

Amendement n° 122, Entente particulière relative aux activités médicales particulières et Lettre d'entente n° 245

Introduction

La Régie vous présente les modifications apportées à votre entente dans le cadre de l'*Amendement n° 122* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Cet amendement comprend notamment :

- la modification à l'attribution des nominations à honoraires fixes;
- l'introduction, au préambule général, de l'intervention clinique et de la psychothérapie;
- l'ajout d'un supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète;
- la refonte de l'*Entente particulière relative aux activités médicales particulières*;
- plusieurs changements à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*;
- l'abolition de la *Lettre d'entente n° 195*.

Ces dispositions prennent effet à différentes dates indiquées dans la présente infolettre.

De plus, pour faire suite à l'abolition de la *Lettre d'entente n° 195*, les parties négociantes ont convenu de la *Lettre d'entente n° 245* concernant la prise en charge et le suivi de **tout patient sans médecin de famille** sur référence du guichet du CSSS.

Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 122*

[Partie II](#) Texte paraphé de l'*Entente particulière relative aux activités médicales particulières*

[Partie III](#) Texte paraphé de la *Lettre d'entente n° 245*

Sommaire

- A) Principales dispositions 3
 - 1. Modification à l'attribution des nominations à honoraires fixes 3
 - 2. Intervention clinique incluant l'examen ou la consultation 3
 - 3. Psychothérapie 4
 - 4. Communication avec un patient adulte ou un parent d'un patient enfant à l'aide d'un interprète. 5
 - 5. Examen d'évaluation médicale (code d'acte 09100) 6
 - 6. Ententes particulières..... 6
 - 7. Lettres d'entente..... 13
- B) Changements administratifs 15
 - 1. Onglet – Rédaction de la demande de paiement..... 15
 - 2. Onglet *Messages explicatifs*.. 16
 - 3. Changements apportés à certaines ententes particulières 16

Table des matières détaillée

A) Principales dispositions.....	3
1. Modification à l'attribution des nominations à honoraires fixes	3
2. Intervention clinique incluant l'examen ou la consultation.....	3
2.1 Règle 2.2.6 B du préambule général	3
2.2 Onglet B – Consultation et examen	4
3. Psychothérapie.....	4
3.1 Règle 2.3 du préambule général	4
3.2 Onglet B – Consultation et examen	5
4. Communication avec un patient adulte ou un parent d'un patient enfant à l'aide d'un interprète	5
4.1 Règle 2.4.7.9 du préambule général	5
4.2 Onglet B – Consultation et examen	6
5. Examen d'évaluation médicale (code d'acte 09100).....	6
6. Ententes particulières	6
6.1 Entente particulière – Anesthésie	6
6.2 Entente particulière – Activités médicales particulières (AMP)	7
6.3 Entente particulière – Groupe de médecine de famille (GMF)	8
6.4 Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle	8
6.4.1 Rétablissement d'une inscription (paragraphe 4.07)	8
6.4.2 Conservation du formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (paragraphe 4.11)	9
6.4.3 Catégories de problèmes de santé de la clientèle vulnérable (paragraphe 5.01)	9
6.4.4 Forfait annuel de prise en charge (paragraphe 6.01 A)	11
6.4.5 Examen de prise en charge de grossesse (paragraphe 7.01 B)	11
6.4.6 Supplément pour prise en charge temporaire (paragraphe 7.03)	11
6.4.7 Retraite d'un médecin de famille (paragraphe 12.03)	12
6.4.8 Compensation pour les frais de cabinet	12
7. Lettres d'entente	13
7.1 Abolition de la <i>Lettre d'entente n° 195</i>	13
7.2 <i>Lettre d'entente n° 245</i>	14
B) Changements administratifs.....	15
1. Onglet – Rédaction de la demande de paiement	15
1.1 Facturation des traitements collectifs	15
1.2 Cinq nouveaux modificateurs multiples.....	16
2. Onglet <i>Messages explicatifs</i>	16
3. Changements apportés à certaines ententes particulières	16
3.1 Entente particulière – Groupe de médecine de famille (GMF)	16
3.2 Entente particulière – Garde sur place – Certains établissements	17
3.3 Entente particulière – Unité de décision clinique	17

A) PRINCIPALES DISPOSITIONS

1. Modification à l'attribution des nominations à honoraires fixes

◆ BROCHURE N° 1 → PARAGRAPHERS 12.01 ET 17.01

Depuis le 1^{er} octobre 2011, seuls les médecins omnipraticiens qui remplissent simultanément les deux conditions ci-dessous peuvent continuer de se prévaloir du mode de rémunération à honoraires fixes.

1. Avoir déjà été rémunéré à honoraires fixes, peu importe la date;
- et
2. Avoir détenu un avis de service actif à honoraires fixes durant la période ou une partie de la période comprise entre le 1^{er} octobre 2010 et le 30 septembre 2011.

Tout médecin détenteur d'une nomination à honoraires fixes valide dont la période chevauche la date du 1^{er} octobre 2011 conserve ses droits à honoraires fixes.

Ainsi, un médecin qui a été rémunéré à honoraires fixes pour la dernière fois le 1^{er} décembre 2009 et qui s'est absenté (invalidité, maternité, paternité, congé sans solde, etc.) répond aux exigences énoncées et, de ce fait, conserve ses droits acquis pour ce mode de rémunération.

Toutefois, le médecin qui met fin à sa nomination à honoraires fixes après le 1^{er} octobre 2011 ne peut s'en prévaloir de nouveau, à moins d'informer la Régie, dans les trois mois suivant la date de son départ, de son intention de reprendre ses activités professionnelles en établissement à honoraires fixes dans les 12 mois suivant la date de son départ.

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} octobre 2011**.

2. Intervention clinique incluant l'examen ou la consultation

◆ MÉDECINS RÉMUNÉRÉS À L'ACTE SEULEMENT

2.1 Règle 2.2.6 B du préambule général

L'intervention clinique incluant l'examen ou la consultation est introduite.

Pour donner droit à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance doit être **d'au moins 25 minutes**. À compter de 30 minutes, une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes peuvent être facturées. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. Celle-ci ne dépasse généralement pas 90 minutes.

Cet acte inclut, à la même séance et pour le même patient, l'examen, la consultation, les activités cliniques préventives, la psychothérapie ou tout autre acte sauf le plateau de chirurgie (règle 2.4.7.7 du préambule général) si l'intervention clinique est réclamée en cabinet. L'intervention clinique est permise en cabinet, à domicile et en établissement.

Ce service est sujet aux majorations prévues aux annexes XII, XII-A et XX.

Si le médecin qui exerce en cabinet doit se déplacer à domicile, un supplément (code d'acte **08861**) de **27,40 \$** par période de 15 minutes est payable pour son déplacement au-delà des huit premiers kilomètres des limites de la ville ou du village où il exerce. Un maximum de six périodes est permis pour l'aller-retour.

Cette disposition entre en vigueur **à compter du 15 janvier 2012**.

2.2 Onglet B – Consultation et examen

Les cinq codes d'acte suivants remplacent la rubrique *Thérapie de soutien* :

1) Intervention clinique incluant l'examen ou la consultation

Intervention clinique

première période de trente (30) minutes

08857 cabinet, domicile 54,75 \$

08858 établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C)..... 45,60 \$

période de quinze (15) minutes supplémentaires

08859 cabinet, domicile 27,40 \$

08860 établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C)..... 22,80 \$

supplément en cabinet, déplacement à domicile de huit (8)

kilomètres ou plus, par quinze (15) minutes, max. de six (6)

périodes pour l'aller-retour

08861 par période 27,40 \$

Cette disposition entre en vigueur **à compter du 15 janvier 2012**.

