

## Intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) et de la candidate infirmière spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF

Lettre d'entente n° 229

### Introduction

La Régie vous informe que les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de la *Lettre d'entente n° 229* relative à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF. Les parties négociantes ont également convenu d'appliquer cette lettre d'entente à la **candidate infirmière spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL)** diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS-SPL.

L'intégration d'une IPS-SPL ou d'une CIPS-SPL vise à supporter le médecin de famille et à améliorer l'accessibilité aux services en soins de première ligne. De plus, la prise en charge et le suivi d'un patient peuvent être assurés conjointement et en complémentarité par le médecin de famille et l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL.

La *Lettre d'entente n° 229* est en vigueur **depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2010**.

### Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de la *Lettre d'entente n° 229*

[Partie II](#) Annexe I de la *Lettre d'entente n° 229*

[Partie III](#) Annexe II de la *Lettre d'entente n° 229*

## Sommaire

1. Conditions d'admissibilité.....	2
2. Modalités de rémunération du médecin partenaire .....	2
2.1 Annexes XII et XII-A .....	3
2.2 Majorations en horaires défavorables .....	3
2.3 Plafonds trimestriels .....	3
2.4 Frais accessoires (paragraphe 1.1.4 du préambule général) .....	4
2.5 Rétroactivité .....	4
2.6 Facturation des forfaits liés à l'entente de partenariat (paragraphe 2.01 de la lettre d'entente).....	4
3. Applications spécifiques de certaines dispositions de l'entente particulière – Médecine de famille – Prise en charge – Suivi de la clientèle.....	4
3.1 Forfait d'inscription générale de la clientèle .....	4
3.2 Inscription du patient vulnérable ....	5
3.3 Forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle inscrite en GMF (code d'acte <b>08875</b> ).....	5
3.4 Registre de l'IPS-SPL ou de la CIPS-SPL .....	5

---

## 1. Conditions d'admissibilité

---

Afin de se prévaloir des modalités de rémunération prévues à cette lettre d'entente, le CLSC, l'UMF, le cabinet privé et, s'il y a lieu, chacun des sites d'un GMF ou d'une clinique réseau où l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL exerce, doivent être désignés par le comité paritaire et inscrits à l'annexe I de la lettre d'entente (voir la [partie II](#) de la présente infolettre).

De plus, le médecin partenaire peut se prévaloir des dispositions de cette lettre d'entente si les conditions suivantes sont respectées :

- il a conclu une entente de partenariat avec une IPS-SPL ou une CIPS-SPL;
- il a conclu une convention avec le CSSS de son territoire qui respecte les exigences apparaissant à l'annexe II de la lettre d'entente (voir la [partie III](#) de la présente infolettre);
- il a transmis son formulaire d'adhésion à la *Lettre d'entente n° 229* au comité paritaire;
- le comité paritaire a transmis le nom du médecin à la Régie comme médecin partenaire exerçant dans l'un des lieux de dispensation de services visés et qui collabore avec une IPS-SPL ou une CIPS-SPL;
- le comité paritaire a été informé du mois pendant lequel l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL a commencé à travailler dans un lieu de dispensation de services visés. Le médecin partenaire informe également le comité paritaire de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou de la CIPS-SPL, l'arrivée de l'une d'elles ou encore un départ pour une longue période.

À cette fin, les documents suivants ont été développés :

- Modèle d'entente de partenariat
- Modèle de convention CSSS – Médecin partenaire
- Formulaire – Adhésion à la LE 229
- Formulaire – Annexe à l'adhésion à la LE 229

Ils sont disponibles dans la rubrique [Partenariat entre l'infirmière praticienne spécialisée et le ou les médecins partenaires](#) du site Internet de la Régie ainsi que sur le site Internet de la FMOQ.

---

## 2. Modalités de rémunération du médecin partenaire

---

Les activités du médecin partenaire reliées à la surveillance générale des activités médicales de l'IPS-SPL ou à la supervision de la CIPS-SPL ainsi que de l'observance des normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice des activités médicales de l'IPS-SPL ou de la CIPS-SPL, incluant les discussions de cas, les rencontres d'équipes, la révision de dossiers, sont rémunérées à l'acte selon un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Le montant du forfait est de :

- **59,65 \$** en cabinet privé (code d'acte **19948**);
- **20 \$** en CLSC ou en UMF pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes dans un de ces lieux (code d'acte **19949**);
- **44,20 \$** en CLSC ou en UMF pour le médecin exclusivement rémunéré à l'acte dans un de ces lieux (code d'acte **19950**).

