

www.ramq.gouv.qc.ca

Courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Téléphone
Québec 418 643-8210
Montréal 514 873-3480
Ailleurs 1 800 463-4776

Télécopieur
Québec 418 646-9251
Montréal 514 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 3 avril 2009

À l'intention des médecins omnipraticiens

Amendement n° 108 – Dispositions applicables au 1^{er} avril 2009 Amendement n° 109 – Entente particulière – Prise en charge et suivi de la clientèle

La Régie vous présente les modifications¹ à l'entente générale convenues entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre Fédération, dans le cadre des amendements n^{os} 108 et 109.

Les premières mesures de l'**Amendement n° 108** ont été annoncées dans le [communiqué 167](#) du 14 janvier 2009. Les dernières dispositions présentées dans ce communiqué prennent effet aux dates spécifiées dans la partie *Principales dispositions*.

L'**Amendement n° 109** apporte des changements aux mesures favorisant la coordination entre les médecins et les CSSS dans le cadre de l'Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.

SOMMAIRE

1. Entente générale

- 1.1. Période supplémentaire d'activités professionnelles (paragraphe 15.01) : médecins à honoraires fixes
- 1.2. Prime horaire de soutien aux services rendus en santé et sécurité au travail auprès des entreprises (paragraphe 17.01) : médecins à honoraires fixes ou tarif horaire

2. Annexe V – Tarif des actes médicaux

- 2.1. Examen complet (P.G. 2.2.2) : suivi d'une patiente enceinte
- 2.2. Prime de responsabilité dans un centre de détention (P.G. 2.4.7.10)
- 2.3. Nouveaux actes médicaux
 - 2.3.1 En préanesthésie (consultation et examen)
 - 2.3.2 Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse (système respiratoire)
- 2.4. Onglet « Q – Obstétrique »
 - 2.4.1 Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne
 - 2.4.2 Forfait annuel de garde en disponibilité

3. Rémunération lors d'un transfert ambulancier

¹ Présentées sous réserve des approbations gouvernementales.

4. **Honoraire global partageable**

- 4.1. Soins du nouveau-né en santé
- 4.2. Soins post-partum

5. **Ententes particulières (E.P.)**

- 5.1. E.P. – Santé publique
- 5.2. Nouvelle prime de responsabilité pour cinq ententes particulières
 - E.P. – Grand-Nord
 - E.P. – CH de l'Archipel
 - E.P. – CH de Chibougamau
 - E.P. – CH ambulatoire de la région de Laval
 - E.P. – CLSC
- 5.3. E.P. – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (art. 9.00 A et B)

6. **Accord n° 206** : Nouvelle prime de responsabilité pour médecin à tarif horaire dans les centres de détention visés

7. **Protocole d'accord** – Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de santé et de services sociaux

8. **Information générale sur les primes**

9. **Versement de montants forfaitaires découlant de la Lettre d'entente n° 205**

PRINCIPALES DISPOSITIONS

1. **Entente générale**

1.1. **Période supplémentaire d'activités professionnelles** (paragraphe 15.01)

(Entrée en vigueur le 1^{er} mai 2008 / référence : [partie II](#), article 1 B))

POUR LES MÉDECINS À HONORAIRES FIXES

Dans le cadre de la période supplémentaire d'activités professionnelles, le médecin détenant une nomination spécifique à honoraires fixes, dans un des centres d'un établissement, **peut y cumuler des heures supplémentaires**. Toutefois, la reprise des heures en temps doit être effectuée dans l'établissement principal de sa nomination.

Avant cette modification, le médecin détenant plus d'une nomination à honoraires fixes dans le même CSSS, sous forme de nomination complémentaire, ne pouvait cumuler des heures supplémentaires avant d'avoir effectué 35 heures au sein de l'installation en cause. Cette modification facilite l'accès au cumul des heures supplémentaires dans cette situation.

1.2. **Prime horaire de soutien aux services rendus en santé et sécurité au travail auprès des entreprises** (paragraphe 17.01)

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2008 / référence : [partie II](#), article 1 C)

POUR LES MÉDECINS À HONORAIRES FIXES ET À TARIF HORAIRE

Une nouvelle prime horaire de soutien aux services auprès des entreprises est versée au médecin sur une base trimestrielle pour des activités effectuées en santé et sécurité au travail dans ou auprès d'un CLSC ou d'un centre hospitalier. Dans le cadre de la présente disposition, la prime s'applique sur 70 % des heures rémunérées en santé et sécurité au travail sous la responsabilité des directeurs régionaux de santé publique.

La prime est de **2,10 \$** par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de **2,20 \$** par heure à compter du 1^{er} avril 2009.

La prime horaire de soutien aux services auprès des entreprises est soumise à la majoration des honoraires selon le lieu de dispensation en vertu des annexes XII et XII-A.

VERSEMENT DE LA PRIME : Cette mesure étant **rétroactive au 1^{er} avril 2008**, le versement trimestriel **d'avril 2009** de la prime horaire de soutien aux services rendus en santé et sécurité au travail auprès des entreprises couvrira exceptionnellement une période de 12 mois, soit du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009. Pour plus d'information sur les primes, voir le point 8 « Information générale sur les primes » du présent communiqué.

2. Annexe V – Tarif des actes médicaux

POUR LES MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À L'ACTE

2.1. Examen complet (P.G. 2.2.2) : suivi d'une patiente enceinte
(Entrée en vigueur le **1^{er} avril 2009** / référence : [partie II](#), article 1 F) a) iii))

L'examen effectué pour assurer le suivi d'une patiente enceinte est réputé répondre à l'exigence de l'examen complet.

2.2. Prime de responsabilité dans un centre de détention (P.G. 2.4.7.10)
(Entrée en vigueur le **1^{er} décembre 2007** / référence : [partie II](#), article 1 F) a) vi))

Depuis le 1^{er} décembre 2007, la prime de responsabilité est également accordée au médecin exerçant **dans un centre de détention (7XXX6)**. La prime de responsabilité est de 13 % à compter du 1^{er} décembre 2007, de 14,3 % à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 15,6 % à compter du 1^{er} avril 2009. Elle est soumise à la majoration des honoraires selon le lieu de dispensation en vertu des annexes XII et XII-A.

VERSEMENT DE LA PRIME : Cette mesure étant **rétroactive au 1^{er} décembre 2007**, un versement forfaitaire sera effectué **en juillet 2009**. Le versement forfaitaire sera fait seulement pour les professionnels ayant utilisé le numéro de facturation attribué au centre de détention (7XXX6).