3. Psychothérapie

3.1 Règle 2.3 du préambule général

À compter du 1^{er} février 2012, pour réclamer un service de psychothérapie, le médecin doit respecter les quatre règles prévues pour que le service soit conforme :

- établir un processus interactionnel structuré avec le client;
- procéder à une évaluation initiale rigoureuse;
- appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;
- s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

La durée minimale de la psychothérapie est de 25 minutes. À compter de 30 minutes, une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes peuvent être facturées. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. Celle-ci ne dépasse généralement pas 90 minutes.

La psychothérapie est permise en cabinet ou en établissement et elle est individuelle ou collective (plus d'une personne). Ce service inclut à la même séance, l'examen, la consultation, les activités cliniques préventives, l'intervention clinique ou tout autre acte.

Ce service est sujet aux majorations prévues aux annexes XII, XII-A et XX.

Cette disposition entre en vigueur à compter du 1^{er} février 2012.

3.2 Onglet B – Consultation et examen

Les quatre codes d'acte suivants remplacent la rubrique *Thérapie de soutien* :

2) Psychothérapie

Psychothérapie (individuelle)

première période de trente (30) minutes

08862 cabinet 54,75 \$

établissement 45,60 \$

période de quinze (15) minutes supplémentaires

08863 cabinet 27,40 \$

établissement 22,80 \$

Psychothérapie (collective)

première période de trente (30) minutes

08864 cabinet 54,75 \$

établissement 45,60 \$

période de quinze (15) minutes supplémentaires

08865 cabinet 27,40 \$

établissement 22,80 \$

Cette disposition entre en vigueur à compter du 1^{er} février 2012.

Les codes d'acte **08900, 08910, 08911, 08912, 08929, 08934, 08938, 08939, 08949, 08950, 08951** et **08952** sont abolis au 31 janvier 2012.

De plus, la rubrique *Thérapie psychiatrique particulière* ainsi que les trois codes d'acte **08916, 08917** et **08965** s'y rattachant sont abolis au 31 janvier 2012.

4. Communication avec un patient adulte ou un parent d'un patient enfant à l'aide d'un interprète

4.1 Règle 2.4.7.9 du préambule général

Lorsque la communication entre le patient et le médecin ne peut se faire en français ou en anglais et que celle-ci exige l'intervention d'un interprète, le médecin a droit à un supplément (code d'acte **15188**) de **25 \$**. Ce supplément peut être réclamé en regard d'un service rendu en cabinet, à domicile ou en établissement (pour un patient inscrit et non admis).

Cette disposition entre en vigueur le 15 janvier 2012.

4.2 Onglet B – Consultation et examen

Ce supplément est ajouté au début de l'onglet au-dessus de la rubrique *Consultation (patients de moins de 70 ans)*. L'acte et le tarif sont les suivants :

15188 supplément pour la communication par
 l'intermédiaire d'un interprète, cabinet, domicile,
 établissement pour un patient inscrit..... 25,00 \$

Note : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique.

Cette disposition entre en vigueur le 15 janvier 2012.

5. Examen d'évaluation médicale (code d'acte 09100)

◆ MANUEL DE FACTURATION → ONGLET B – CONSULTATION ET EXAMEN

Le libellé et le tarif du code d'acte **09100** sont modifiés comme suit :

« Examen d'évaluation médicale

09100 examen d'évaluation médicale d'un patient en perte
 d'autonomie en vue d'allocation de ressources
 et en vue de la rédaction du
 formulaire approprié 150,00 \$ »

Veuillez noter que pour la période du 1^{er} au 31 janvier 2012, le tarif est de 115,60 \$ (*Amendement n^o 121*).
À compter du 1^{er} février 2012, le tarif est augmenté à 150 \$ (*Amendement n^o 122*).

Cette disposition entre en vigueur à compter du 1^{er} février 2012.

6. Ententes particulières

6.1 Entente particulière – Anesthésie

◆ Brochure n^o 1 → E.P. n^o 10, annexe II

Le premier alinéa de l'annexe II de l'entente particulière est modifié comme suit afin de tenir compte de l'abolition des codes de thérapie psychiatrique :

%	Services médicaux visés
30	Tous les services médicaux, à l'exception des examens et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), l'intervention clinique incluant l'examen ou la consultation, les transferts ambulanciers : codes 09087 et 09246

Cette modification entre en vigueur à compter du 1^{er} février 2012 et sera introduite dans un prochain amendement.

6.2 Entente particulière – Activités médicales particulières (AMP)

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 16

Depuis le 1^{er} octobre 2011, une nouvelle catégorie d'activités médicales particulières (AMP) a été créée. Il s'agit de la prise en charge et du suivi de clientèles vulnérables à domicile, en cabinet privé ou en établissement (CLSC et UMF), obligatoirement jumelés, jusqu'à la moitié des exigences de base, à l'une ou l'autre des activités suivantes :

- les services médicaux dispensés dans les services d'urgence des établissements désignés;
- les services médicaux dispensés auprès des malades admis en soins de courte durée dans un centre hospitalier;
- les services médicaux, nécessitant une garde en disponibilité, dispensés dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un CLSC;
- les services médicaux d'obstétrique dispensés dans le service d'obstétrique d'un établissement.

Depuis cette dernière date, la liste des AMP admissibles se présente donc maintenant en trois blocs, chacun étant classé selon son degré de priorité :

1^{er} bloc :

- l'urgence

2^e bloc :

- l'hospitalisation;
- le CHSLD, le CR ou le programme de soutien à domicile d'un CLSC, tous trois avec garde en disponibilité;
- l'obstétrique;
- la prise en charge et le suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en UMF jumelés à l'une des activités du 1^{er} ou du 2^e bloc.

3^e bloc :

- la prise en charge et le suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en UMF;
- toute autre activité autorisée par le ministre.

Par ailleurs, l'annexe II de l'entente particulière (Guide d'évaluation du volume d'activités) a été modifiée. Désormais, le calcul de l'équivalence permettant de respecter l'exigence de base de 12 heures/semaine ne sera plus fondé, pour la prise en charge et le suivi de la clientèle, sur un nombre de patients inscrits. Le DRMG fondera plutôt son évaluation sur des critères d'analyse tenant compte des clientèles prioritaires au sens du paragraphe 4.1 de l'entente particulière, des caractéristiques socio-économiques du territoire ainsi que de certaines variables applicables au profil de pratique du médecin.

Vous noterez aussi que les parties ont convenu qu'un congé de paternité d'une durée maximale de cinq semaines sera pris en considération dans le calcul des années de pratique aux fins de l'application de cette entente particulière de même que l'invalidité partielle.

Au profil de pratique d'un médecin sera ajouté le nombre de patients inscrits auprès d'un médecin ainsi que le nombre de patients vulnérables.

Pour plus de détails sur l'entente particulière et les instructions de facturation, veuillez vous référer au texte officiel en [partie II](#) de la présente infolettre.

Cette entente particulière est en vigueur **depuis le 1^{er} octobre 2011**.

6.3 Entente particulière – Groupe de médecine de famille (GMF)

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 33

Le second paragraphe de la section I de l'annexe V de l'entente particulière est retiré. Le supplément pour la prise en charge temporaire de la patiente enceinte référée par son médecin de famille (code **19074**) est transféré à la fin du premier alinéa du nouveau paragraphe 7.03 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Pour plus de détails, veuillez vous référer au point 6.4.6 de la présente infolettre.

Cette disposition entre en vigueur **à compter du 1^{er} janvier 2012**.