## FACTURATION

La Régie est maintenant prête à recevoir votre facturation.

Une banque de 42 forfaits par mois est allouée par le comité paritaire sur la base de l'intégration d'une IPS-SPL ou d'une CIPS-SPL à temps plein, soit 35 heures par semaine. Pour une entente de partenariat prévoyant un nombre d'heures moindre que 35 heures par semaine, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues sur 35 heures. Les médecins partenaires qui collaborent avec l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL, conviennent entre eux de la répartition des forfaits sur une base mensuelle. Précisons que cette banque mensuelle de forfaits ne peut être dépassée.

Le nombre de forfaits alloués par mois calendrier sera inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

En fonction de la date d'entrée en vigueur d'une entente de partenariat dans un lieu donné, le comité paritaire détermine le nombre de forfaits octroyés pour le premier mois.

Dans le cas d'un GMF ou d'une clinique réseau comportant plus d'un site, le nombre mensuel de forfaits prévus **visé l'ensemble des sites**.

Dans la mesure où le médecin partenaire n'est pas appelé à examiner les patients vus par l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL, la rémunération accessible au médecin concerne :

- le forfait visé au paragraphe 2.01 de la présente lettre d'entente;
- le forfait d'inscription générale versé pour le patient inscrit auprès du médecin de famille et actif;
- le forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle inscrite en GMF (code d'acte **08875**).

Toutefois, lorsque le médecin doit effectuer l'examen d'un patient à la demande de l'IPS-SPL ou de la CIPS-SPL, il réclame la tarification habituelle prévue pour son examen; il n'existe pas de tarification spécifique pour le patient examiné à la demande de celle-ci et **la tarification de la consultation ne s'applique pas à cette situation**.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'instruction de facturation en [partie I](#) de la présente infolettre.

### 2.1 Annexes XII et XII-A

La rémunération prévue est sujette à l'application des annexes XII et XII-A de l'entente générale.

### 2.2 Majorations en horaires défavorables

Les majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables selon l'annexe XX de l'entente générale ne s'appliquent pas sur le forfait payable selon le paragraphe 2.01 de la présente lettre d'entente.

### 2.3 Plafonds trimestriels

Les sommes versées en vertu de la présente lettre d'entente sont exclues du calcul du plafond trimestriel prévu selon le paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

## 2.4 Frais accessoires (paragraphe 1.1.4 du préambule général)

Seules les dispositions relatives aux frais accessoires prévus à l'Entente, s'appliquent aux services dispensés par l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL.

## 2.5 Rétroactivité

Pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> décembre 2009 et le 30 septembre 2010, une rétroactivité sera calculée et un montant forfaitaire sera versé aux médecins partenaires répondant aux conditions prévues par la présente lettre d'entente, et ce, selon les modalités à convenir entre les parties négociantes.

Les formulaires requis pour informer le comité paritaire en vue du calcul de la rétroactivité sont les suivants :

- Formulaire – LE 229 – Article 8
- Formulaire – LE 229 – Annexe article 8

Ils sont disponibles dans la rubrique [Partenariat entre l'infirmière praticienne spécialisée et le ou les médecins partenaires](#) du site Internet de la Régie ainsi que sur le site Internet de la FMOQ.

## 2.6 Facturation des forfaits liés à l'entente de partenariat (paragraphe 2.01 de la lettre d'entente)

La Fédération a informé la Régie que plusieurs médecins exercent présentement avec une IPS-SPL ou une CIPS-SPL et qu'il est possible que les formalités requises ne soient pas complétées (en particulier, la conclusion d'une convention entre un CSSS et le ou les médecins partenaires d'un cabinet privé, d'un CLSC ou d'une UMF). Ainsi, les médecins partenaires concernés pourront réclamer les forfaits prévus seulement lorsque le comité paritaire aura confirmé leur désignation à l'annexe I de la présente lettre d'entente ainsi que la date d'entrée en vigueur.

En regard de la facturation de forfaits rémunérant les activités décrites au paragraphe 2.01, le délai pour présenter la facturation est de 90 jours à compter de la date de désignation des médecins partenaires dans un lieu visé.

