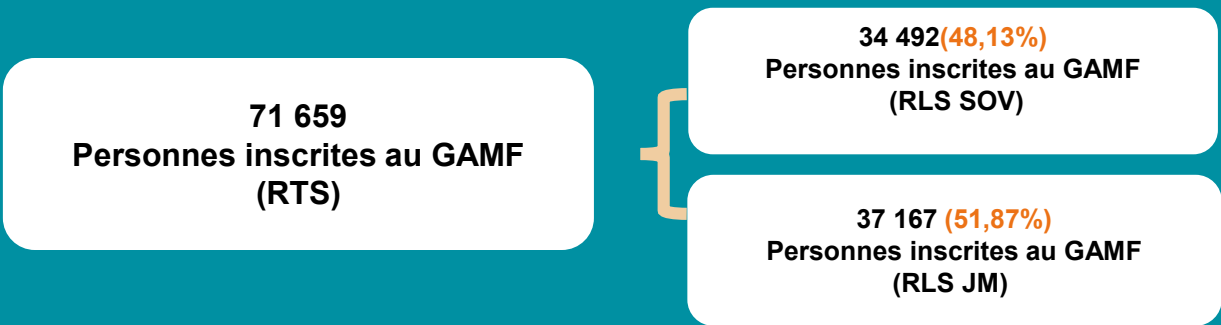
- ✓ Inscription des usagers sur la liste d'attente du GAMF
- ✓ Attribution des usagers à un médecin ou infirmière praticienne spécialisée (IPS) de famille
- ✓ Mise à jour de l'état de santé des usagers et priorisation de leur dossier sur la liste d'attente
- ✓ Effectuer le suivi des demandes en attente d'accès à un médecin ou IPS de famille
- ✓ Promotion de la santé et références vers des services de première ligne au besoin

Portrait du GAMF

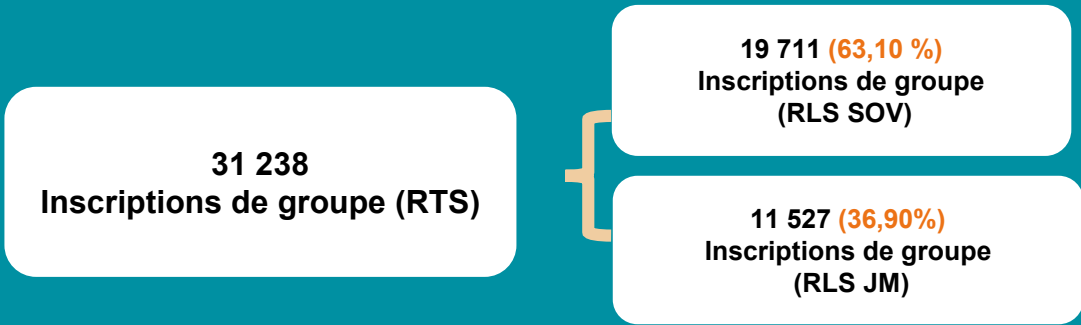
Suivi de la population du territoire CCSMTL (P09-2024-2025)



Usagers inscrits au GAMF (P09-2024-2025)



Usagers inscrits au GAMF avec IC (P09-2024-2025)



Rôle du GAP et cheminement des demandes des usagers



Provenance de la demande :

- Usagers
- Professionnels



Traitement de la demande :

- Évaluation clinique par une infirmière
- Traitement administratif par un agent administratif



Orientation de l'utilisateur, au bon moment, au bon endroit :

- Pharmacies communautaires
- GMF/GMF-R/GMF-U/GMF-A/ cliniques privées.
- Info-santé/info social
- Urgences
- CLSC
- PSL
- Cliniques IPS
- SAD et autres services SAPA
- Jeunesse
- Organismes communautaires

Comment améliorer notre collaboration pour mieux servir l'utilisateur en attente d'un médecin de famille ou infirmière praticienne spécialisée de famille?

Provenance : Pharmacies



Orientations finales



■ Provenance : Pharmacies ■ Total des demandes

■ RDV médical ■ Autre ■ Aucune action requise ■ Pharmacie ■ RDV médical non disponible

Références de pharmacies : 4138

Orientation du GAP vers les pharmacies communautaires : 1493 (3,4 %)

Total des demandes reçues : 43 613

Du 01 avril 2024 au 13 Janvier 2025

Comment améliorer notre collaboration pour mieux servir l'utilisateur en attente d'un médecin ou infirmière praticienne spécialisée de famille?