6.4 Entente particulière – Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 40

RAPPEL

Professionnels à honoraires fixes ou à tarif horaire hors GMF : Utilisation du registre des consultations

Dans le cadre de l'[Infolettre n° 110](#), nous vous informions que l'enregistrement de vos examens ou consultations serait obligatoire pour bénéficier des forfaits annuels d'inscription générale à compter du 1^{er} janvier 2013. Les médecins **qui voudront d'ici-là** utiliser l'application *Gestion des consultations* pour identifier les patients rencontrés peuvent le faire dès maintenant. En débutant dès maintenant, vous vous assurez qu'un patient vu en :

- 2011 sera actif pour le versement fait en 2014 (année d'application 2013);
- 2012 sera actif pour les versements faits en 2014 et 2015 (années d'application 2013 et 2014).

Si les examens ou consultations pour ces patients ne sont pas indiqués dans le registre, la Régie ne pourra valider le caractère actif du patient aux fins du versement du forfait d'inscription au-delà de l'année d'application 2012.

6.4.1 Rétablissement d'une inscription (paragraphe 4.07)

Au paragraphe 4.07, il est précisé que le médecin qui inscrit un patient déjà inscrit auprès d'un autre médecin de famille donne son consentement à ce que son nom comme médecin de famille de ce patient ainsi que le lieu d'inscription, soient transmis au premier médecin qui a, préalablement, inscrit ce patient.

Pour rétablir l'inscription de son patient, le médecin de famille dispose dorénavant **de six mois** à compter de la date du rapport transmis par la Régie l'informant du changement de médecin de famille. Auparavant, le médecin avait 12 mois pour le faire.

Une mesure transitoire est instaurée pour permettre au premier médecin de famille qui a été informé du changement de médecin de famille d'un de ses patients durant la période du 1^{er} juillet au

31 décembre 2011. Le médecin a donc jusqu'au 30 juin 2012 pour rétablir l'inscription du patient auprès de lui-même. Il doit remplir, faire signer le patient, signer et transmettre à la Régie le formulaire *Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille n° 4055*. Il n'est plus nécessaire, lors d'un rétablissement d'inscription, de transmettre systématiquement une copie du formulaire d'inscription signé par le patient lors de son inscription initiale auprès du médecin de famille. Toutefois, la Régie pourra en faire la demande lorsque requis.

Le dernier alinéa du paragraphe 4.07 est retiré et de ce fait, à compter du 1^{er} janvier 2012, le second médecin ne peut plus contester le rétablissement de l'inscription d'un patient auprès de son premier médecin de famille.

Cette disposition entre en vigueur **le 1^{er} janvier 2012**.

6.4.2 Conservation du formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (paragraphe 4.11)

Le paragraphe 4.11 est ajouté pour préciser que la Régie peut demander au médecin de fournir une copie du formulaire d'inscription signé par le patient et lui-même. Le formulaire doit être conservé par le médecin dans le dossier médical du patient.

Cette disposition entre en vigueur **le 1^{er} janvier 2012**.

6.4.3 Catégories de problèmes de santé de la clientèle vulnérable (paragraphe 5.01)

À compter du 1^{er} janvier 2012, **cinq nouvelles catégories** de problèmes de santé sont ajoutées :

- M) Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les patients âgés de moins de 70 ans.
- N) Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension.
- O) Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin.
- P) Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel.
- Q) Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.

De plus, trois catégories sont modifiées comme suit :

- C) Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3).
- G) VIH/SIDA, hépatite C.
- J) Insuffisance rénale chronique avec clairance de la créatinine inférieure à 50 ml par minute, insuffisance hépatique.

Le tableau sous le paragraphe 5.02 est modifié comme suit :

<i>Code d'acte</i>	<i>Code de catégorie de problème de santé</i>	<i>Catégories de problème de santé ou d'âge correspondant à la condition de vulnérabilité</i>
99500	01	<i>Problèmes de santé mentale (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie).</i>
99501	02	<i>Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient présentant un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.</i>
99502	03	<i>Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3).</i>
99503	04	<i>Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.</i>
99504	05	<i>Diabète excluant le diabète de grossesse.</i>
99505	06	<i>Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone.</i>
99506	07	<i>VIH/SIDA, hépatite C.</i>
99507	08	<i>Maladies dégénératives du système nerveux central.</i>
99510	09	<i>Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite, rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodémie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn.</i>
99511	10	<i>Troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode.</i>
99512	11	<i>Troubles dépressifs majeurs récidivants.</i>
99513	12	<i>Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatine inférieure à 50 ml par minute, insuffisance hépatique.</i>
99514	13	<i>Maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anticoagulothérapie à vie et suivi par RIN.</i>
99515	14	<i>Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et suivi par RIN.</i>
99516	15	<i>Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les patients âgés de moins de 70 ans.</i>
99517	16	<i>Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension.</i>
99518	17	<i>Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin.</i>
99519	18	<i>Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel.</i>
99520	19	<i>Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.</i>
99509		<i>Personne de 70 ans ou plus qui ne présente aucun des états pathologiques précédents. À noter : Pour cette condition, la Régie calculera l'âge de la personne assurée avec son NAM et l'inscrira dans le groupe de vulnérabilité approprié (II ou IV).</i>

Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

6.4.4 Forfait annuel de prise en charge (paragraphe 6.01 A)

Le paragraphe 6.01 A) est modifié pour ajouter des pourcentages applicables au forfait de prise en charge pour les patients ayant les catégories de problème de santé A, M ou N.

Tableau 1 – Pourcentage applicable au forfait annuel de prise en charge pour les catégories A), M) ou N)

Alinéa	Clientèle vulnérable	Pourcentage applicable (%)
i)	- Pour un patient âgé de moins de 70 ans, qui présente un ou plusieurs problèmes de santé prévus à 5.01 A) (santé mentale) ou N) (déficience intellectuelle) ainsi que tout autre problème de santé décrit au paragraphe 5.01 sauf M) (trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH))	200
	- Pour un patient âgé de 70 ans ou plus déjà considéré comme vulnérable selon l'âge, qui présente un ou plusieurs problèmes de santé prévus à 5.01 A) (santé mentale) ou N) (déficience intellectuelle)	
ii)	Pour un patient de 18 ans ou plus qui présente un problème de santé prévu au paragraphe 5.01 M) (trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH))	50
iii)	Pour un patient de 18 ans ou plus qui présente un problème de santé prévu au paragraphe 5.01 M) (trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)) ainsi qu'un problème prévu au paragraphe 5.01 A) (santé mentale) ou N) (déficience intellectuelle)	150

Note : Comme le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est admissible uniquement pour un patient de moins de 70 ans, les alinéas ii) et iii) ne concernent pas un patient âgé de 70 ans ou plus.

Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

6.4.5 Examen de prise en charge de grossesse (paragraphe 7.01 B))

Lorsque le médecin qui assure le suivi prénatal d'une patiente enceinte transfère celle-ci à un second médecin en vue de l'accouchement, l'examen de prise en charge de grossesse (code d'acte **00059**) peut être, au besoin, réclamé par les deux médecins.

Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

6.4.6 Supplément pour prise en charge temporaire (paragraphe 7.03)

Un nouveau supplément pour la prise en charge temporaire et le suivi de grossesse est accordé au médecin qui détient des privilèges en obstétrique et assume temporairement le suivi d'une patiente enceinte sans devenir son médecin de famille. Le supplément peut être réclamé en cabinet ou en établissement par le médecin qui assume temporairement la prise en charge de la grossesse.