---

## 3. Applications spécifiques de certaines dispositions de l'entente particulière – Médecine de famille – Prise en charge – Suivi de la clientèle

---

### 3.1 Forfait d'inscription générale de la clientèle

Aux fins des conditions d'application du forfait d'inscription générale, l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL peut, avec le consentement du médecin de famille partenaire, procéder à l'inscription générale d'un patient au nom de ce médecin lors d'un examen ou d'une thérapie qu'elle a réalisé. Le patient est inscrit au nom du médecin partenaire et le forfait lui est versé annuellement selon les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. **L'IPS-SPL ou la CIPS-SPL ne peut toutefois inscrire un patient présentant une condition de vulnérabilité.**

Malgré les dispositions du paragraphe 4.05 de l'entente particulière, le patient est considéré actif lorsqu'un examen ou une thérapie est effectué **par son médecin ou par l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL** à compter de la date de début de l'entente de partenariat entre celle-ci et le médecin partenaire. Le caractère actif du patient sera ainsi déterminé pour l'année d'application en cours ainsi que pour les deux années civiles suivantes.

### 3.2 Inscription du patient vulnérable

L'inscription d'un patient présentant une condition de vulnérabilité au sens du paragraphe 6.01 B) de l'entente particulière concernée, peut être faite **uniquement** lors d'un examen ou d'une thérapie du patient effectué par le médecin partenaire.

### 3.3 Forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle inscrite en GMF (code d'acte 08875)

La visite du patient inscrit en GMF effectuée auprès de l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL peut remplacer celle faite auprès du médecin partenaire malgré les conditions de l'article 1 de l'annexe V de l'*Entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF)*. Pour recevoir le paiement forfaitaire associé, le médecin partenaire doit réclamer ce code d'acte de la façon habituelle à la date de l'examen effectué par l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL. Il est alors dispensé de l'obligation de réclamer un examen ou une thérapie sur la même demande de paiement.

### 3.4 Registre de l'IPS-SPL ou de la CIPS-SPL

La *Lettre d'entente n° 229* prévoit que l'IPS-SPL et la CIPS-SPL doivent tenir un registre de leurs rencontres avec **chacun des patients vus** peu importe qu'ils soient inscrits ou non auprès des médecins partenaires.

À cette fin, la Régie développera un registre avec accès par le biais des services en ligne au cours des prochains mois. Dans l'intervalle, l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL doit consigner et conserver pour la transmission ultérieure à la Régie les informations suivantes, lors de chaque rencontre : son numéro de pratique, le numéro du lieu de consultation où elle exerce et a vu le patient, le nom du patient, son numéro d'assurance maladie ainsi que la date de la rencontre. Il est à noter que le médecin partenaire bénéficiera d'un accès au Registre pour les patients inscrits dont il est le médecin de famille et vus par l'IPS-SPL ou la CIPS-SPL. De plus, il devra s'assurer de la transmission trimestrielle de ce registre à la Régie.

L'implantation du Registre et les modalités d'utilisation feront l'objet d'une autre infolettre.

## Texte paraphé de la *Lettre d'entente n° 229*

**Ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF.**

**CONSIDÉRANT** que l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, un CLSC ou une UMF se fait dans le cadre d'une entente de partenariat convenue entre l'IPS-SPL et le ou les médecins du cabinet privé, du CLSC ou de l'UMF;

**CONSIDÉRANT** qu'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), après consultation auprès du chef du département régional de médecine générale (DRMG), peut offrir à un cabinet privé de son territoire les services professionnels d'une IPS-SPL et qu'une convention entre le ou les médecins partenaires et le CSSS est conclue à cet effet;

**CONSIDÉRANT** que l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, un CLSC ou une UMF vise à supporter le médecin de famille et à améliorer l'accessibilité aux services en soins de première ligne;

**CONSIDÉRANT** que la prise en charge et le suivi d'un patient peuvent être assurés conjointement et en complémentarité par le médecin de famille du cabinet privé, du CLSC ou de l'UMF et par l'IPS-SPL;