Les médecins ayant pratiqué à l'acte en centre de détention et qui utilisaient le **code de localité plutôt que le code attribué au centre de détention (7XXX6)** pourront exceptionnellement demander une révision afin de pouvoir recevoir le forfaitaire prévu. Pour que ces demandes de révision soient prises en compte dans le calcul du versement forfaitaire prévu en juillet 2009, la Régie devra **les recevoir avant le 1^{er} juin 2009**. Dans le cas contraire, la Régie ne sera pas en mesure de réviser les demandes afin de les considérer pour le paiement du versement forfaitaire du mois de juillet 2009.

Pour vos demandes de révision (formulaire n° 1549), vous devez **identifier** comme motif qu'elles concernent **la prime de responsabilité dans un centre de détention et y inscrire les informations suivantes pour les services rendus entre le 1^{er} décembre 2007 et le 31 mars 2009** :

- centre de détention où ont été rendus les services;
- date à laquelle des services ont été rendus;
- pour chaque date, préciser les informations suivantes :
 - services rendus durant la journée complète ou une demi-journée;
 - type de service comme par exemple, examens à domicile ou en cabinet, procédés diagnostiques ou thérapeutiques, etc.

Pour plus d'information sur les primes, voir le point 8 « Information générale sur les primes » du présent communiqué.

2.3. Nouveaux actes médicaux

2.3.1 En préanesthésie (Onglet « Consultation et examen »)

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 1 F) b))

Deux nouveaux codes d'acte d'examen ont été créés pour permettre de facturer les examens en préanesthésie d'urgence avec déplacement, et cela, **en centre hospitalier seulement**.

- À la page B-8, le code d'acte **15192** :

Code d'acte	Examen (<i>Patients de moins de 70 ans</i>)	Tarif (\$)
09092	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie (P.G. 2.2.9 A))	17,60
15192	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	43,65

- À la page B-11, le code d'acte **15193** :

Code d'acte	Examen (<i>70 ans ou plus</i>)	Tarif (\$)
09093	préanesthésie (réservé au médecin exerçant en anesthésie (P.G. 2.2.9 A))	18,90
15193	d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A)	46,75

2.3.2 Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse

(Onglet « H – Système respiratoire »)

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 1 F) d))

Le nouveau code d'acte **03141** « Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse » est ajouté dans la sous-rubrique « Excision » de la rubrique « Poumons et plèvre », sous le code **03138**, tel qu'illustré ci-dessous (page H-9) :

Code d'acte		Rôle 1 (\$)	Rôle 2
03138	Pneumectomie extrapleurale	600,00	11
03141	Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	635,00	11

2.4. Onglet « Q – Obstétrique »

2.4.1 Supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 1 F) e) ii))

Le supplément pour accouchement par voie vaginale post-césarienne (code d'acte **06923**) peut être facturé en association avec le code d'acte **06933** qui rémunère l'ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement.

2.4.2 Forfait annuel pour la garde en disponibilité

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 1 F) e) i) 2.)

Ajout de la mention que le forfait annuel pour la garde en disponibilité en obstétrique est **divisible en mois**. Cette mesure existe déjà et son paiement reste payable trimestriellement. Nous vous rappelons, qu'à compter du 1^{er} avril 2009, le tarif du forfait annuel est de **5 558 \$**.

Pour plus de détails, voir l'instruction de facturation modifiée à la page 3 de la [partie II](#).

3. Rémunération lors d'un transfert ambulancier

3.1. Rémunération pour la garde sur place à l'urgence (P.G. 1.4 b))

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 1 F) a) ii))

Exceptionnellement, pour la période de 0 h à 8 h, plus d'un médecin peut se prévaloir du forfait compensatoire prévu au paragraphe 1.4 b) pour la garde sur place à l'urgence lorsqu'un transfert ambulancier est requis, sans accord préalable du comité paritaire. Ce traitement exceptionnel est réservé aux établissements qui disposent d'une banque annuelle de forfaits de nuit pour un deuxième médecin de **moins de 2 920 heures**.²

Le médecin qui est appelé pour effectuer le transfert ambulancier, ou pour remplacer le médecin de l'urgence parti en transfert, doit réclamer le code de forfait prévu pour un deuxième médecin et inscrire le modificateur **381** sur sa demande de paiement afin de permettre le paiement du forfait. Le temps à réclamer pour le forfait débute à l'arrivée du médecin au service d'urgence jusqu'à la fin du transfert si celui-ci intervient avant 8 h. En plus du forfait, le médecin a droit au paiement du transfert ambulancier ou, selon le cas, celui des services rendus, au pourcentage prévu au paragraphe 1.4.

Pour plus de détails, voir l'instruction de facturation à la page 2 de la [partie II](#).

3.2. E.P. – Garde sur place – CHSGS désignés

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 7)

Dans le cadre de l'E.P. – Garde sur place – CHSGS désignés, le médecin qui fait l'accompagnement lors d'un transfert ambulancier et celui qui le remplace au service d'urgence peuvent être rémunérés simultanément sans l'obtention de l'autorisation du comité paritaire. Cette disposition exceptionnelle est applicable pour la période de 8 h à 24 h. Dans cette situation, tout dépassement du nombre de forfaits alloué est réputé autorisé par le comité paritaire.

² Seul l'Hôpital de la Cité de la santé de Laval ne peut se prévaloir de cette modalité.

Le médecin qui effectue le transfert ambulancier facture le code de forfait permis selon l'E.P. – Garde sur place (CHSGS), divisible selon le temps requis par le transfert, et indique le modificateur **381** ou son multiple **662** (MOD 381 + 108) sur sa demande de paiement. En plus du forfait de garde sur place, le médecin a droit au paiement du transfert ambulancier au pourcentage prévu à l'entente.

Pour plus de détails, voir l'instruction de facturation à la page 7 de la [partie II](#).

4. Honoraire global partageable

Des modifications sont apportées pour permettre à plus d'un médecin de partager l'honoraire global dans le cas des soins du nouveau-né en santé et des soins post-partum prévus au préambule particulier d'obstétrique.

4.1. Honoraire global pour soins du nouveau-né en santé (P.G. 1.1.5 et 2.4.3) (Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), articles 1 F) a) i) et v))

L'honoraire global pour les soins du nouveau-né en santé permet à plus d'un médecin de se prévaloir de l'honoraire global pour la période des soins soit, **le jour de la naissance et les deux jours suivants**. Cette disposition fait passer la période de soins de **10 à 3 jours**. Chaque médecin facture l'honoraire global à 50 % en utilisant le modificateur **382**.