Le montant du nouveau supplément (code d'acte **15189**) est de **10,90 \$** en cabinet et de **8,20 \$** en établissement.

De plus, si le médecin, membre d'un GMF, assume temporairement le suivi de grossesse d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF, il a droit de réclamer le supplément de prise en charge temporaire (code d'acte **19074**) de **8,60 \$**. Ce supplément était auparavant à l'annexe V de l'entente particulière – GMF.

Ces suppléments ne sont payables qu'une seule fois par grossesse de la patiente et doivent être facturés lors de l'examen fait au moment de la prise en charge effective de la grossesse par le second médecin, quel que soit son mode de rémunération (acte, honoraires fixes ou tarif horaire). Le nouveau supplément (code d'acte **15189**) tient lieu d'inscription temporaire et est comptabilisé comme inscription aux fins de la compensation des frais de cabinet.

À NOTER

Le médecin de famille auprès duquel la patiente enceinte est inscrite ne peut pas facturer ces suppléments.

Aucun formulaire d'inscription ne doit être rempli par le médecin qui prend en charge temporairement la patiente enceinte.

Cette disposition entre en vigueur le **1^{er} janvier 2012**.

6.4.7 Retraite d'un médecin de famille (paragraphe 12.03)

Le médecin de famille qui prend sa retraite ou diminue sa pratique en vue de sa retraite doit informer la Régie afin qu'elle puisse mettre fin aux inscriptions ou à une partie des inscriptions des patients qu'il ne suivra plus.

Le médecin qui omet d'informer la Régie demeure assujéti aux obligations de prise en charge et de suivi de sa clientèle. De ce fait, ces patients ne peuvent pas faire l'objet de référence par le guichet d'accès du CSSS en tant que patients sans médecin de famille (*Lettre d'entente n^o 245*).

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} novembre 2011**.

6.4.8 Compensation pour les frais de cabinet

Dans l'[Infolettre n^o 182](#) du 27 octobre dernier, nous vous informions d'une nouvelle mesure de compensation concernant les patients inscrits en cabinet et vus dans une même journée par un médecin de famille.

Le médecin qui dispense des services à des patients inscrits auprès de lui-même ou de médecins de son groupe de pratique au sens du paragraphe 6.02 D), peut se prévaloir d'un des forfaits suivants :

- montant de **25 \$** pour des services rendus à au moins six patients inscrits (code d'acte **19928**);
- montant de **50 \$** pour des services rendus à 12 patients inscrits ou plus (code d'acte **19929**).

Un **maximum de 50 \$** est payable par journée à un médecin. Un médecin qui dispense des services dans plus d'un cabinet ne peut cumuler le nombre de patients pour atteindre six ou 12 patients.

Exemples :

- Un médecin dispense des services, dans une journée, à trois patients au cabinet A et à trois patients au cabinet B. Aucun forfait ne peut être réclamé par ce professionnel.
- Un médecin dispense des services, dans une journée, à cinq patients au cabinet A et à sept patients au cabinet B. Il peut se prévaloir du forfait de 25 \$, pour les patients vus au cabinet B.
- Un médecin dispense des services, dans une journée, à six patients au cabinet A et à huit au cabinet B. Il peut se prévaloir de deux forfaits de 25 \$, un pour les patients vus au cabinet A et un pour les patients vus au cabinet B.

Par ailleurs, un médecin peut réclamer l'un ou l'autre des deux forfaits disponibles s'il atteint, dans une même journée, les nombres requis de patients inscrits **en cabinet** en jumelant les patients vus au cabinet et à domicile. Par exemple, un médecin ayant dispensé, au cours de la même journée, des services à six patients (inscrits **en cabinet** à son nom ou au nom de médecins de son groupe) **vus** en cabinet et à six patients (inscrits **en cabinet** à son nom ou au nom de médecins de son groupe) **vus** à domicile, peut se prévaloir du forfait de 50 \$.

Toutefois, ces montants ne sont pas sujets aux dispositions des annexes XII et XII-A ni aux majorations en horaires défavorables (annexe XX).

Finalement, les parties négociantes ont convenu qu'un médecin qui a une pratique différente et qui ne fait ni inscription ni prise en charge de patients, peut avoir droit à la compensation pour des frais de cabinet. Celui-ci peut s'adresser au comité paritaire pour faire évaluer sa situation. Dans le cas où le comité paritaire juge la pratique du médecin essentielle, il informera la Régie du nom du médecin, de son lieu de pratique particulière reconnue ainsi que de la raison donnant droit au paiement des frais de cabinet.

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} novembre 2011**.

FACTURATION

Comme la compensation pour les frais de cabinet est en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2011, les médecins concernés ont **90 jours suivant la date de la présente infolettre** pour réclamer le montant prévu selon le nombre de patients inscrits vus à chaque jour.

7. Lettres d'entente

◆ BROCHURE N^o 1

7.1 Abolition de la *Lettre d'entente n^o 195*

La *Lettre d'entente n^o 195* concernant le suivi de l'article 5 de l'Entente intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n^o 138* est **abolie au 1^{er} novembre 2011**.

Toutefois, le médecin, qui s'est prévalu avant le 1^{er} novembre 2011 du premier versement du montant supplémentaire (code d'acte **15148**) pour l'inscription d'un patient vulnérable orphelin référé, a **jusqu'au 31 décembre 2013** pour facturer le second montant supplémentaire payable lors d'un examen ou d'une thérapie effectué au moins 12 mois suivant l'inscription.

L'avis suivant est ajouté sous l'article 8 de la lettre d'entente :

AVIS : *Cette lettre d'entente a été abrogée en date du 1^{er} novembre 2011 par l'Amendement n° 122. Toutefois, le professionnel qui s'est prévalu du premier versement du montant supplémentaire pour l'inscription d'un patient vulnérable orphelin référé pourra, en respectant les modalités de la présente lettre d'entente, facturer le deuxième montant supplémentaire au-delà du 1^{er} novembre 2011. Les professionnels ont jusqu'au 31 décembre 2013 pour facturer lors d'un examen ou d'une thérapie effectué, le second montant supplémentaire, payable au moins 12 mois suivant l'inscription de ce patient.*

7.2 Lettre d'entente n° 245

La Lettre d'entente n° 245 concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence du guichet du CSSS remplace la Lettre d'entente n° 195 depuis le 1^{er} novembre 2011.

Dans le cadre de cette lettre d'entente, le médecin qui accepte d'inscrire, de prendre en charge et de suivre un **patient vulnérable ou non vulnérable et sans médecin de famille**, sur référence du mécanisme de guichet du CSSS à compter du 1^{er} novembre 2011, a droit à un montant supplémentaire qui sera **versé en un seul versement à l'inscription du patient** à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectué.

Tableau 2 – Montant supplémentaire pour la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille

Lieu de pratique	Montant supplémentaire (\$)	
	Patient non vulnérable (code d'acte 19952)	Patient vulnérable (code d'acte 19951)
Cabinet privé ou à domicile	100,00	208,60
CLSC ou établissement	83,00	173,80

Note : La rémunération est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

Pour donner droit à ces suppléments, l'inscription du patient doit s'effectuer **à une date postérieure** à la date de référence du médecin coordonnateur médical local.

La Régie récupère la moitié du montant supplémentaire versé à la suite de l'inscription du patient référé si, dans les 12 mois suivant la date d'inscription, le médecin :

- a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de la clientèle;
- modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits.

Dans ces deux cas, le médecin doit aviser la Régie **dans les 90 jours** suivant la date de la modification. Les patients identifiés cessent d'être inscrits auprès de ce médecin à compter de la date de modification de sa pratique.

