

Accès Soins – Feuille de renseignements à l'intention des cliniciens

Quel est l'objectif de ce document? Fournir aux cliniciens en soins primaires des renseignements essentiels sur le programme Accès Soins de l'Ontario.

Qu'est-ce qu'Accès Soins? Accès Soins est un programme provincial visant à mettre les Ontariennes et les Ontariens en relation avec des médecins de famille, des infirmières praticiennes et des équipes de soins primaires qui acceptent de nouveaux patients.

Comment puis-je m'inscrire à Accès Soins? Il existe plusieurs façons de s'inscrire. L'équipe Santé Ontario (ESO) ou le Réseau de soins primaires (RSP) de votre région, ou encore les personnes-ressources pour les soins d'Accès Soins de Santé à domicile Ontario, vous aideront à créer un profil. Ce profil comprend vos coordonnées ainsi que certains renseignements, notamment la ou les langues parlées à votre cabinet, la spécialité de votre cabinet (par exemple, soins des personnes âgées) et l'accessibilité de vos locaux.

Pour créer un profil dès aujourd'hui, veuillez communiquer avec l'[ESO de votre région](#) ou une personne-ressource pour les soins d'Accès Soins en composant le 1 888 579-6707.

À quoi serviront mes coordonnées? Les coordonnées figurant dans votre profil sont utilisées uniquement à des fins de jumelage avec les personnes inscrites à Accès Soins.

Et si ma capacité à accepter de nouveaux patients venait à changer. Votre profil permet d'indiquer votre capacité à accepter des patients dirigés et peut être mis à jour en tout temps en communiquant avec l'ESO/RSP de votre région ou une personne-ressource pour les soins d'Accès Soins.

Comment fonctionne le jumelage entre les cliniciens et les personnes inscrites : Les personnes-ressources pour les soins d'Accès Soins veillent à jumeler les personnes inscrites avec les cliniciens en fonction des renseignements fournis par chacun lors de leur inscription au programme. Le jumelage peut également être adapté en fonction de la zone géographique, de la langue, du degré de complexité, de l'état de santé ou des groupes qui méritent une attention particulière en matière d'équité. L'analyse de jumelage considère d'abord les critères géographiques (par exemple, l'adresse du domicile ou du lieu de travail de la personne inscrite, la distance qu'elle est disposée à parcourir, etc.), puis ses préférences, comme la langue ou des besoins particuliers en matière de soins.

Que se passe-t-il avant de recevoir une recommandation? Les personnes-ressources pour les soins d'Accès Soins vérifieront vos coordonnées, vos préférences et votre capacité (c'est-à-dire le nombre de patients que vous pouvez prendre en charge), et coordonneront les recommandations en fonction des renseignements que vous aurez fournis dans votre profil. Les personnes-ressources pour les soins d'Accès Soins vérifient les coordonnées auprès des cliniciens avant de diriger des patients vers eux, mais il leur incombe de vérifier que leurs coordonnées sont à jour dans Accès Soins ainsi que dans la Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé (voir ci-dessous).



À savoir sur les recommandations

- **Une fois la recommandation traitée, une lettre à cet effet est envoyée au clinicien, de même qu'à la personne concernée.**
 - Dans cette lettre, il est demandé aux cliniciens/équipes de soins de santé de contacter la personne concernée afin de prendre rendez-vous.
 - Les personnes inscrites sont retirées de la liste d'attente d'Accès Soins dès qu'elles sont dirigées vers un praticien.
 - Les personnes inscrites sont informées qu'un clinicien ou qu'une équipe de soins de santé communiquera avec eux pour prendre rendez-vous.
 - **Les coordonnées du clinicien figurant dans la lettre de recommandation proviennent de la Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé du ministère.** Veuillez vous assurer qu'elles sont à jour; vous pouvez facilement les mettre à jour en ligne en remplissant le [formulaire d'inscription ou de changement d'un fournisseur de soins de santé](#).
 - Si, lors de la première consultation, la personne dirigée ou le clinicien décide de refuser le jumelage, la personne peut se réinscrire à Accès Soins.
- Demander des recommandations par lot (c'est-à-dire plusieurs patients à la fois) est un excellent moyen d'attirer rapidement de nouveaux patients vers votre cabinet.
 - Pour recevoir une recommandation par lot, les cliniciens doivent indiquer aux personnes-ressources pour les soins le nombre de patients voulus et la fréquence des recommandations (par exemple, dix par semaine ou 500 en une seule fois).
 - Les recommandations groupées sont envoyées aux cliniciens **par courriel sécurisé accessible par mot de passe**.

Facturation et rémunération : en bref

- **Qui peut bénéficier des incitatifs d'Accès Soins?** Les médecins exerçant dans le cadre de modèles d'inscription des patients peuvent bénéficier d'incitatifs pour la prise en charge de patients sans médecin désigné, notamment, mais sans s'y limiter, pour la prise en charge de patients vulnérables présentant des cas cliniques complexes issus d'Accès Soins. Les médecins et autres cliniciens exerçant selon d'autres modèles de soins primaires continueront d'être rémunérés conformément à leurs accords de financement respectifs.

Accès Soins – Feuille de renseignements à l'intention des cliniciens

- **En attendant que des incitatifs bonifiés soient mis en place pour Accès Soins, comment les cliniciens doivent-ils facturer la prise en charge de nouveaux patients vulnérables et complexes provenant d'Accès Soins?** En attendant la mise en place de nouveaux codes de facturation, les médecins peuvent utiliser les codes Accès Soins existants pour les patients vulnérables (Q053 - 350 \$) ainsi que le code Q200A pour l'inscription de nouveaux patients. Le montant majoré (150 \$) sera versé avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2025. Les médecins peuvent également utiliser le code Q200A existant pour l'inscription de nouveaux patients et attendre de soumettre les nouveaux codes Accès Soins pour les patients vulnérables une fois que ceux-ci auront été mis en place, qui s'appliqueront rétroactivement à compter du 1^{er} juillet 2025. Les médecins doivent tenir un registre des nouveaux patients inscrits, y compris ceux provenant de la liste d'attente d'Accès Soins.
- **Que se passe-t-il si un médecin estime qu'un patient dirigé d'Accès soins présente un cas complexe après avoir accepté la recommandation?** Si, après avoir reçu une recommandation d'Accès Soins et selon une évaluation clinique, le médecin estime qu'un patient présente des besoins complexes, il pourra facturer le nouveau code Accès Soins prévu pour les patients vulnérables présentant des besoins complexes dès qu'il sera disponible (ne pas facturer le code Q053). Les médecins doivent conserver des pièces justificatives justifiant la décision de facturer ce code (c'est-à-dire une description de la complexité du cas comparativement à ce qui était indiqué dans les systèmes de soins de santé).

Accès Soins – Feuille de renseignements à l'intention des cliniciens

Annexe : Infographie Accès Soins

Pour plus d'informations sur le processus d'Accès Soins, veuillez consulter l'infographie ci-dessous.