EXCLUSION : Le médecin présent pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement ne peut, du seul fait de l'examen du nouveau-né à la salle d'accouchement, se prévaloir de l'honoraire global.

Le médecin qui a effectué l'accouchement et qui par la suite assure les soins du nouveau-né en santé n'est pas visé par cette exclusion; il peut se prévaloir de l'honoraire global.

Pour plus de détails, voir les instructions de facturation aux pages 1 et 2 de la [partie II](#).

4.2. Honoraire global pour les soins post-partum (préambule particulier obstétrique) (Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 1 F) e) i) 1.)

L'honoraire global payable pour les soins post-partum permet à plus d'un médecin de se prévaloir de l'honoraire global pour la période des soins soit, **le jour de l'accouchement et les deux jours suivants**. Chaque médecin facture l'honoraire global à 50 % en utilisant le modificateur **382**.

PRENDRE NOTE : Les soins post-partum sont toujours inclus dans la rémunération prévue dans le cas d'une césarienne. Si des soins post-opératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart des honoraires de la césarienne (MOD 025) et cette rémunération couvre les soins post-partum. La rémunération du médecin qui a effectué la césarienne est alors réduite en conséquence.

Pour plus de détails, voir l'instruction de facturation à la page 3 de la [partie II](#).

Pour l'honoraire global partageable, un **nouveau message explicatif 619** s'appliquera sur les codes **00081** (soins du nouveau-né en santé) et **06901** (soins post-partum) lorsque le modificateur **382** est utilisé. Le message est libellé comme suit :

619 : Chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour l'ensemble des soins du nouveau-né en santé ou des soins post-partum.

5. Ententes particulières (E.P.)

5.1. E.P. – Santé publique

L'Amendement n° 108 apporte plusieurs changements à l'entente particulière relative à la santé publique dont le remplacement de tous les codes d'activités actuels.

- **Réorganisation des activités et création de secteurs d'activités**
(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2009 / référence : [partie II](#), article 6 A))

L'Amendement n° 108 vient préciser les secteurs d'activités auxquels doivent se rattacher les activités professionnelles couvertes par l'entente particulière.

Aux fins de rémunération des activités, le médecin doit **obligatoirement** composer le code d'activité à six chiffres en inscrivant une nature de service (trois premiers chiffres) et un emploi de temps (trois derniers chiffres).

Tout d'abord, il doit identifier la nature de service liée aux secteurs d'activités suivants :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale; (115XXX)
- La participation à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques; (125XXX)
- Les habitudes de vie; (135XXX)
- Les traumatismes non intentionnels; (145XXX)
- Les maladies infectieuses; (155XXX)
- La santé environnementale. (165XXX)

Ensuite, il doit identifier l'emploi du temps lié aux activités professionnelles suivantes :

- L'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle; (XXX067)
- La planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention; (XXX037)
- L'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population; (XXX047)
- Le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention; (XXX032)
- La participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique; (XXX029)
- En situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible; (XXX148)
- Les activités liées au Programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées. (XXX025)

Il peut également utiliser les emplois du temps suivants, si nécessaire;

- Examens relatifs à l'hépatite C; (XXX015)
- Services cliniques; (XXX030)
- Tâches médico-administratives et hospitalières; (XXX043)
- Programme de vaccination contre le méningocoque; (XXX088)
- Services de santé durant le délai de carence. (XXX098)

PRENDRE NOTE : la nature de service **005** est abolie au 30 avril 2009 et est remplacée par les natures de service 115, 125, 135, 145, 155 ou 165 selon le cas.

• **Modalités de rémunération spécifiques au soutien à la première ligne en santé publique**

(Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2008 / référence : [partie II](#), article 6 C))

POUR LES MÉDECINS À HONORAIRES FIXES ET À TARIF HORAIRE

Une nouvelle **prime horaire de soutien aux services de première ligne en santé publique** est versée. Elle est de **2,10 \$** par heure depuis le 1^{er} avril 2008 et de **2,20 \$** par heure à compter du 1^{er} avril 2009. La prime s'applique sur 70 % des heures facturées dans le cadre de la présente entente particulière.

La prime horaire de soutien aux services de première ligne est soumise à la majoration des honoraires selon le lieu de dispensation en vertu des annexes XII et XII-A.

VERSEMENT DE LA PRIME : Cette mesure étant **rétroactive au 1^{er} avril 2008**, un versement sera effectué en avril 2009. Le versement couvrira exceptionnellement une période de 12 mois, soit du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009. Pour plus d'information sur la prime, voir le point 8 « Information générale sur les primes » du présent communiqué.

Un nouveau forfait de soutien à la première ligne en santé publique, au montant de **20 \$** par heure (code d'acte **19930**), est accordé. Pour donner droit au forfait, le soutien à la première ligne doit répondre aux conditions suivantes :

- toute forme d'interventions directes auprès des intervenants de première ligne des CSSS et des cabinets privés (rencontres, sessions de formation, d'information ou autres) visant notamment l'intégration des pratiques cliniques préventives;
- l'intervention directe visée doit être faite dans le cadre d'un des secteurs d'activités (voir le paragraphe 3.01 en [partie II](#)) et priorisée par le directeur régional de la santé publique ou le directeur de l'INSPQ, selon le cas;
- la banque de forfaits de soutien de première ligne est allouée annuellement à chaque direction régionale de la santé publique et à l'INSPQ par le comité paritaire;
- la répartition des forfaits entre les médecins d'une direction de santé publique ou de l'INSPQ est déterminée par le directeur de la santé publique ou le directeur de l'INSPQ pour cet organisme, et cela, après consultation selon le paragraphe 5.02 de la présente entente particulière.

- **Services rendus dans un secteur géographique** autre que celui où est situé l'établissement visé par la nomination du médecin
(Entrée en vigueur le **1^{er} janvier 2009** / référence : [partie II](#), article 6 B))

Un médecin nommé en santé publique peut, pour le compte de l'établissement où il détient sa nomination, rendre une partie des services visés par sa nomination dans un secteur géographique autre que celui de son établissement. Dans ce cas, la rémunération des activités professionnelles est soumise à la majoration de l'annexe XII en fonction du lieu effectif de dispensation des services. Pour ce faire, le médecin doit inscrire un « **A** » dans la case C.S. et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de la localité où il exerce ses activités, la date des services ainsi que le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation sur sa demande de paiement.