FACTURATION

L'application de cette lettre d'entente ayant une portée rétroactive, vous avez **90 jours suivant la date de la présente infolettre** pour nous faire parvenir vos demandes de paiement.

Pour plus de détails sur les modalités d'application de la *Lettre d'entente n° 245* et sur les instructions de facturation, veuillez vous référer au texte officiel en [partie III](#) de la présente infolettre.

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} novembre 2011**.

B) CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS

1. Onglet *Rédaction de la demande de paiement*

◆ MANUEL DE FACTURATION

1.1 Facturation des traitements collectifs

◆ Section 4.2.4.2

- L'avis sous la section 4.2.4.2 Facturation des traitements collectifs est modifié comme suit :

La *Demande de paiement – Médecin n° 1200* se rédige comme suit :

- NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : le code ZZZZ01010112;
- C.S. : la lettre « **A** »;
- DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le numéro d'assurance maladie des autres personnes assurées traitées et l'heure de début et de fin du traitement, s'il y a lieu. Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser le *Document complémentaire n° 1944*;
- UNITÉS : selon la nomenclature de l'acte, indiquez, **soit le nombre de personnes** traitées (ex. : code **00780**) **ou le nombre de périodes** (ex. : code **09057**);
- HONORAIRES : le calcul des honoraires doit être effectué selon le nombre de personnes traitées **ou** le nombre de périodes (voir les exemples **A** et **B**).

- L'avis de l'exemple B est modifié comme suit :

B : Code **09057** : **Conseil génétique ou génique**, par période de 30 minutes

Calcul = **une seule période pour 2 personnes** : 1 X 30 min = **51,75 \$**

L'exemple de demande de paiement sera modifié en conséquence pour remplacer le code d'acte et les cases *HONORAIRES* et *TOTAL*.

1.2 Cinq nouveaux modificateurs multiples

Depuis le 19 novembre 2011, les cinq modificateurs multiples suivants ont été ajoutés au tableau des modificateurs multiples.

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (facteur de multiplication)
094 – 107 – 415	763	0,5085
094 – 403 – 415	764	0,8475
094 – 108 – 407	765	1,0795 (jusqu'au 30 juin 2010) 1,1050 (à compter du 1 ^{er} juillet 2010)
107 – 415	818	0,5085
094 – 406	819	0,8500

Ces modificateurs multiples remplacent le modificateur **099** utilisé jusqu'à maintenant pour chaque combinaison spécifique, par les médecins qui rendent des services selon l'*Entente particulière relative à la garde sur place à l'urgence* ou l'*Entente particulière relative à l'unité de décision clinique*. Veuillez vous référer aux points 3.2 et 3.3 ci-après.

La date d'entrée en vigueur des modificateurs **765** et **819** est le 1^{er} janvier 2010. Pour ce qui est des modificateurs **763**, **764** et **818**, la date d'entrée en vigueur est le 1^{er} juillet 2010. Nous vous rappelons qu'à défaut d'inscrire sur la demande de paiement, le modificateur multiple visé par une combinaison de modificateurs, les services réclamés avec le modificateur **099** seront refusés.

Comme ces modifications sont rétroactives, vous devez **dès maintenant** vous servir de ces modificateurs lors de la refacturation de services rendus depuis les dates indiquées. Vous n'avez pas à modifier la facturation déjà transmise à la Régie avant la publication de cette infolettre.

2. Onglet *Messages explicatifs*

À compter du **31 janvier 2012**, les messages explicatifs **500** et **552** sont retirés du manuel.

3. Changements apportés à certaines ententes particulières

3.1 Entente particulière – Groupe de médecine de famille (GMF)

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 33

L'avis sous le deuxième alinéa de l'annexe V est retiré de l'entente particulière.

3.2 Entente particulière – Garde sur place – Certains établissements

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 43

Les modificateurs multiples suivants sont ajoutés dans le tableau sous l'article 5.00 – Modalités de rémunération spécifiques au Régime A :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
094 – 107 – 415	763	0,5085
107 – 415	818	0,5085

Le modificateur multiple suivant est ajouté dans le tableau sous l'article 6.00 – Modalités de rémunération spécifiques au Régime B :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
094 – 403 – 415	764	0,8475

La date d'entrée en vigueur de ces modificateurs est le 1^{er} juillet 2010.

3.3 Entente particulière – Unité de décision clinique

◆ Brochure n° 1 → E.P. n° 45

L'avis sous le paragraphe 5.03 a), point iv) est modifié comme suit :

AVIS : Établissement adhérent au Régime A :

Pour l'utilisation des modificateurs pertinents, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements (EP-43), article 5.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire, en utilisant le numéro d'établissement 4XXX7.

Établissement adhérent au Régime B :

Pour les services médicaux rendus en période de garde, veuillez utiliser les modificateurs suivants :

- *Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 hMOD 406*
- *Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou le samedi, le dimanche ou une journée fériée de 8 h à 24 hMOD 407*
- *Les honoraires demandés en les calculant à 85 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- *Le code d'établissement spécifique 4XXX7.*

Les multiples des modificateurs 406 et 407 sont :

Combinaison de modificateurs	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
094 – 108 – 407	765	1,1050
094 – 406	819	0,8500
108 – 407	837	1,1050

La date d'entrée en vigueur de ces modificateurs est le 1^{er} janvier 2010.

Texte paraphé de l'Amendement n° 122

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée de la façon suivante :

A) L'entente générale est modifiée de la façon suivante :

a) En ajoutant au paragraphe 12.01, les deuxième et troisième alinéas suivants :

« À compter du 1^{er} octobre 2011, pour se prévaloir du mode des honoraires fixes, le médecin doit avoir préalablement été rémunéré selon ce mode et avoir détenu un avis de service actif à honoraires fixes entre le 1^{er} octobre 2010 et le 30 septembre 2011 sous réserve de l'alinéa suivant.

Par la suite, le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes qui met fin à sa nomination selon le mode des honoraires fixes ne peut de nouveau s'en prévaloir à moins d'informer la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles en établissement à honoraires fixes de la façon prévue du 3^e alinéa du paragraphe 2.14 de l'annexe VI. »

b) En remplaçant le premier alinéa du premier sous-paragraphe du paragraphe 17.01 par le suivant :

« - Lorsqu'un autre mode de rémunération est prévu dans le cadre d'une entente particulière, d'une lettre d'entente, d'un protocole d'accord ou d'un accord, ou permis, en centre hospitalier, en vertu d'une nomination spécifique octroyée au médecin, conformément à l'article 10.00A de l'Entente et sous réserve du paragraphe 12.01. »

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

a) Le préambule général est modifié de la façon suivante

i) En ajoutant le paragraphe 2.2.6 B suivant :

« 2.2.6 B Intervention clinique incluant l'examen ou la consultation

L'intervention clinique est, en termes de contenu clinique, équivalente à un examen ou à une consultation mais elle est d'une durée plus longue pour des raisons diverses que ce soit, par exemple, à cause de l'importance du conseil, du soutien ou de l'information à transmettre au patient et, selon le cas, à ses proches, ou encore parce que la communication avec le patient doit se faire par l'intermédiaire d'un interprète ou d'un accompagnateur.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. La durée ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.

Le médecin qui consacre plus de vingt-cinq (25) minutes à la rencontre avec son patient peut être rémunéré, à son choix, à l'acte au tarif de l'examen ou de la consultation, ou selon les présentes dispositions relatives à l'intervention clinique. S'il se prévaut des présentes dispositions, il ne peut facturer, au cours de la même séance, la psychothérapie, un examen ou une consultation, les activités cliniques préventives ou tout autre acte. Le médecin qui rend en cabinet un service qui donne normalement droit de réclamer le supplément pour le plateau de chirurgie prévu au paragraphe 2.4.7.7 du préambule général peut s'en prévaloir, le cas échéant.

