

# LE GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

---

Une réponse aux besoins des personnes  
sans médecin de famille

# Objectifs

- 1) Présenter :**
  - a) Les origines du guichet d'accès à la première ligne (GAP) en lien avec le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ;
  - b) Le mandat du GAP ;
- 2) Présenter les outils pour vous aider à référer vos usagers sans médecin de famille au GAP ;**
- 3) Recueillir vos commentaires et suggestions.**

# Contexte

## Du GAMF vers le GAP

### Depuis 2019 (même avant) :

- Diminution du taux d'inscription à un médecin de famille de **70%** à **64%** de la population des territoires du CCSMTL.

### Orphelins (GAMF ou non) 2022 :

- Plus de **100 000** personnes non-inscrites à un médecin de famille sur le territoire du CCSMTL.

### GAMF CCSMTL 2022 :

- Plus de **45 269** personnes en attente d'un médecin de famille ;
- RLS Jeanne-Mance (JM) : **25 101**
- RLS Sud-Ouest Verdun (SOV) : **20 168**

# Contexte

## Du GAMF vers le GAP

- Devant ces nombres impressionnants, le MSSS a demandé à tous les Établissements de mettre en place un **Guichet d'accès à la première ligne (GAP)** afin de favoriser l'équité dans l'accès aux soins et services durant l'attente sur la liste du GAMF.

# Qu'est-ce que le GAP?

Le ***Guichet d'accès à la première ligne (GAP)*** reçoit des demandes de service d'utilisateurs sans médecin de famille, inscrits ou non au *Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)* et évalue la condition de ces personnes, afin de les orienter vers le service de santé qui correspond le mieux à leurs besoins, dans un délai raisonnable.

***Important*** : En situation d'urgence, composer le **911** ou se rendre directement à l'urgence.

# GAP : Mandat

- Vise à permettre aux personnes sans médecin de famille et inscrites au GAMF de bénéficier des mêmes avantages que les personnes inscrites en termes d'accès aux soins et services au moment où elles en ont besoin ;
- Permet d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux et à l'ensemble des services offerts par les établissements de santé, les pharmacies communautaires ainsi que les professionnels de la santé ;
- Améliore la pertinence des soins dans une logique du bon patient, au bon endroit, au bon moment par la disponibilité d'une évaluation clinique avant l'orientation.

# Clientèle visée

Tous usagers, inscrits ou non au *Guichet d'accès à un médecin de famille* (GAMF) qui ont besoin d'une consultation rapide et ponctuelle auprès d'un professionnel de la santé. Le but étant de répondre à un besoin de soins ou de services non urgents et de première ligne, en attendant d'être pris en charge par un médecin de famille.

## **ATTENTION**

- **À compter du 2 mai 2022**, les professionnels de la santé **pourront diriger la clientèle résidente du territoire du CCSMTL**, de tout âge au *GAP*.
- **À compter du 1<sup>er</sup> juin 2022**, le *GAP* sera accessible directement aux usagers de 60 ans et plus sans médecin de famille inscrits au GAMF. L'accessibilité directe aux usagers de moins de 60 ans se fera graduellement durant l'été 2022.

# Pour inscrire une personne au GAMF

Tous les patients orphelins qui veulent avoir accès au service devront être inscrits au GAMF (pourra être fait par le personnel du GAP)

## Pour inscrire le patient au GAMF :

- Par téléphone : **514-527-2318**
- En ligne :  
[Inscription pour avoir un médecin de famille dans votre région](#)



# Trajectoires disponibles

- Consultation chez un omnipraticien ;
- Planning Familial : ITSS, Contraception, test Pap, IVG ;
- Guichet d'accès du CIUSSS : GASMA, GASMJ, Services courants, Maladies chroniques, Accueil psychosocial, SAPA ;
- Pédiatrie ;
- Examens : Prélèvements sanguins, radiologie, etc.

# Trajectoires à venir

- Organismes communautaires
- Itinérance
- DI-TSA-DP
- Autres

# Comment diriger un usager vers le GAP?

## Étape 1 :

Vérifier le territoire d'appartenance de l'utilisateur au CCSMTL

Répertoire des ressources en santé et services sociaux : [Recherche par code postal](#)

## Étape 2 :

Sélectionner le formulaire approprié

Ouvrir le [Formulaire de demande GAP - Professionnels de la santé](#)

## Étape 3 :

Remplir le formulaire à l'ordinateur ou l'imprimer (manuscrit)

## Étape 4 :

Sauvegarder et acheminer le formulaire au GAP par courriel

[service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

## Étape 5 :

Réception par le professionnel référent d'un formulaire de suivi de la référence

# Zone professionnelle

Site web du CCSMTL (Zone professionnelle) :

[Guichet d'accès à la première ligne \(GAP\)](#)