Ces services sont rendus sur demande de l'agence et avec l'approbation du comité paritaire.

Pour plus de détails, voir les instructions de facturation aux pages 5, 6 et 7 de la [partie II](#).

5.2. Nouvelle prime de responsabilité pour cinq ententes particulières

(Entrée en vigueur le **1^{er} décembre 2007** / référence : [partie II](#), articles 2, 3, 4, 5 et 8)

POUR LES MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À HONORAIRES FIXES ET À TARIF HORAIRE

Une nouvelle prime de responsabilité est accordée aux **médecins à tarif horaire ou à honoraires fixes** exerçant dans le cadre des cinq ententes particulières suivantes :

- E.P. – Grand-Nord; (paragraphe 4.02)
- E.P. – CH de l'Archipel; (paragraphe 4.02)
- E.P. – CLSC; (paragraphe 3.05)
- E.P. – CH de Chibougamau; (paragraphe 3.03)
- E.P. – CH ambulatoire de la région de Laval. (paragraphe 4.02)

La prime de responsabilité est versée sur une base trimestrielle dont le premier trimestre d'une année d'application débute le 1^{er} janvier. Cette prime est de :

- **10 \$** par heure depuis le 1^{er} décembre 2007;
- **11,75 \$** par heure depuis le 1^{er} avril 2008;
- **13,50 \$** par heure à compter 1^{er} avril 2009.

- Pour les **ententes particulières suivantes Grand-Nord, CH de l'Archipel, et CH de Chibougamau**

La prime s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles payées dans les secteurs suivants :

- un CHSLD;
- un département clinique de psychiatrie;
- une unité de courte durée gériatrique;
- une unité de longue durée en CHSGS;
- un centre de réadaptation.

Le nouveau code d'activité **002147** doit être utilisé pour indiquer que les heures sont faites dans l'un de ces secteurs.

Pour ces ententes particulières, la création d'un nouveau code d'activité a été nécessaire afin de permettre l'identification des heures faites dans les secteurs où s'applique la prime. Étant donné que cette mesure est rétroactive au 1^{er} décembre 2007 et que le nouveau code d'activité est en vigueur à compter du 1^{er} avril 2009, la Régie n'est donc pas en mesure d'évaluer le nombre d'heures effectuées dans ces secteurs pour la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 mars 2009. En conséquence, les parties négociantes conviendront d'un montant forfaitaire à verser à chaque médecin pour cette période. Le versement forfaitaire sera effectué **en mai 2009 et couvrira une période de 16 mois, soit du 1^{er} décembre 2007 au 31 mars 2009.**

Pour plus d'information sur les primes, voir le point 8 « Information générale sur les primes » du présent communiqué.

- **Entente particulière relative au CLSC**

La prime s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles payées dans un centre de détention.

Le nouveau code d'activité **088030** doit être utilisé pour indiquer les services dispensés dans un centre de détention.

Pour cette entente particulière, la création d'un nouveau code d'activité a été nécessaire afin de permettre l'identification des heures effectuées en centre de détention puisque le médecin y rend des services, les réclament avec le numéro du CLSC duquel il détient sa nomination régulière à honoraires fixes ou à tarif horaire. Étant donné que cette mesure est rétroactive au 1^{er} décembre 2007 et que le nouveau code d'activité est en vigueur à compter du 1^{er} avril 2009, la Régie n'est donc pas en mesure d'évaluer le nombre d'heures faites dans ces secteurs pour la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 mars 2009. En conséquence, la Régie communiquera avec les médecins visés afin d'obtenir le nombre d'heures donnant droit au paiement de cette prime. Après évaluation de ces données avec les parties négociantes, **un versement forfaitaire sera effectué et couvrira une période de 16 mois, soit du 1^{er} décembre 2007 au 31 mars 2009.**

Pour plus d'information sur la prime, voir le point 8 « Information générale sur les primes » du présent communiqué.

- **Entente particulière relative au CH ambulatoire de la région de Laval**

La prime s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles payées dans le cadre de la présente entente.

Cette mesure **étant rétroactive au 1^{er} décembre 2007**, le versement trimestriel de la prime de responsabilité **d'avril 2009** couvrira exceptionnellement une période de 16 mois, soit du 1^{er} décembre 2007 au 31 mars 2009. Pour les médecins à tarif horaire, le versement de la prime sera sur l'état de compte **du 27 avril 2009** et pour les médecins à honoraires fixes, le versement de la prime sera sur l'état de compte **du 24 avril 2009.**

Pour plus d'information sur la prime, voir le point 8 « Information générale sur les primes » du présent communiqué.

Les primes de responsabilité ci-dessus sont soumises à la majoration des honoraires selon le lieu de dispensation en vertu des annexes XII et XII-A.

5.3. E.P. – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

(Entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2008 / référence : [partie III](#), article 2)

- **Organisation des projets cliniques** (banque annuelle d'heures, article 9.00 A))

L'entente particulière est modifiée pour préciser que la banque annuelle d'heures allouée à chaque CSSS s'applique sur la base de l'année civile. Cette banque sert à rémunérer à tarif horaire, tout médecin qui participe à l'organisation des projets cliniques du CSSS.

- **Rémunération du médecin coordonnateur médical local** (article 9.00 B))

Les changements apportés à la répartition des forfaits sont :

- La réorganisation de l'attribution des forfaits réguliers **sur la base de l'année civile**.
- L'attribution, dans la première année d'entrée en vigueur de la fonction de coordonnateur local d'un CSSS, du nombre de forfaits supplémentaires correspondant au groupe d'appartenance du CSSS.
- Durant l'année civile qui suit la première année d'application, le nombre de forfaits permis par le CSSS est celui alloué à la banque régulière.
- Pour la période transitoire qui s'étendra de la date de fin de la première année d'application jusqu'au 1^{er} janvier de l'année civile qui suit, le nombre de forfaits permis par le CSSS sera établi au prorata du nombre de mois entre ces deux dates.

Voici un exemple :

Un coordonnateur local d'un CSSS appartenant au Groupe 3 est entré en fonction le 1^{er} août 2008. Pour la première année suivant son entrée en fonction, c'est-à-dire jusqu'au 31 juillet 2009, il a droit au nombre de forfaits attribués annuellement, soit 653, additionné du nombre de forfaits supplémentaires, soit 218. Donc, pour sa première année d'entrée en fonction, le coordonnateur médical local de ce CSSS dispose de 871 forfaits au total.