Les dispositions relatives à l'intervention clinique s'appliquent en établissement, en cabinet et à domicile. Si l'intervention est faite à domicile par un médecin qui exerce en cabinet et qu'il doit se déplacer à huit (8) kilomètres ou plus des limites de la ville ou du village où il exerce, un supplément pour le temps de déplacement au-delà de la limite énoncée lui est accordé par période de quinze (15) minutes jusqu'à un maximum de quarante-cinq (45) minutes dans chaque direction.

ii) En remplaçant le paragraphe 2.3 par le suivant :

« 2.3. PSYCHOTHÉRAPIE

Conformément aux articles 187.1 et 187.2 du *Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* :

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »

La psychothérapie doit respecter les règles suivantes :

« 1. - établir un processus interactionnel structuré avec le client;

2. - procéder à une évaluation initiale rigoureuse;

3. - appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;

4. - s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine. »

La psychothérapie est, selon le cas, individuelle ou collective. Elle est collective si elle est dispensée à plus d'une (1) personne.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour une séance de psychothérapie, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. Le temps consacré à l'ensemble de cette intervention doit se faire de façon ininterrompue. La durée ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.

Le médecin qui se prévaut de la rémunération prévue pour la psychothérapie ne peut facturer, au cours de la même séance, l'intervention clinique, un examen ou une consultation, les activités cliniques préventives ou tout autre acte. »

Les dispositions relatives à la psychothérapie s'appliquent en établissement et en cabinet.

iii) En ajoutant le paragraphe 2.4.7.9 suivant :

« 2.4.7.9 Un supplément est prévu lorsque la communication avec un patient adulte ou le parent d'un patient enfant ne peut se faire en français ou en anglais et nécessite l'intermédiaire d'un interprète. Ce supplément s'applique en cabinet, à domicile et, pour un patient inscrit (non admis), en établissement. »

b) L'onglet « **CONSULTATIONS ET EXAMENS** » est modifié de la façon suivante :

i) En ajoutant au début de l'onglet, au-dessus de la rubrique « **Consultation (patients de moins de 70 ans)** », l'acte et le tarif suivants :

« (15188) supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète, cabinet, domicile, établissement pour un patient inscrit.....	25 \$
---	-------

Note : Ne peut être réclamé avec les codes d'acte relatifs à l'intervention clinique. »

ii) En remplaçant la rubrique « **Thérapie de soutien** » par les rubriques suivantes :

1) « **Intervention clinique incluant l'examen ou la consultation**

(réf. : préambule général, règle 2.2.6 B)

Intervention clinique

première période de trente (30) minutes	
(08857) cabinet, domicile.....	54,75 \$
(08858) établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C).....	45,60 \$
période de quinze (15) minutes supplémentaires	
(08859) cabinet, domicile.....	27,40 \$
(08860) établissement (P.G. 2.2.9 A et P.G. 2.2.9 C).....	22,80 \$

AVIS : Pour le code **08859** ou **08860**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.

supplément en cabinet, déplacement à domicile de huit (8) kilomètres ou plus, par quinze (15) minutes, max. de six (6) périodes pour l'aller-retour	
(08861) par période.....	27,40 \$ »

AVIS : Pour le code **08861**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS.

2) « **Psychothérapie**

(réf. : préambule général, règle 2.3)

Psychothérapie (individuelle)

première période de trente (30) minutes	
(08862) cabinet.....	54,75 \$
établissement.....	45,60 \$
période de quinze (15) minutes supplémentaires	
(08863) cabinet.....	27,40 \$
établissement.....	22,80 \$

AVIS : Pour le code **08863**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS.

Psychothérapie (collective)

première période de trente (30) minutes

(08864) cabinet	54,75 \$
établissement	45,60 \$

AVIS : Pour le code **08864**, veuillez également vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

période de quinze (15) minutes supplémentaires

(08865) cabinet	27,40 \$
établissement	22,80 \$ »

AVIS : Pour le code **08865**, veuillez utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes supplémentaires dans la case UNITÉS. Veuillez également vous référer à la section 4.2.4.2 de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

iii) En biffant la rubrique « **Thérapie psychiatrique particulière** » et les trois actes couverts par cette rubrique.

iv) En remplaçant le libellé et le tarif de l'acte codé 09100 apparaissant sous la rubrique « Examen d'évaluation médicale » par le suivant :

« **Examen d'évaluation médicale**

09100 examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources et en vue de la rédaction du formulaire approprié	150,00 \$ »
---	-------------

2. L'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières est remplacée par celle apparaissant en annexe I du présent amendement.

3. L'Entente particulière relative au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille est modifiée en biffant le second paragraphe de la section I de l'annexe V.

4. 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 le paragraphe 4.07 par le suivant :

« Le médecin qui inscrit un patient déjà inscrit auprès d'un autre médecin de famille donne son consentement à ce que son nom comme médecin de famille de ce patient ainsi que le lieu d'inscription soient transmis au premier médecin qui a, préalablement, inscrit ce patient.

Dans le cas où un médecin est d'avis que l'inscription auprès d'un autre médecin d'un de ses patients inscrits ne reflète pas une prise en charge effective par cet autre médecin, il peut communiquer avec ce patient et lui demander, au moyen du formulaire apparaissant à l'annexe II de la présente entente, de rétablir sa première inscription. Pour que la Régie puisse procéder au rétablissement de l'inscription, ce formulaire doit être acheminé à la Régie au plus tard dans les six (6) mois suivant la date du rapport transmis par la Régie pour informer le médecin de la fin de l'inscription de son patient.

Pour les avis de changement de médecin ayant pris effet entre le 1^{er} juillet 2011 et le 1^{er} janvier 2012, le médecin peut acheminer le formulaire de rétablissement d'inscription jusqu'au 30 juin 2012.

Dans le cas du rétablissement d'une inscription, la seconde inscription est annulée et le médecin auprès duquel elle s'est faite, ne peut se prévaloir du forfait d'inscription, du forfait annuel de prise en charge et du forfait de responsabilité prévus aux paragraphes 4.00 et 6.00 de la présente entente. »

B) En ajoutant le paragraphe 4.11 suivant :

« 4.11 Lorsque requis, la Régie peut demander une copie du formulaire d'inscription signé par le patient et son médecin de famille. Ce formulaire est conservé au dossier de ce patient. »

C) En remplaçant le paragraphe 5.01 par le suivant :

« 5.01 Aux fins de l'identification des clientèles vulnérables, les catégories de problèmes de santé retenues sont les suivantes :

- A) 1. Problèmes de santé mentale (*DSM-IV*) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement (autisme, Asperger), troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);
2. Troubles dépressifs majeurs actifs lors de l'identification comme patient vulnérable, premier épisode;
3. Troubles dépressifs majeurs récidivants;
- B) Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
- C) Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3);
- D) Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
- E) Diabète excluant le diabète de grossesse;
- F) Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
- G) VIH/SIDA, hépatite C;
- H) Maladies dégénératives du système nerveux central;
- I) Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn;
- J) Insuffisance rénale chronique avec clairance de la créatinine inférieure à 50 ml par minute, insuffisance hépatique;
- K) Maladies thrombo-emboliques récidivantes nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN;
- L) Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN;
- M) Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les patients âgés de moins de 70 ans;
- N) Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension;

- O) Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin;
- P) Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel;
- Q) Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension. »