# Formulaire dynamique : Demande de service au GAP

Québec			
<b>DEMANDE DE SERVICE AU GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE (GAP)</b> Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal			
<b>NOTE</b> Tous les champs précédés d'un astérisque (*) sont obligatoires. Un formulaire incomplet pourrait être retourné. Nous vous demandons de remplir le formulaire en caractères d'imprimerie s.v.p.			
			*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :
<b>1. IDENTIFICATION DE L'USAGER.ÈRE</b>			
*No de dossier :			*RAMQ :
*Nom de famille :			*Prénom :
*DDN (aaaa-mm-jj) :			*Âge :
*Sexe (attribué à la naissance) :			
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : Préciser si souhaité : _____ <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre			
*Genre (avec lequel la personne s'identifie) :			
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Autre : Préciser si souhaité : _____ <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre			
*Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres : Préciser : _____			
Nom de la mère à la naissance :		Prénom de la mère à la naissance :	
*Statut civil : <input type="checkbox"/> Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autre : Préciser : _____			
<b>2. INFORMATION SUR LA DEMANDE DE SERVICE</b>			
*Veuillez cocher la raison de la consultation :			
<input type="checkbox"/> Moins de 24 heures :	Problème de santé aigü semi-urgent	Raison de la consultation : _____ <i>Exemples : symptôme d'ITSS, pilule du lendemain, consultation médicale pour urgence mineure, prophylaxie post-exposition (PPE), cellulite, conjonctivite, fièvre de plus de 3 jours, infection urinaire, phlébite, hypertension artérielle (HTA), renouvellement d'ordonnance (selon le type de traitement prescrit), etc.</i>	
<input type="checkbox"/> 24 à 72 heures :	Problème de santé aigü/diurnique - non-urgent	Raison de la consultation : _____ <i>Exemples : arrêt de travail, douleur chronique, dépitage cas contact, prophylaxie pré-exposition (PrEP), douleur articulaire, arthrose, etc.</i>	
<input type="checkbox"/> 8 à 2 semaines(s) :	Examen de santé Problématique clinico-administrative Dépistage de santé non-urgent	Raison de la consultation : _____ <i>Exemples : Test Pap, contraception, dépistage ITSS, formulaire, vaccins, dépistage sans symptômes et sans contact avec ITSS, grossesse, allaitement, soin du bébé, formulaire SAHQ, formulaire CNEST, formulaire d'insuffisance, rendez-vous prise de sang, rendez-vous radio, etc.</i>	
<b>3. COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL AYANT COMPLÉTÉ LA DEMANDE</b>			
*Nom :		*Prénom :	
*Téléphone :	Poste :	*Courriel :	
*Signature :	Titre professionnel :	N° de pratique :	*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :
<b>4. ENVOI DU FORMULAIRE</b>			
Par courriel : <a href="mailto:service.gap.professionnel.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca">service.gap.professionnel.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca</a>			

# Formulaire :

Date de la  
demande

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. Nous vous demandons de remplir le formulaire en caractères d'imprimerie s.v.p.*

\*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :

# Formulaire :

## 1. Identification de l'utilisateur

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER.ÈRE	
*No de dossier :	*RAMQ :
*Nom de famille :	*Prénom :
*DDN (aaaa-mm-jj) :	*Âge :
*Sexe (attribué à la naissance) :	
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : Préciser si souhaité : _____ <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	
*Genre (avec lequel la personne s'identifie) :	
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Autre : Préciser si souhaité : _____ <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	
*Langue parlée :	
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres : Préciser : _____	
Nom de la mère à la naissance :	Prénom de la mère à la naissance :
*Statut civil : <input type="checkbox"/> Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autre : Préciser : _____	

# Formulaire :

## 2. Information sur la demande de service

2. INFORMATION SUR LA DEMANDE DE SERVICE		
*Veuillez cocher la raison de la consultation		
<input type="checkbox"/> Moins de 24 heures :	Problème de santé aigu semi-urgent	Raison de la consultation : _____  <i>Exemples : symptôme d'ITSS, pillule du lendemain, consultation médicale pour urgence mineure, prophylaxie post-exposition (PPE), cellulite, conjonctivite, fièvre de plus de 3 jours, infection urinaire, phlébite, hypertension artérielle (HTA), renouvellement d'ordonnance (selon le type de traitement prescrit), etc.</i>
<input type="checkbox"/> 24 à 72 heures :	Problème de santé aigu/chronique - non-urgent	Raison de la consultation : _____  <i>Exemples : arrêt de travail, douleur chronique, dépistage cas contact, prophylaxie pré-exposition (PrEP), douleur articulaire, arthrose, etc.</i>
<input type="checkbox"/> 1 à 2 semaine(s) :	Examen de santé Problématique clinico-administrative Dépistage de santé non-urgent	Raison de la consultation : _____  <i>Exemples : Test Pap, contraception, dépistage ITSS, formulaire, vaccins, dépistage sans symptômes et sans contact avec ITSS, grossesse, allaitement, soin du bébé, formulaire SAAQ, formulaire CNESST, formulaire d'inaptitude, rendez-vous prise de sang, rendez-vous radio, etc.</i>



# Formulaire :

## 3. Coordonnées du professionnel

3. COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL AYANT COMPLÉTÉ LA DEMANDE			
*Nom :		*Prénom :	
*Téléphone :	Poste :	*Courriel :	
*Signature :	Titre professionnel :	N° de pratique :	*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :

# Formulaire :

## 4. Envoi du formulaire

### 4. ENVOI DU FORMULAIRE

Par courriel : [service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)

# Joindre le GAP

Réservé exclusivement aux professionnels de la santé du territoire du *CCSMTL*

- Courriel : [service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)
- Téléphone : 514-527-2318, option 2

## Heures de service

Lundi au vendredi : 8h à 20h

La fin de semaine et les jours fériés : 8h à 16h

# Personnes ressources

- **Rafaël St-Pierre**, chef de services des services d'accès à la première ligne
- **Caroline Fouré**, chef de services à la mise en place du GAP

# La parole est à vous !

- Questions
- Attentes
- Préoccupations
- Suggestions

# MERCI