Pour la période du 1^{er} août 2009 au 31 décembre 2009, il aura droit au prorata du nombre de forfaits annuels, soit 272 ce qui correspond à 5 mois sur 12. À partir du 1^{er} janvier 2010, il aura droit au nombre de forfaits attribués annuellement pour le Groupe 3, soit 653.

PRENDRE NOTE : La banque annuelle régulière et le nombre de forfaits supplémentaires d'un CSSS, s'appliquent à compter de la date de désignation du **premier** coordonnateur médical local et durant les 12 mois suivants cette date.

6. Accord n° 206 : Nouvelle prime de responsabilité

(Entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2007 / référence : [partie II](#), article 19)

POUR LES MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À TARIF HORAIRE

Une nouvelle prime de responsabilité est accordée aux médecins **exerçant à tarif horaire dans les centres de détention visés à cet accord**.

Cette prime est de :

- **10 \$** par heure depuis le 1^{er} décembre 2007;
- **11,75 \$** par heure depuis le 1^{er} avril 2008;
- **13,50 \$** par heure à compter du 1^{er} avril 2009.

Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles payées dans le cadre de cet accord. La prime de responsabilité est soumise à la majoration des honoraires selon le lieu de dispensation en vertu des annexes XII et XII-A.

VERSEMENT DE LA PRIME : Cette mesure étant **rétroactive au 1^{er} décembre 2007**, le versement trimestriel de la prime de responsabilité **d'avril 2009** couvrira exceptionnellement une période de 16 mois, soit du 1^{er} décembre 2007 au 31 mars 2009. Le versement de la prime sera sur **l'état de compte du 27 avril 2009**. Pour plus d'information sur les primes, voir le point 8 « Information générale sur les primes » du présent communiqué.

7. Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de santé et de services sociaux

(Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 / référence : [partie II](#), article 18)

L'Amendement n° 108 modifie le protocole d'accord pour permettre à un médecin qui agit à titre de médecin-conseil ou de médecin coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence, d'exercer des activités professionnelles à partir d'un lieu situé en dehors du territoire dont il relève, et cela, à la demande de l'agence et avec l'approbation du comité paritaire.

La rémunération des activités professionnelles en dehors du territoire de l'agence est alors soumise à la majoration applicable en vertu de l'annexe XII en fonction du lieu effectif de dispensation des services. Les activités sont exclues du calcul de la pratique totale (paragraphe 3.1 de la section I de l'annexe XII) et ne sont pas retenues aux fins de l'application de l'Entente particulière relative aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).

Veillez inscrire un « **A** » dans la case C.S. et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de la localité où les services sont rendus, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

8. Information générale sur les primes

Veillez prendre note des informations suivantes pour le versement des différentes primes³ à compter de juillet 2009 :

- **Précisions pour les médecins à tarif horaire**

Le versement de la prime de responsabilité et des primes horaire de soutien se fera au même état de compte que celui du forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable. Toutefois, chaque versement sera expliqué dans une section distincte.

³ Prime de responsabilité, prime horaire de soutien aux services en santé et sécurité au travail auprès des entreprises et des primes horaire de soutien au service de première ligne en santé publique.

- **Précisions pour les médecins à honoraires fixes**

Le versement de la prime de responsabilité et des primes horaire de soutien se fera au même paiement que celui des honoraires habituels, et ce, à cause des déductions salariales à effectuer. La Régie produira un seul état de compte. Toutefois, le détail du versement trimestriel sera expliqué dans une section distincte. Le versement du forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable continuera à se faire sur un état de compte distinct.

Prendre note : La prime s'applique également aux heures effectuées en temps supplémentaire. Ces heures seront considérées dans le calcul de la prime dès qu'elles seront indiquées sur la demande de paiement et non lors de la remise de temps lorsque le médecin choisit d'en reporter le paiement.

Exemple :

1. Un médecin facture 40 heures d'activités professionnelles admissibles à la prime de responsabilité sur une demande de paiement. Il ne désire pas se faire immédiatement payer ses cinq heures supplémentaires et demande d'accumuler ces heures pour se les faire payer plus tard. La prime versée tiendra compte de 95 % des 40 heures.
2. Sur une demande ultérieure, le médecin réclame la remise de ses cinq heures (code 80). Lors de cette période, les cinq heures remises ne seront pas considérées dans le calcul de la prime, car elles l'ont déjà été lors du traitement de la demande décrite au point 1.

9. Versement de montants forfaitaires découlant de la Lettre d'entente n° 205

Bien que les nouveaux taux de rémunération introduits à la section I de l'annexe XII soient entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2009, tel que précisé aux points 1.4.1 et 1.4.2 du [communiqué 167](#) du 14 janvier 2009, la Lettre d'entente n° 205 prévoit un versement forfaitaire pour les services rendus entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2008.

Veillez prendre note que les montants forfaitaires pour cette période seront versés sur **l'état de compte du 1^{er} mai 2009** pour le tarif horaire **et sur l'état de compte du 8 mai 2009** pour les honoraires fixes.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. Partie II – Extraits paraphés de l'Amendement n° 108
Partie III – Extrait paraphé de l'Amendement n° 109

c. c. Développeurs de logiciels et Agences commerciales de traitement des données - Médecine

Extraits du texte paraphé de l'Amendement n° 108

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée comme suit :

B) En ajoutant sous le deuxième alinéa du paragraphe 15.01 l'alinéa suivant :

« Le médecin qui détient une nomination spécifique à honoraires fixes dans un des centres d'un établissement peut cumuler, aux fins de la reprise de temps, les heures d'activités supplémentaires effectuées dans un tel centre. Toutefois, ces heures supplémentaires d'activités sont considérées comme étant cumulées dans le centre où le médecin détient sa nomination principale. »

C) Remplacer le second alinéa du premier sous-paragraphe du paragraphe 17.01 par le suivant :

« - Lorsqu'il s'agit d'activités faites en santé et sécurité au travail placées sous la responsabilité des directeurs régionaux de la santé publique. Ces activités peuvent être exercées dans ou auprès d'un centre local de services communautaires ou dans un centre hospitalier à qui le service ou l'équipe de santé publique est rattaché selon les dispositions de l'entente particulière relative à la santé publique.

À compter du 1^{er} avril 2008, une prime horaire de soutien aux services auprès des entreprises est versée. Cette prime est de 2,10 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 2,20 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009 et elle s'applique sur 70 % des heures rémunérées dans le cadre de la présente disposition. Cette prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

F) L'annexe V est modifiée de la façon suivante :

a) En modifiant le Préambule général de la façon suivante :

i) En remplaçant le paragraphe 1.1.5 par le suivant :

« Le premier médecin intervenant peut seul demander paiement si le tarif prévoit un honoraire global.