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

### 1.00 Conditions d'admissibilité

- 1.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il a convenu d'une entente de partenariat avec une IPS-SPL.  
Le CLSC, l'UMF, le cabinet privé et pour un GMF et pour une clinique-réseau, s'il y a lieu, chacun des sites où l'IPS-SPL exerce, doivent être désignés par le comité paritaire et inscrits à l'annexe I de la présente lettre d'entente.
- 1.02 Le médecin partenaire d'un cabinet privé qui désire se prévaloir de la présente lettre d'entente doit conclure une convention avec le CSSS de son territoire qui répond aux exigences apparaissant à l'annexe II des présentes.
- 1.03 Le médecin partenaire qui peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente est celui dont le nom a été transmis par le comité paritaire à la Régie comme médecin partenaire exerçant sa profession dans l'un des lieux de dispensation de services énumérés au paragraphe 1.01 et qui collabore avec une IPS-SPL.
- 1.04 Le médecin partenaire d'une IPS-SPL informe le comité paritaire du mois pendant lequel l'IPS-SPL commence à travailler dans un des lieux de dispensation de services visés par la présente. Il l'informe également de toute modification importante à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, l'arrivée d'une autre IPS-SPL ou encore le départ, pour une longue période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.

De même, le CSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification à la convention prévue à l'annexe II concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, son départ ou absence pour une longue période ou encore le non renouvellement de la convention.

## 2.00 Modalités de rémunération du médecin partenaire

2.01 Les activités du médecin partenaire reliées à la surveillance générale des activités médicales de l'IPS-SPL ou de l'observance des normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice des activités médicales de l'IPS-SPL, incluant les discussions de cas, les rencontres d'équipes, la révision de dossiers, sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :

- a) Le montant du forfait est de 59,65 \$ lorsque le médecin exerce au sein d'un cabinet privé. Il est de 20 \$ lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans une UMF et qu'il est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

Toutefois, le montant du forfait est de 44,20 \$ lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans une UMF et qu'il est rémunéré exclusivement selon le mode de l'acte.

**AVIS** : *Veillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- *le code **XXXX01010112** dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le nombre de forfaits hebdomadaires dans la section UNITÉS;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES.*

***Selon le lieu, veuillez utiliser :***

- *le code **19948** au tarif de **59,65 \$** pour la facturation en cabinet (**54XXX, 55XXX ou 57XXX**);*
- *le code **19949** au tarif de **20 \$** pour la facturation en CLSC ou en UMF (**9XXX2, 8XXX5 ou 4XXX1**) d'un médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes;*
- *le code **19950** au tarif de **44,20 \$** pour la facturation en CLSC ou en UMF (**9XXX2, 8XXX5 ou 4XXX1**) d'un médecin exclusivement rémunéré à l'acte*

***Dans un CLSC du réseau de garde intégré, le forfait à l'acte ne peut être utilisé que si le médecin détient une nomination à l'acte pour l'ensemble de ses activités au sein du CLSC, soit à l'extérieur du service d'urgence;***

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

- b) La banque de forfaits est de quarante-deux (42) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une IPS-SPL à temps plein. Dans le cas où l'entente de partenariat prévoit un nombre d'heures moindre que trente-cinq (35) heures par semaine, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues sur trente-cinq (35) heures.
- c) La banque de forfaits peut être répartie entre les médecins partenaires qui collaborent avec l'IPS-SPL. Elle ne peut être dépassée sur une base mensuelle.
- d) Sur la base des critères apparaissant au sous-paragraphe b), le comité paritaire alloue le nombre de forfaits au cabinet privé, au CLSC ou à l'UMF. L'inscription de ces lieux de dispensation de services à l'annexe I de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués. Dans le cas d'un GMF ou d'une clinique-réseau comportant plus d'un (1) site, le nombre de forfaits prévus s'applique pour l'ensemble des sites.

Le comité paritaire peut rajuster le nombre de forfaits alloués pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou encore son départ ou absence pour une longue période.

- 2.02 La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des annexes XII et XII-A de l'entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

### **3.00 Applications spécifiques de certaines dispositions de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle**

- 3.01 Aux fins des conditions d'application du forfait d'inscription prévues aux paragraphes 3.01 B), second alinéa, et 4.01 de l'entente particulière de prise en charge et de suivi, l'examen ou la thérapie du patient par l'IPS-SPL peut remplacer l'examen ou la thérapie fait par le médecin partenaire. Le patient est inscrit au nom du médecin partenaire et le forfait lui est versé selon les dispositions de l'entente particulière.

L'identification du patient inscrit comme patient vulnérable au sens du paragraphe 6.01 B) de l'entente particulière ne peut être faite que lors d'un examen ou d'une thérapie par le médecin partenaire.

- 3.02 Aux fins de l'application des conditions de versement du forfait d'inscription, malgré les dispositions apparaissant au paragraphe 4.05 de l'entente particulière de prise en charge et de suivi, est considéré comme actif le patient pour lequel un examen ou une thérapie est effectué par son médecin ou par l'IPS-SPL au cours des trente-six (36) derniers mois précédant le 1<sup>er</sup> janvier suivant l'année d'application en cause.