D) En modifiant le paragraphe 6.01 A) de la façon suivante :

a) En remplaçant le préambule au tableau par le suivant :

« A) Sous réserve des alinéas i), ii) et iii), le montant de ce forfait selon le groupe de vulnérabilité du patient est le suivant : »

b) En ajoutant les alinéas suivants :

« i) Lorsqu'un patient présente l'un ou plusieurs problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) ou N) ci-dessus, sous réserve de l'alinéa iii) du présent paragraphe, le montant du forfait annuel de prise en charge est de 200 % du montant applicable dans l'un des cas suivants :

- le patient est âgé de 70 ans ou plus;

- le patient est âgé de moins de 70 ans et présente un ou plusieurs problèmes de santé décrits aux sous-paragraphe du paragraphe 5.01 autres que A) ou N).

ii) À l'égard d'un patient vulnérable âgé de 18 ans ou plus qui présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 M), le montant du forfait annuel de prise en charge du patient est réduit de 50 %.

iii) À l'égard du patient décrit à l'alinéa précédent, et qui présente un ou des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe A) ou N), le montant du forfait annuel de prise en charge est de 150 % du montant applicable. »

AVIS :

Groupe de vulnérabilité	Cabinet (GMF ou non)	Établissement CLSC/UMF (GMF ou non)	Pourcentage du montant appliqué
Groupe VI : entre 18 ans et 69 ans avec un seul problème de santé de catégorie M	24,48 \$	18,50 \$	réduit de 50 % du montant attribué au groupe I
Groupe VII : entre 18 ans et 69 ans avec un problème de santé de catégorie M et avec un problème de santé de catégorie A ou N	73,43 \$	55,50 \$	150 % du montant attribué au groupe I
Groupe VIII : moins de 70 ans avec un problème de santé de catégorie A ou N et avec un autre catégorie de problème de santé sauf la catégorie M	97,90 \$	74,00 \$	200 % du montant attribué au groupe I

Groupe de vulnérabilité	Cabinet (GMF ou non)	Établissement CLSC/UMF (GMF ou non)	Pourcentage du montant appliqué
Groupe IX : entre 70 ans et 79 ans avec un problème de santé de catégorie A ou N	115,30 \$	87,00 \$	200 % du montant attribué au groupe III
Groupe X : 80 ans et plus avec un problème de santé de catégorie A ou N	152,30 \$	117,50 \$	200 % du montant attribué au groupe V

E) En ajoutant au paragraphe 7.01 B) le second alinéa suivant :

« Dans le cas où le médecin qui a effectué la prise en charge de la grossesse transfère la femme enceinte à un autre médecin en vue de l'accouchement, ce médecin peut, le cas échéant, réclamer l'examen de prise en charge de grossesse. »

F) En ajoutant le paragraphe 7.03 suivant :

« 7.03 Supplément pour prise en charge temporaire

Au bénéfice du médecin qui détient des privilèges en obstétrique et assume temporairement le suivi d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille, un supplément est accordé pour cette prise en charge temporaire et le suivi de la grossesse dans la mesure où celle-ci s'effectue dans un lieu prévu au paragraphe 3.01 A). Le montant de ce supplément est de 10,90 \$ si le lieu du suivi est en cabinet et de 8,20 \$ si le lieu du suivi est en établissement. Si le médecin est membre d'un GMF et qu'il y assume temporairement le suivi d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin membre du même GMF, s'ajoute à ce supplément un montant de 8,60 \$.

AVIS : *Le supplément codé 15189 peut être facturé même si la patiente n'est pas inscrite auprès d'un médecin de famille.*

Pour facturer le supplément, veuillez inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code 15189 dans la section Actes pour le supplément pour prise en charge temporaire en cabinet, à domicile ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF ou clinique externe) selon le cas dans la case ÉTABLISSEMENT;*
- *le supplément doit être facturé à la même date que l'examen de prise en charge et sur la même demande de paiement (sauf pour les médecins à TH ou à HF qui ne peuvent facturer l'examen).*

AVIS : *Pour le médecin membre d'un GMF : le supplément codé 19074 peut être facturé uniquement si la patiente est inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF.*

Veuillez inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code 19074 dans la section Actes;*
- *les HONORAIRES selon le tarif en vigueur à la date du service (soumis à la rémunération différente);*
- *le code de l'établissement où vous réalisez vos activités GMF : cabinet, CLSC ou UMF-CH. Si la prise en charge ne peut être faite qu'à domicile, veuillez utiliser le code d'établissement où vous réalisez vos activités GMF. À noter que dans le cas d'un cabinet tous les médecins du GMF, adhérents ou non, doivent utiliser le numéro du GMF.*

Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par grossesse de la cliente. Il est facturé lors de l'examen fait au moment de la prise en charge effective de la grossesse par le médecin, qu'il soit rémunéré selon le mode de l'acte, des honoraires fixes ou du tarif horaire.

Ce supplément ne peut être facturé par le médecin auprès duquel la cliente est déjà inscrite. Il tient lieu d'inscription temporaire et est comptabilisé comme inscription aux fins des dispositions de la section VII de la présente entente particulière. Le formulaire d'inscription ne doit pas être rempli. »

G) En ajoutant le paragraphe 12.03 suivant :

« 12.03 Le médecin de famille qui prend sa retraite doit en informer rapidement la Régie afin que sa clientèle soit désinscrite à la date prévue. Il en est de même pour le médecin de famille qui diminue ses activités de prise en charge en vue de sa retraite prochaine. Pour la partie de sa clientèle dont il ne pourra assurer le suivi, il doit en informer rapidement la Régie afin que les patients qu'il a identifiés soient désinscrits.

Le médecin qui omet de transmettre à la Régie l'information requise pour désinscrire la clientèle dont il ne compte plus assurer le suivi demeure assujéti aux obligations de prise en charge et de suivi à leur égard. De ce fait, ces patients ne peuvent faire l'objet de référence par le guichet d'accès comme patients sans médecin de famille. »

AVIS : Pour le médecin pratiquant hors GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez remplir la section B du formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF n° 4094, le signer et le faire parvenir à la Régie par télécopieur ou par la poste au :

*Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110*

Pour le médecin pratiquant en GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez faire parvenir une lettre à la Régie en précisant la date du changement, le GMF et le site précis concerné, par télécopieur ou par la poste au :

*Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110*

H) En ajoutant la section VII suivante et en modifiant la numérotation du dernier paragraphe de la présente entente en conséquence:

« SECTION VII : AUTRES MESURES DE COMPENSATION OU D'EFFICIENCE

14.00 Frais de cabinet

14.01 Au bénéfice du médecin qui assure la prise en charge de sa clientèle en cabinet et en assure le suivi en cabinet ou à domicile, les mesures suivantes :

- a) le médecin qui, dans le cadre de sa pratique visée au présent paragraphe, dispense des services à des patients inscrits auprès de lui-même ou auprès des médecins de son groupe au sens du paragraphe 6.02 D) de la présente entente, peut se prévaloir des modalités de compensation pour les frais de cabinet suivantes :

i) un montant de 25 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à au moins six (6) patients inscrits;

AVIS : Pour facturer ce forfait, veuillez inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19928** pour les services dispensés à au moins six patients inscrits dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet ou de localité dans la case ÉTABLISSEMENT.

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

ii) un montant de 50 \$ est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à douze (12) patients inscrits ou plus;

AVIS : Pour facturer ce forfait, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19929** pour les services dispensés à au moins 12 patients inscrits dans la section Actes;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code de cabinet ou de localité dans la case ÉTABLISSEMENT.