Toutefois pour l'honoraire global relatif aux soins du nouveau-né en santé ou pour les soins post-partum, une règle particulière prévoit une dérogation à cette règle générale.

AVIS : *Pour la règle particulière relative aux soins du nouveau-né, voir le paragraphe 2.4.3 du préambule général. Pour celle concernant les soins post-partum, voir le paragraphe 4 du préambule particulier d'obstétrique.*

Il en est de même pour les règles particulières de tarification touchant les actes chirurgicaux qui prévoient une dérogation dans le cas du médecin qui se voit confier la responsabilité de soins postopératoires pendant l'hospitalisation du patient. Quant aux mêmes soins, certaines dérogations sont également prévues par le préambule particulier de l'appareil musculo-squelettique. »

ii) En remplaçant le deuxième alinéa du sous-paragraphe 1.4 b) par les alinéas suivants :

« Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant de 0 h à 8 h. Sauf dans le cas prévu à l'alinéa suivant, l'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures annuelle est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération.

Lorsque cette banque compte moins de 2 920 heures et qu'un médecin du service d'urgence doit accompagner un patient lors d'un transfert ambulancier, le médecin qui fait l'accompagnement ou celui qui le remplace au service d'urgence peut, en raison d'une considération exceptionnelle, se prévaloir du forfait compensatoire, divisible en heures, pour une période s'échelonnant de 0 h à 8 h. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier. »

AVIS : *Le médecin qui est appelé dans un service d'urgence pour effectuer ou non le transfert ambulancier, doit réclamer le forfait de garde sur place pour un deuxième médecin, divisible selon le temps effectué et inscrire le modificateur **381** sur la demande de paiement. Le temps à réclamer pour le forfait débute à l'arrivée du médecin au service d'urgence jusqu'à la fin du transfert si celui-ci intervient avant 8 h. De plus, il doit inscrire le NAM de la personne transférée dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Le médecin qui effectue le transfert ambulancier, a droit en plus aux honoraires prévus en ce cas (voir règle 2.4.9 du préambule général).*

iii) En remplaçant, au paragraphe 2.2.2, le dernier alinéa du sous-paragraphe 2 par le suivant :

« Cet examen doit comprendre au moins l'examen du cou, du thorax et de l'abdomen. L'examen requis pour assurer le suivi d'une patiente enceinte est réputé répondre à cette exigence. »

v) En remplaçant le paragraphe 2.4.3 par le suivant :

« L'honoraire global payable pour l'ensemble des services médicaux de routine dispensés, en centre hospitalier, à un nouveau-né en santé, comprend tous les examens dispensés ainsi que les recommandations à l'un des parents, le jour de la naissance et les deux jours suivants.

Cet honoraire global n'est pas payable pour l'examen du nouveau-né effectué à la salle d'accouchement, par le médecin présent pour effectuer l'anesthésie ou l'accouchement.

Dans le cas où plus d'un médecin assurent l'ensemble des soins au nouveau-né, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période. »

AVIS : *Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe chacun des médecins doit utiliser le modificateur **382** et réclamer 50 % du code **00081**. Veuillez indiquer dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant prévalu de l'honoraire global pour les soins au nouveau-né en santé. Pour la règle générale, voir le point 1.1.5 de la règle 1 du préambule général.*

vi) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 2.4.7.10 par le suivant :

« **2.4.7.10** Une prime de responsabilité est également accordée au médecin exerçant au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS, d'un centre de réadaptation, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou dans un centre de détention. La prime de responsabilité est de 13 % à compter du 1^{er} décembre 2007, de 14,3 % à compter du 1^{er} octobre 2008 et de 15,6 % à compter du 1^{er} avril 2009 et s'applique à tous les services que facture le médecin dans les secteurs d'activités visés, exception faite des forfaits de garde en disponibilité, du supplément de responsabilité pour patient admis et du forfait de congé en établissement. »

AVIS : *Inscrire le modificateur **015** ou ses multiples pour chacun des services facturés dans la section « Actes » ; le code d'établissement correspondant à un CHSLD, un département clinique de psychiatrie, une unité de courte durée gériatrique, une unité de longue durée en CHSGS, un centre de réadaptation, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou un centre de détention (0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX8, 1XXX3, 1XXX5, 2XXX5, 4XXX9 ou 7XXX6) et les honoraires demandés en y incluant la majoration de 15,6 %.*

- b) En modifiant la section « **CONSULTATION ET EXAMEN** » de la façon suivante :
- i) En ajoutant sous le code 09092 les libellé et tarif suivants :
- « (15192) d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A).....43,65 \$ »
- ii) En ajoutant sous le code 09093 les libellé et tarif suivants :
- « (15193) d'urgence avec déplacement (en centre hospitalier seulement, réservé au médecin exerçant en anesthésie) (P.G. 2.2.9 A).....46,75 \$ »
- d) En ajoutant à la sous-rubrique « Excision » de la rubrique « Poumons et plèvre » de la section « **SYSTÈME RESPIRATOIRE** », sous le code 03138, les libellé et tarif suivants :

	R = 1	R = 2
« (03141) Pneumoréduction bilatérale pour maladie emphysémateuse diffuse	635,00	11 »

- e) En modifiant la section « **OBSTÉTRIQUE** » la façon suivante :
- i) Le Préambule particulier est modifié de la façon suivante :

1. En remplaçant le paragraphe 4 par le suivant :

« **4.** Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Dans le cas où plus d'un médecin assurent l'ensemble des soins post-partum, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période.

AVIS : Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe chacun des médecins doit utiliser le modificateur **382** et réclamer 50 % du code d'acte **06901**. Veuillez indiquer dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant prévalu de l'honoraire global pour les soins post-partum de la patiente.