- 3.03 Aux fins des conditions d'application du forfait de prise en charge et de suivi de l'annexe V de l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF), malgré les conditions apparaissant à l'article 1, la visite du patient inscrit effectuée auprès de l'IPS-SPL peut remplacer celle faite auprès du médecin partenaire.

- 3.04 L'IPS-SPL doit tenir un registre de ses rencontres avec chacun des patients. Ce registre doit préciser le numéro de pratique de l'IPS-SPL, le nom du patient, son numéro d'assurance maladie ainsi que la date de la rencontre. Le médecin partenaire bénéficie d'un accès à un tel registre.

Pour permettre la validation du caractère actif d'un patient, le médecin partenaire s'assure de la transmission trimestrielle des données du registre à la Régie. Le médecin doit également s'assurer qu'au plus tard, quatre-vingt-dix (90) jours après le 31 décembre de l'année d'application, tous les renseignements prévus par la présente disposition ont été transmis à la Régie.

### **4.00 Soutien financier alloué par un CSSS pour la pratique d'une IPS-SPL dans un cabinet privé**

- 4.01 Le CSSS ayant conclu une convention prévue à l'annexe II avec un ou des médecins partenaires du cabinet privé alloue au cabinet privé une allocation mensuelle pour compenser les frais d'opération récurrents découlant de la pratique de l'IPS-SPL.
- 4.02 Pour chaque IPS-SPL exerçant ses activités à temps plein (35 heures) dans un cabinet privé, selon l'entente de partenariat, le CSSS concerné verse, mensuellement, une allocation de 2 500 \$ pour couvrir l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien Internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique.
- 4.03 L'allocation mensuelle accordée en vertu du paragraphe 4.02 est versée au cabinet privé à l'attention du médecin identifié par celui-ci.

- 4.04 Le comité paritaire prévu par la présente lettre d'entente peut ajuster l'allocation mensuelle prévue au paragraphe 4.02 ci-dessus pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou concernant son départ ou encore son absence pour une longue période. Le comité paritaire en informe le CSSS concerné.

## 5.00 Dispositions générales

- 5.01 Les sommes versées en vertu de la présente lettre d'entente sont sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.
- 5.02 Les dispositions du paragraphe 1.1.4 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale relative aux frais accessoires s'appliquent aux services dispensés par l'IPS-SPL.

## 6.00 Garantie de rémunération

- 6.01 Les dispositions relatives à la garantie du maintien du niveau de la rémunération ne s'appliquent qu'au médecin partenaire qui exerce dans un cabinet privé visé à l'annexe I de la présente lettre d'entente.
- 6.02 Pendant les deux (2) premières années de l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, le niveau de la rémunération du médecin partenaire y exerçant est maintenu (rémunération versée en vertu des articles 2.00 et 4.00 ci-dessus étant exclue du calcul), et ce, comparativement au niveau de la rémunération découlant de la pratique clinique antérieure de ce médecin dans ce cabinet. L'octroi de ce bénéfice est conditionnel au maintien de la charge de travail clinique que ce médecin y assume. Cette garantie est établie par référence à la moyenne de la rémunération qui a été constatée, dans ce cabinet, pendant les deux (2) années qui ont précédé la date de l'intégration de l'IPS-SPL.

Si, dans une période annuelle d'application donnée, une baisse du niveau de la rémunération des activités cliniques du médecin partenaire est constatée malgré le maintien de sa charge de travail clinique, le cas de celui-ci est référé, par la Fédération, au comité paritaire. Après avoir donné au médecin l'occasion de se faire entendre, le comité paritaire transmet aux parties ses recommandations et, s'il y a lieu, propose à celles-ci les modalités de compensation appropriées.

Dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont dévolus, le comité paritaire tient compte de tout facteur qu'il juge pertinent, parmi lesquels les besoins à satisfaire, la population à desservir et l'offre de services du cabinet privé en regard notamment du profil de pratique, passé et présent, du médecin partenaire.

Le médecin partenaire qui se prévaut des dispositions du présent paragraphe consent, par écrit, à ce que les données sur sa rémunération soient transmises au comité paritaire.

