

## Particularités et spécifications des AMP

### Disponibilité des AMP

Veuillez prendre note que les catégories et le nombre d'AMP reconnues par le DTMF peuvent changer sans préavis afin de répondre aux besoins prioritaires du territoire qui sont fluctuants dans le temps. Les AMP sont réévaluées et mises à jour tous les trois (3) mois selon les arrivées et les départs sur le territoire. Les blocs d'AMP en établissement sont conditionnels à l'octroi de priviléges au CMDP.

### Adhésion aux AMP à la signature du PREM ou avant le début de pratique

En date du 26 juin 2023, il est possible de faire votre choix d'AMP à partir du moment où vous signez votre avis de conformité au PREM. Si tel est votre choix, vous devrez :

- Indiquer une date d'adhésion anticipée à la **section 2** « adhésion anticipée aux AMP »
- À votre première journée de pratique, le DTMF vous renverra votre formulaire d'AMP afin de remplir la **section 3** « confirmation de la date d'adhésion aux AMP ». La date de confirmation sera la date finale de votre adhésion qui sera inscrite à votre profil RAMQ et servira de référence pour le calcul de la volumétrie attendue ainsi que pour la modification des AMP au terme de l'engagement de 2 ans.
- Notez que la signature des AMP est conditionnelle à l'obtention des priviléges pour les activités en établissement et/ou désignation par le comité paritaire le cas échéant, lorsque requis par votre AMP. En l'absence de ces prérequis, la signature anticipée des AMP sera considérée caduque.
- Si vous désirez faire une modification de vos AMP anticipées une fois le formulaire signé par le DTMF avant l'adhésion finale, cette demande sera évaluée au cas par cas par le DTMF afin de s'assurer que le changement n'entraînera pas de bris de service.

### Lieu d'exercice des AMP

L'AMP s'exerce dans le RLS d'appartenance du PREM sauf dans deux circonstances :

- L'AMP souhaitée par le candidat n'est pas offerte dans le RLS associé à son PREM, cependant elle est disponible dans un autre RLS de la région et n'a pas été comblée par les candidats du RLS visé.
- Dans des circonstances particulières ou pour combler des besoins spécifiques afin d'éviter des découvertes ou des bris de services, le DTMF peut accorder des exceptions afin de permettre aux candidats de faire leur AMP dans un autre RLS.

### Modification des AMP

La durée de l'engagement est de deux (2) ans et débute à la date d'adhésion. Il est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DTMF sont en accord pour procéder à sa révision.
- Le DTMF considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants pour permettre un changement d'AMP.

Le médecin qui désire modifier ses AMP doit en faire la demande au cours du trimestre incluant sa date d'adhésion (trimestre *anniversaire*). Il doit alors choisir ses nouvelles AMP en fonction de la liste en vigueur.

Le médecin qui désire modifier ses AMP en cours d'engagement de deux (2) ans doit fournir les documents suivants :

- Effectuer, par écrit, une demande de modification de ses AMP avec un argumentaire justifiant sa requête.
- Compléter le formulaire de demande de modification d'AMP.
- Fournir une lettre de l'établissement (chef de service ou de département) attestant que la modification de ses AMP en cours d'engagement ne crée pas une rupture de service.
- Si la demande est acceptée, le nouveau contrat de deux (2) ans commence à la date de modification indiquée sur le formulaire signé par les parties.

### Médecins avec permis restrictif

Les médecins possédant un permis restrictif (ARM) délivré par le Collège des médecins du Québec et ayant l'obligation de travailler en établissement pourront exceptionnellement, sous approbation du DTMF, combiner des AMP 6h sans prise en charge GAMF advenant l'absence de structure permettant de faire de la prise en charge en intra-établissement dans le RLS du candidat.