Toutefois, dans le cas d'une césarienne, la rémunération prévue pour cet acte couvre les soins post-partum. Si les soins postopératoires sont confiés à un autre médecin, celui-ci a droit au quart (1/4) de l'honoraire de la césarienne (MOD 025) et cette rémunération couvre les soins du post-partum. »

2. En remplaçant le paragraphe 9 par le suivant :

« **9.** Le médecin qui est détenteur de privilèges en obstétrique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et les exerce a droit, pour la garde en disponibilité qu'il effectue à un forfait annuel de 5 449 \$ à compter du 1^{er} avril 2008 et de 5 558 \$ à compter du 1^{er} avril 2009, payable trimestriellement mais divisible en mois. »

AVIS : Inscrire sur la « Demande de paiement – Médecin » n° 1200 les renseignements suivants :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09776** dans la section « **Actes** »;
- le code d'établissement (0XXX3) où vous détenez ce privilège en obstétrique;

La facturation s'effectue à la fin de chaque trimestre. Le montant annuel du forfait de garde est divisible par mois. Veuillez inscrire :

- le nombre de mois (maximum de 3) dans la case UNITÉS;
 - les honoraires **par mois** sont de **463,17 \$** à partir du 1^{er} avril 2009.

Veuillez reporter le montant approprié dans la case TOTAL;

- la date de l'acte doit correspondre au dernier jour du trimestre ou du mois où a été effectuée la dernière période de garde;

- inscrire la date du début et de la fin du trimestre ou du dernier mois où une garde a été effectuée dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**. Les trimestres sont répartis comme suit :
 - 1^{er} juillet au 30 septembre;
 - 1^{er} octobre au 31 décembre;
 - 1^{er} janvier au 31 mars;
 - 1^{er} avril au 30 juin.

Seul le rôle 1 peut être facturé avec ce code d'acte.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Rappel : La facturation du forfait 09776 est incompatible avec la facturation du forfait de garde en disponibilité de l'E.P. de garde en disponibilité (codes 19058 ou 09705).

- ii) En ajoutant à la rubrique « Obstétrique », suite au code 06923, la note suivante :

« Note : Ce supplément peut également être facturé en association avec le code 06933. »

- 2. L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord** est modifiée en remplaçant son article 4.00 par le suivant:

« 4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire. Le médecin peut cependant opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XII de l'entente.

4.02 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 10 \$ par heure à compter du 1^{er} décembre 2007, de 11,75 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 13,50 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

AVIS : Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).

*Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.*

- 3. L'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès du centre hospitalier de l'Archipel (Îles-de-la-Madeleine)** est modifiée en ajoutant le paragraphe suivant :

« 4.02 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 10 \$ par heure à compter du 1^{er} décembre 2007, de 11,75 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 13,50 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

AVIS : Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).

*Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.*

4. **L'entente particulière relative à la rémunération dans ou auprès d'un CLSC** est modifiée de la façon suivante :

A) En ajoutant le paragraphe 3.05 suivant :

« **3.05** Une prime de responsabilité est versée au médecin qui, dans le cadre de la nomination à honoraires fixes ou à tarif horaire qu'il détient du CLSC, dispense des services dans un centre de détention. Cette prime est de 10 \$ par heure à compter du 1^{er} décembre 2007, de 11,75 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 13,50 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services dispensés dans le centre de détention. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

AVIS : Utiliser le code d'activité **088030** (services dispensés dans un centre de détention à partir de la nomination du médecin dans un CLSC).

*Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **088030** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.*

5. **L'entente particulière relative à la rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du centre de santé de Chibougamau** est modifiée de la façon suivante :

« **3.03** Une prime de responsabilité est payé au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 10 \$ par heure à compter du 1^{er} décembre 2007, de 11,75 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 13,50 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services dispensés dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

AVIS : Utiliser le code d'activité **002147** (services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité).

*Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles réclamées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.*

6. **L'entente particulière relative à la santé publique** est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe 3.01 par le suivant :

« **3.01** Les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

AVIS : Veuillez inscrire **obligatoirement** une des natures de service et un des emplois de temps pour composer le code d'activité à six chiffres.

- L'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX067**)
- La planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX037**)
- L'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX047**)
- Le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX032**.)

- o La participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique; (*Veillez utiliser l'emploi de temps XXX029*)
- o En situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible; (*Veillez utiliser l'emploi de temps XXX148*)
- o Les activités liées au Programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées. (*Veillez utiliser l'emploi de temps XXX025*)

AVIS : Vous pouvez également utiliser les emplois de temps suivants :

- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **XXX030** Services cliniques
- **XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **XXX088** Programme de vaccination contre le méningocoque
- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence

Ces activités professionnelles sont rattachées aux secteurs d'activités suivants :

- a) Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale; (*Veillez utiliser la nature de service 115XXX*)
- b) La participation à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques; (*Veillez utiliser la nature de service 125XXX*)
- c) Les habitudes de vie; (*Veillez utiliser la nature de service 135XXX*)
- d) Les traumatismes non intentionnels; (*Veillez utiliser la nature de service 145XXX*)
- e) Les maladies infectieuses; (*Veillez utiliser la nature de service 155XXX*)
- f) La santé environnementale. (*Veillez utiliser la nature de service 165XXX*)

AVIS : Veillez prendre note que la nature de service **005** est abolie au 30 avril 2009. À partir du 1^{er} avril 2009, vous devez utiliser les natures de service **115, 125, 135, 145, 155 et 165** selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités.

B) En ajoutant le paragraphe suivant :

« **5.09** Sur demande de l'Agence et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, un médecin peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination, rendre une partie des services visés par sa nomination dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement. La majoration applicable en vertu de l'annexe XII est alors fonction du lieu effectif de dispensation des services. »

AVIS : Veillez remplir le formulaire n° 1216 « Demande de paiement, honoraires fixes et salariat » si vous êtes un médecin à honoraires fixes ou le formulaire n° 1215 « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » si vous êtes un médecin à tarif horaire.

Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement duquel vous détenez une nomination, inscrire un « A » dans la case C.S. et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de la localité où vous exercez vos activités, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation sur votre demande de paiement.