## 7.00 Financement

- 7.01 Les coûts découlant des articles 2.00 et 3.00 de la présente lettre d'entente sont financés par les sommes allouées dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.
- 7.02 Les coûts de l'allocation mensuelle pour le soutien financier découlant de l'article 4.00 de la présente lettre d'entente sont financés hors l'enveloppe budgétaire prévue pour rémunérer les médecins dans le cadre du régime d'assurance maladie institué en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

## 8.00 Rétroactivité

- 8.01 Pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> décembre 2009 et le 30 septembre 2010, une rétroactivité découlant des dispositions de la présente lettre d'entente sera versée aux médecins partenaires répondant aux conditions prévues par la présente lettre d'entente, selon les modalités à convenir entre les parties.

## 9.00 Mise en vigueur

- 9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_ ,  
ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2010.

\_\_\_\_\_  
**YVES BOLDUC**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

\_\_\_\_\_  
**LOUIS GODIN, m.d.**  
Président  
Fédération des médecins  
omnipraticiens du Québec

## Annexe I de la *Lettre d'entente n° 229*

Liste des lieux désignés aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n° 229* ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF

**AVIS** : *Veillez noter que les cabinets et les établissements désignés dans l'annexe I de la présente lettre d'entente sont disponibles dans notre site Internet à l'adresse suivante :*

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/manuel/epcontinue.shtml>

## Annexe II de la *Lettre d'entente n° 229*

À des fins de rémunération et d'adhésion à la *Lettre d'entente n° 229*, contenu d'un dispositif contractuel à la suite de l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF.

### 1. Contenu général de la convention entre un CSSS et un ou des médecins partenaires d'un cabinet privé, d'un CLSC ou d'une UMF.

Cette convention doit, en termes de contenu général, obligatoirement comprendre des stipulations portant sur les questions suivantes :

- Reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin ou des médecins partenaires ayant conclu une entente de partenariat avec une IPS-SPL;
- Obligation de conclure une entente de partenariat (\*) entre l'IPS-SPL et le ou les médecins partenaires;
- Processus de médiation en cas de différend;
- Mécanisme de résiliation;
- Engagement de l'IPS-SPL de respecter les dispositions qui la concernent dans la convention;
- Durée de la convention.

### 2. Contenu additionnel à la convention entre un CSSS et un ou des médecins partenaires d'un cabinet privé.

- Reconnaissance de l'autonomie juridique du cabinet privé;
- Obligation du médecin de participer à la détermination des critères de sélection et au processus de sélection de l'IPS-SPL;
- Obligation du CSSS de verser une allocation mensuelle de 2 500 \$ pour chaque IPS-SPL exerçant à temps plein dans un cabinet privé. Cette allocation mensuelle couvre l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien Internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique (\*\*). Cette allocation mensuelle est versée au cabinet privé à l'attention du médecin identifié par celui-ci;
- Au moment de l'intégration de l'IPS-SPL dans un cabinet privé, obligation du CSSS de fournir l'ameublement, le poste informatique et les fournitures médicales durables destinés aux activités professionnelles de l'IPS-SPL au sein du cabinet privé.

Le CSSS conserve la propriété des équipements. Il est entendu que les équipements fournis par le CSSS sont destinés à l'utilisation de l'IPS-SPL. Ils sont fournis, une seule fois en tout, peu importe le nombre de renouvellement de l'entente de partenariat entre un ou des médecins et une IPS-SPL et peu importe le nombre de sites exploités par le cabinet privé. Le même équipement est utilisé lorsqu'une IPS-SPL est remplacée par une autre IPS-SPL. Il est entendu que le CSSS procède au remplacement des équipements lorsque les besoins le justifient.

Malgré ce qui précède, si le cabinet privé possède déjà la totalité ou une partie des équipements nécessaires à l'intégration de l'IPS-SPL, le CSSS et le cabinet privé pourront convenir d'un dédommagement, selon les modalités à définir entre eux.

---

\* L'entente de partenariat doit prévoir obligatoirement un droit de regard du médecin sur toute inscription de clientèle effectuée par l'IPS-SPL.

\*\*Il est toutefois entendu que le comité paritaire prévu à la *Lettre d'entente n° 229* ayant trait à l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé peut ajuster la somme de 2 500 \$ allouée mensuellement uniquement pour tenir compte de toute modification de l'entente de partenariat ou à la convention entre le CSSS et le ou les médecins partenaires concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou concernant son départ ou son absence pour une longue période. Le comité paritaire en informe le CSSS concerné.