| AMP                      | SOUS-TYPES D'AMP ET GUIDE DE LA VOLUMÉTRIE ATTENDUE   |
|--------------------------|---|
| Prise en charge et GMF-A | <ul style="list-style-type: none"><li>Provenance des patients obligatoirement du GAMF ou via lettre d'entente 304 et 321</li><li>Proportion de 30% de patients vulnérables</li><li>6 heures = 250 patients /12h = 500 patients</li><li>GMF-A : 6 h par semaine</li></ul>  |
| Urgence                  | <ul style="list-style-type: none"><li>AMP 6h : 8 quarts de 8h par trimestre / AMP 12h : 16 quarts de 8h par trimestre<ul style="list-style-type: none"><li>➤ L'AMP 12h sera accordé à des médecins ayant une pratique majoritaire à l'urgence définie par une pratique de 150 quarts de 8 heures par année après validation auprès du DSP</li></ul></li></ul> |
| Hospitalisation          | <ul style="list-style-type: none"><li><u>Solo</u> : 4 lits/semaine 44 semaines/an</li><li><u>Équipe 6h</u> : 18 lits/semaine – 1 semaine/8 <u>Équipe 12h</u> : 18 lits/semaine – 1 semaine/5</li></ul>  |
| Soins longue durée       | <ul style="list-style-type: none"><li>6h = responsabilité des soins de 25 lits incluant la garde en disponibilité</li><li>12 = responsabilité des soins de 50 lits incluant la garde en disponibilité</li></ul>   |
| Soins à domicile         | <ul style="list-style-type: none"><li>6h = 5 visites à domicile/semaine 44 semaines/année</li><li>12h = 10 visites à domicile/ semaine 44 semaines/année</li></ul>  |
| Obstétrique              | <ul style="list-style-type: none"><li>6 heures = huit (8) accouchements par trimestre équivaut à six (6) heures par semaine.</li></ul>  |

- J'ai pris connaissance de la section « Particularités et spécifications des AMP ».
- J'ai pris connaissance de la section « Sous-type d'AMP et guide de volume des activités ».
- Je possède les priviléges requis à la pratique et/ou désignation du comité paritaire reliée aux AMP choisis ou je m'engage à faire les démarches afin de les obtenir à la date d'adhésion aux AMP
- J'ai pris connaissance de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières à l'article 4.8 : « L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie de l'assurance-maladie, conformément aux articles 6 et 7 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes. » et je désire adhérer à cette entente et participer à des AMP reconnues par le Département régional de médecine générale des Laurentides (DTMF).

**MÉDECIN**

| NOM ET PRÉNOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) | SIGNATURE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
|---|-----------|-------|------|------|
|   |           |       |      |      |

**SECTION 1 – IDENTIFICATION DU MÉDECIN**

|   |  |                    |
|---|--|--------------------|
| Nom   | Prénom   | Numéro de pratique |
| Adresse de correspondance                     |  |                    |
| Courriel                                      |  | Téléphone          |
| Détenteur d'un PREM<br>région des Laurentides | <input type="checkbox"/> Obtenu avant 2016<br><input type="checkbox"/> Obtenu après 2016 : RLS DU PREM _____ |                    |

**SECTION 2 – TYPE D'ADHÉSION AUX AMP**

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>ADHÉSION ANTICIPÉE* AUX AMP</b><br><i>*Adhésion préalable à l'activation du PREM dans la région</i> | DATE D'ADHÉSION ANTICIPÉE:    |
| <input type="checkbox"/> <b>ADHÉSION AUX AMP</b>  | DATE D'ADHÉSION :             |
| <input type="checkbox"/> <b>MODIFICATION AUX AMP</b>  | DATE DE MODIFICATION DES AMP: |

\*\* Cette liste est sujette à changements sans préavis – Communiquez avec le DTMF pour vous assurer que l'AMP désirée est disponible \*\*