C) En ajoutant le paragraphe suivant :

« **5.10** Les modalités de rémunération spécifiques au soutien à la première ligne sont les suivantes :

5.10.01 À compter du 1^{er} avril 2008, une prime horaire de soutien aux services de première ligne est versée. Cette prime est de 2,10 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 2,20 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009 et elle s'applique sur 70 % des heures rémunérées dans le cadre de la présente entente. Cette prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

5.10.02 À compter du 1^{er} avril 2009, un forfait de soutien à la première ligne de 20 \$ par heure est accordé aux conditions suivantes :

AVIS : Pour facturer le forfait de soutien, inscrire les données suivantes sur votre « Demande de paiement – Médecin » n° 1200 :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- la date et le code **19930** dans la case ACTES;

- le nombre d'heures de soutien à la première ligne dans la case UNITÉS;

- le lieu du service dans la case ÉTABLISSEMENTS (vous devez détenir une nomination en santé publique dans l'établissement);

- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

- i) le soutien à la première ligne est, aux fins de l'application du présent sous-paragraphe, défini comme toute forme d'interventions directes auprès des intervenants de première ligne des CSSS et des cabinets privés que ce soit sous forme de rencontres, de sessions de formation, d'information ou autres, visant notamment l'intégration des pratiques cliniques préventives;
- ii) l'intervention directe visée à laquelle s'applique le forfait de soutien à la première ligne doit être faite dans le cadre d'un des secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 3.01 ci-dessus et priorisée par le directeur régional de la santé publique ou le directeur de l'INSPQ, selon le cas;
- iii) le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, attribue, selon les critères qu'il détermine, la banque de forfaits de soutien à la première ligne allouée annuellement à chaque direction régionale de la santé publique et à l'INSPQ;
- iv) la répartition entre les médecins d'une direction de santé publique ou de l'INSPQ de la banque de forfaits de soutien à la première ligne allouée est déterminée par le directeur de la santé publique, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement ou des établissements désignés selon le paragraphe 5.02 de l'entente particulière relative à la santé publique, ou par le directeur de l'INSPQ pour cet organisme. L'annexe II à la présente entente fait état de la banque allouée à chaque direction régionale de la santé publique et à l'INSPQ. »

7. L'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré est modifiée en ajoutant au paragraphe 7.03 l'alinéa suivant :

« Dans le cas où l'accompagnement d'un patient lors d'un transfert ambulancier est susceptible d'entraîner un dépassement du nombre de forfaits alloués au service d'urgence, le médecin qui fait l'accompagnement et celui qui le remplace au service d'urgence, peuvent, sans obtenir l'autorisation du comité paritaire être rémunérés simultanément selon les dispositions de la présente entente pour une période s'échelonnant de 8 h à 24 h et cela en raison d'une considération exceptionnelle. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier. Tout dépassement du nombre de forfaits alloués au service d'urgence pour effectuer un tel transfert est, dans ce cas, réputé autorisé par le comité paritaire. »

AVIS : Pour identifier un forfait de garde sur place en lien avec un transfert ambulancier, le médecin qui effectue le transfert doit facturer le code de forfait permis, divisible selon le temps requis pour effectuer le transfert. Il doit inscrire le modificateur **381** ou son multiple sur sa demande de paiement ainsi que le NAM de la personne transférée dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

8. L'entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés auprès du Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval est modifiée en ajoutant le paragraphe suivant :

« **4.02** Une prime de responsabilité est également payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes. Cette prime est de 10 \$ par heure à compter du 1^{er} décembre 2007, de 11,75 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 13,50 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente entente. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

AVIS : Cette prime est calculée par la Régie à partir de la facturation du médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre. Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles payées dans le cadre de la présente entente au cours du trimestre visé.

18. Le protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de santé et de services sociaux est modifié de la façon suivante :

A) En ajoutant le paragraphe suivant :

« 5.07 Sur demande de l'Agence et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, un médecin peut exercer des activités prévues au paragraphe 1.02 a) à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est situé l'Agence dont il relève. »

AVIS : Veuillez remplir le formulaire n° 1216 « Demande de paiement, honoraires fixes et salariat » si vous êtes un médecin à honoraires fixes ou le formulaire n° 1215 « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » si vous êtes un médecin à tarif horaire.

Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est situé l'Agence, inscrire un « A » dans la case C.S. et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de la localité où les services sont rendus, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation sur votre demande de paiement.

B) En ajoutant le deuxième alinéa suivant au paragraphe 12.01 :

« Toutefois, pour la partie des activités effectuées en dehors du territoire de l'Agence en vertu du paragraphe 5.07, la majoration applicable en vertu de l'annexe XII est fonction du lieu effectif de dispensation des services. Ces activités sont exclues du calcul de la pratique totale au sens du paragraphe 3.1 de la section I de l'annexe XII. Elles ne sont pas retenues aux fins de l'application de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux. »

19. L'accord n° 206 est modifié en remplaçant l'article 1 par le suivant :

« 1. Reconnaître le mode de rémunération à tarif horaire pour les médecins exerçant dans certains centres de détention.

Une prime de responsabilité est également payée au médecin rémunéré selon ce mode. Cette prime est de 10 \$ par heure à compter du 1^{er} décembre 2007, de 11,75 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 13,50 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre du présent accord.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier. »

Extrait paraphé de l'Amendement n° 109**2. L'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle est modifiée de la façon suivante :**

A) En remplaçant l'alinéa 5) du paragraphe 9.00 A) par le suivant :

« 5) Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente alloue à chaque CSSS, sur la base de l'année civile, une banque annuelle d'heures selon des critères qu'il détermine. L'annexe III de la présente fait état des banques d'heures allouées. »

B) En remplaçant l'alinéa 4) du paragraphe 9.00 B) par le suivant :

« 4) Sur la base de l'année civile, le nombre de forfaits alloué par chacun des CSSS, selon le groupe auquel il appartient, est le suivant :

Groupe auquel appartient le territoire	Nombre de forfaits attribués annuellement	Nombre de forfaits supplémentaires attribués pour 12 mois à compter de la date d'entrée en fonction du 1 ^{er} coordonnateur médical d'un réseau local de services de santé et de services sociaux
Groupe 1	954	328
Groupe 2	787	269
Groupe 3	653	218
Groupe 4	536	171

AVIS : À compter de la date d'entrée en fonction du premier médecin coordonnateur et durant sa première année, selon le groupe auquel appartient son CSSS, le coordonnateur médical dispose du total des forfaits attribués annuellement et des forfaits supplémentaires permis durant cette première année. Lorsque cette première année est terminée et jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours, le coordonnateur médical a droit au prorata du nombre de forfaits prévus annuellement pour son CSSS.

Par exemple, le coordonnateur médical d'un CSSS de groupe 3 nommé le 1^{er} août 2008 a droit à 871 forfaits entre cette date et le 31 juillet 2009. À partir du 1^{er} août et jusqu'au 31 décembre 2009, il dispose de 272 forfaits soit 5/12 des 653 forfaits prévus par année civile.

À compter du 1^{er} janvier 2010 et pour les années suivantes, il disposera de 653 forfaits par année civile.

Prendre note : lorsque la date de fin de la première année d'entrée en fonction d'un coordonnateur médical intervient à l'intérieur d'un mois, le mois complet est accordé aux fins du calcul des forfaits autorisés jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.