GAP

Promouvoir le rôle crucial du pharmacien en orientant les usagers en cas de :

- *Problèmes cutanés (acné, erythème fessier, etc.),*
- *Santé de la femme (contraception d'urgence et hormonale),*
- *Tx pour infections virales, infection urinaire,*
- *Suivis des maladies chroniques*
- *Santé Voyage*

Pharmacies

Référer les usagers éligibles au GAP en cas de problème de santé

Encourager les usagers sans médecin de famille et sans IPS de famille à s'inscrire au GAMF

Meilleure continuité des soins de première ligne

Maîtriser le processus de référence des pharmaciens vers le GAP

Critères d'admissibilité Pour référer au GAP

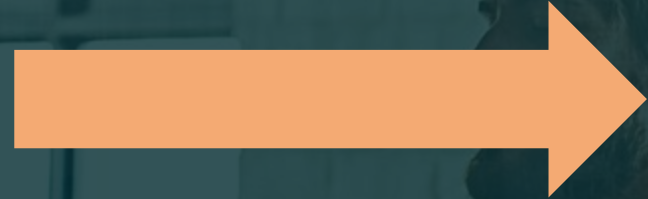
- *Usagers sans médecin ou IPS de Famille, avec NAM valide*
- *Réfugiés*
- *Résidents temporaires au Québec (étudiants ou travailleurs)*

Exclusion :

- *Touristes (visiteurs)*

Comment envoyer une référence professionnelle au GAP?

- *Via notre formulaire de référence professionnelle*



Formulaire de référence

Formulaire en ligne

Québec			
DEMANDE DE SERVICE AU GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE (GAP) Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal			
NOTE Tous les champs précédés d'un astérisque (*) sont obligatoires / Un formulaire incomplet pourrait être retourné / Veuillez utiliser les caractères d'imprimerie / Cette demande sera traitée dans les 36 heures à la suite de la réception de ce formulaire.			
*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :			
1. IDENTIFICATION DE L'USAGER.ÈRE			
*No de dossier :	*RAMQ ou autre :		
*Nom de famille :	*Prénom :		
*DDN (aaaa-mm-jj) :	*Âge :	*Code postal ou autre :	
*Téléphone :	Courriel :		
*Sexe (attribué à la naissance) : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Préfère ne pas répondre ☐ Autre : Préciser :			
*Genre (avec lequel la personne s'identifie) : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non binaire ☐ Préfère ne pas répondre : ☐ Autre : Préciser :			
*Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : Préciser :			
*Est-ce que l'utilisateur est attiré à un médecin de famille ?		☐ Oui ☐ Non	
*Nom complet de la mère à la naissance :		Nom complet du père à la naissance :	
*Nationalité : ☐ Canadien ☐ Résident permanent ☐ Réfugié ☐ Autre : Préciser :			
2. INFORMATION SUR L'ACCOMPAGNATEUR			
*A-t-on besoin d'informer une tierce personne pour le rendez-vous ? Si oui, préciser :		☐ Oui ☐ Non	
☐ Travailleur social ☐ Membre de famille ☐ Interprète ☐ Autre : Préciser :			
Nom :	Prénom :	Téléphone :	Courriel :
Nom :	Prénom :	Téléphone :	Courriel :
3. INFORMATION SUR LA DEMANDE DE SERVICE			
*Veuillez cocher la raison de consultation			
☐ *Moins de 24 heures	Problème de santé aigu semi urgent	Référez l'utilisateur au #811 option 3 Exemples : symptôme d'ITSS, pilule du lendemain, consultation médicale pour urgence mineure, prophylaxie post-exposition (PPE), etc.	
☐ *24 à 72 heures :	Problème de santé aigu/chronique – non-urgent	Raison de consultation : Exemples : arrêt de travail, douleur chronique, dépistage cas contact, etc.	
☐ *72h à 2 semaines :	Exemple de santé Problématique clinico-administrative Dépistage de santé non-urgent	Raison de la consultation : Exemple : Test PAP, contraception, dépistage ITSS, formulaire, vaccins, etc.	
*L'utilisateur a-t-il un problème de santé mentale ? Si oui, précisez lequel		☐ Oui ☐ Non	
Précisez le problème de santé mentale :			
☐ *En nous référant cet usager, celui-ci consent à l'inscription au GAMF et à ce que le professionnel du GAP contacte ou consulte son dossier médical si besoin, y compris le DSQ.			
4. COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL AYANT COMPLÉTÉ LA DEMANDE			
*Nom :	*Prénom :		
*Téléphone :	*Poste :	*Courriel :	
*Signature :	*Titre professionnel :	Nº de pratique :	*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :
5. ENVOI DU FORMULAIRE			
Par courriel : service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca			

MERCI !

 ***Oumayma Benaziz***

 *oumayma.benaziz.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca*

 ***Marie-Christine Gras***

 *marie-christine.gras.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca*

 *service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca*