| RLS                               | AMP<br>12 HEURES  | AMP MIXTES (6 HEURES)  | INSTALLATION / SITE |
|-----------------------------------|---|--|---------------------|
| Antoine-Labelle                   | <input type="checkbox"/> Urgence<br>Rivière Rouge<br>uniquement                               | <input type="checkbox"/> Prise en charge GAMF<br><input type="checkbox"/> Prise en charge santé physique d'usagers hospitalisés en santé mentale – Secteur Rivière-Rouge<br><input type="checkbox"/> Soins à domicile incluant SIAD et soins palliatifs<br><input type="checkbox"/> Hospitalisation – Secteur Rivière-Rouge<br><input type="checkbox"/> Urgence – Secteur Rivière-Rouge<br><input type="checkbox"/> Urgence – Secteur Mont-Laurier<br><input type="checkbox"/> CRDL – Médecine de dépendance (Service en développement)  | _____               |
| Laurentides                       | <input type="checkbox"/> Hospitalisation <sup>1</sup>   | <input type="checkbox"/> Prise en charge GAMF<br><input type="checkbox"/> Urgence<br><input type="checkbox"/> Soins intensifs<br><input type="checkbox"/> Hospitalisation<br><input type="checkbox"/> URFI (poste combiné avec site à St-Jérôme)   | _____               |
| Pays-d'en-Haut                    | <input type="checkbox"/> Prise en charge<br>GAMF  | <input type="checkbox"/> Prise en charge GAMF<br><input type="checkbox"/> Soins à domicile incluant SIAD et soins palliatifs<br><input type="checkbox"/> Soins longue durée  | _____               |
| Argenteuil                        | <input type="checkbox"/> Prise en charge<br>GAMF<br><input type="checkbox"/> Hospitalisation  | <input type="checkbox"/> Prise en charge GAMF<br><input type="checkbox"/> Hospitalisation<br><input type="checkbox"/> Soins longue durée – CHSLD Argenteuil, Résidence Lachute<br><input type="checkbox"/> Soins à domicile incluant SIAD et soins palliatifs  | _____               |
| Rivière-du-Nord –<br>Mirabel-Nord | <input type="checkbox"/> Prise en charge<br>GAMF<br><input type="checkbox"/> Soins à domicile | <input type="checkbox"/> Prise en charge GAMF<br><input type="checkbox"/> GMF-A de Prévost <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Hospitalisation et UCDG<br><input type="checkbox"/> Services médicaux, clientèle ayant troubles mentaux graves et persistants dans le cadre d'un programme de santé mentale externe (service en cours de développement)<br><input type="checkbox"/> Soins longue durée<br><input type="checkbox"/> Soins à domicile incluant SIAD et soins palliatifs<br><input type="checkbox"/> Soins palliatifs intra-hospitaliers<br><input type="checkbox"/> CRDL – médecine de dépendance <sup>2</sup> | _____               |
| Deux-Montagnes<br>– Mirabel-Sud   |   | <input type="checkbox"/> Prise en charge GAMF<br><input type="checkbox"/> Hospitalisation<br><input type="checkbox"/> Soins à domicile incluant SIAD et soins palliatifs<br><input type="checkbox"/> Soins longue durée – CHSLD/UTRF<br><input type="checkbox"/> Urgence pédiatrique UP (sous réserve d'approbation du MSSS)   | _____               |
| Thérèse-De<br>Blainville          | <input type="checkbox"/> Prise en charge<br>GAMF  | <input type="checkbox"/> Prise en charge GAMF<br><input type="checkbox"/> Soins à domicile incluant SIAD et soins palliatifs<br><input type="checkbox"/> Soins longue durée<br><input type="checkbox"/> Soins palliatifs intra-établissement – Unité soins palliatifs CHSLD Blainville   | _____               |

**MÉDECIN**

|   |           |       |      |      |
|---|-----------|-------|------|------|
| NOM ET PRÉNOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) | SIGNATURE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
|---|-----------|-------|------|------|

**DTMF/PERSONNE RESPONSABLE**

|   |           |       |      |      |
|---|-----------|-------|------|------|
| NOM ET PRÉNOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) | SIGNATURE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
|---|-----------|-------|------|------|

<sup>1</sup> Dans un contexte de pénurie, des AMP 12h pourraient être accordées de façon exceptionnelle dans le cadre d'une entente conjointe avec le DSP pour un candidat avec une pratique hospitalière avec fréquence de garde rapprochée.

<sup>2</sup> Sous réserve d'approbation du Comité paritaire FMOQ-MSSS

**SECTION 3 – CONFIRMATION DE LA DATE D'ADHÉSION AUX AMP (ADHÉSION ANTICIPÉE)**

**DATE D'ADHÉSION AUX AMP CONFIRMÉE:**

**MÉDECIN**

|   |           |       |      |      |
|---|-----------|-------|------|------|
| NOM ET PRÉNOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) | SIGNATURE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
|---|-----------|-------|------|------|

**DTMF/PERSONNE RESPONSABLE**

|   |           |       |      |      |
|---|-----------|-------|------|------|
| NOM ET PRÉNOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) | SIGNATURE | ANNÉE | MOIS | JOUR |
|---|-----------|-------|------|------|