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

b) un maximum de 50 \$ peut être réclamé par journée;

c) les montants réclamés en vertu du présent paragraphe ne sont pas sujets à l'application des dispositions des annexes XII, XII-A et XX;

Le médecin dont la pratique n'est pas basée sur la prise en charge des patients, et donc sur leur inscription, peut s'adresser au comité paritaire pour faire évaluer sa situation. Dans le cas où le comité paritaire juge la pratique du médecin essentielle, il détermine le critère spécifique à la pratique en cause, critère qui permettra au médecin de se prévaloir des modalités de compensation de frais de cabinet prévus ci-dessus. Le comité paritaire informe la Régie du nom du médecin ainsi que du critère retenu.

14.02 Pour une patiente qui n'est pas inscrite auprès du médecin qui le réclame, le supplément à l'examen dans le cadre du suivi de grossesse en cabinet est sujet à l'application des dispositions du paragraphe 14.01 ci-dessus et selon les modalités qui y sont précisées. »

5. La Lettre d'entente n° 195 est abrogée à compter du 1^{er} novembre 2011.

6. Le présent amendement prend effet aux dates mentionnées ci-dessous et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

Articles 1 A) et 2	1 ^{er} octobre 2011
Articles 4 G) et 4 H) et 5	1 ^{er} novembre 2011
Articles 3, 4 A) à 4 F) inclusivement	1 ^{er} janvier 2012
Articles 1 B) a) i), 1 B) a) iii), 1 B) b) i) et 1 B) b) ii)1)	15 janvier 2012
Articles 1 B) a) ii), 1 B) b) ii) 2), 1 B) b) iii) et 1 B) b) iv)	1 ^{er} février 2012

Texte paraphé de l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29) et des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q., 1991, c. 4.2), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 OBJET

1.1 La présente entente particulière a pour objet de déterminer, conventionnellement, les modalités d'application des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q., 1991, c. 4.2) (la Loi), relativement à la participation du médecin aux activités médicales particulières dont traite cette loi.

2.0 CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.0 ADHÉSION

3.1 Tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi.

3.1.1 Cet assujettissement implique que le médecin adhère à la présente entente en signant un engagement conformément à la Loi et à l'article 4 de la présente entente.

3.1.2 À défaut d'adhérer à la présente entente, la rémunération du médecin pour les services qu'il dispense dans le cadre du régime est réduite selon les règles édictées par l'article 5 de la présente entente.

3.2 Pour le médecin qui débute sa pratique et pour le médecin qui débute une pratique dans une nouvelle région, son adhésion à la présente entente doit respecter les modalités suivantes :

3.2.1 Au cours du premier trimestre tel que défini à l'annexe IX de l'entente générale, le médecin doit :

- adresser une demande à l'agence du territoire où il exerce pour plus de 50 % de ses journées de facturation pour obtenir la liste des activités médicales particulières disponibles proposées par le département régional de médecine générale (DRMG) de l'agence;
- dans le cas où un médecin n'exerce pas pour plus de 50 % de ses journées de facturation dans une même région, l'agence visée au présent sous-paragraphe est celle où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès de ou des établissement(s) qui apparaissent à la liste;

Aux fins de la détermination de l'agence responsable, on ne considère pas les journées de facturation faites dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

3.2.2 Au cours du trimestre suivant, le médecin doit :

- obtenir la nomination de l'établissement visé au sous-paragraphe 3.2.1;
- transmettre copie de cette nomination au DRMG de l'agence concernée.

Cette nomination doit, dans le cadre de la présente entente, prévoir explicitement le volume d'activités particulières auquel s'engage le médecin.

Sous réserve des dispositions de l'article 4 des présentes, le médecin qui veut se voir reconnaître des activités médicales particulières, en tout ou en partie, dans les secteurs v), vi) et vii) visés au paragraphe 4.1 des présentes, doit, au cours du même trimestre énoncé ci-dessus :

- produire au DRMG de l'agence les pièces justificatives lui permettant d'obtenir la reconnaissance de ses activités à titre d'activités médicales particulières;
- obtenir, le cas échéant, la nomination d'un établissement visé par les secteurs v) ou vi) et vii) précités;
- obtenir une reconnaissance de la part du DRMG de l'agence de ses activités comme activités médicales particulières.

Dans tous les cas, cette reconnaissance doit prévoir le volume d'activités reconnues.

3.2.3 Le DRMG de l'agence visée au sous-paragraphe 3.2.1, au plus tard deux (2) semaines avant la fin du trimestre visé au sous-paragraphe 3.2.2, doit :

- confirmer au médecin que son engagement s'inscrit dans la liste des activités médicales particulières de l'agence et qu'il répond aux exigences de la présente entente. La Régie reçoit copie de cette confirmation;
- ou, dans le cas où l'offre de services du médecin ne s'inscrit pas de façon satisfaisante dans la liste des activités médicales particulières ou qu'il ne répond pas aux exigences de la présente entente, aviser le médecin qu'il doit apporter des ajustements à son offre et permettre au médecin de faire ses observations;

3.2.4 Sauf circonstances exceptionnelles et avec l'approbation du comité paritaire, l'adhésion du médecin à la présente entente devient effective, au plus tard, au début du trimestre suivant celui visé au sous-paragraphe 3.2.2 ci-dessus.

Dans le cas où l'adhésion du médecin à la présente entente n'est pas confirmée à la date de début de ce troisième trimestre ou si cette adhésion a été refusée en vertu des dispositions du paragraphe 4.7 des présentes, le médecin est considéré comme non adhérent pendant tout ce trimestre et pendant chacun des trimestres suivants jusqu'à ce qu'il ait adhéré à la présente entente. Son adhésion devient, alors, effective au début du trimestre suivant la date apparaissant à son avis d'adhésion à la Régie.

Le comité paritaire peut, en outre, prolonger les délais d'adhésion accordés au médecin en vertu de la présente entente lorsque le DRMG de l'agence n'a pu respecter ses obligations envers le médecin dans les délais impartis.

Aux fins de l'application de l'annexe XIX de l'entente générale, le médecin est réputé adhérent à la présente entente pendant la période de report de son délai d'adhésion.

3.2.5 Le médecin résident qui détient une autorisation prévue au paragraphe 3.10 de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux est réputé respecter les conditions prévues à l'article 3.0 de la présente entente particulière.

3.3 Activités médicales particulières hors région ou nationales

3.3.1 D'une façon générale, lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectue celles-ci, en tout ou en partie, dans une autre région que celle décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes, l'administration de son dossier est confiée à cette dernière. L'agence auprès de laquelle le médecin effectue des activités médicales particulières informe alors par écrit l'agence décrite au paragraphe 3.2.1 de l'engagement du médecin et de son respect.

3.3.2 Malgré le paragraphe précédent, lorsque les activités en cause se situent dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale, ou encore lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectue ses activités, en tout ou en partie, dans le cadre d'activités relevant d'une instance à vocation nationale;

Le dossier du médecin est confié :

- a) dans le cas où le médecin a une pratique exclusive dans le cadre du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou que les activités faites dans le cadre d'une instance à vocation nationale répondent à la totalité des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale qui remplit alors les fonctions de l'agence décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes. Le comité paritaire en informe, s'il y a lieu, cette agence;
- b) dans le cas où le médecin qui veut se voir reconnaître comme activités médicales particulières des activités faites dans le cadre du dépannage, mais n'a pas une pratique exclusive dans le cadre du dépannage ou que les activités faites dans le cadre d'une instance nationale ne répondent qu'à une partie des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, à l'agence décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes y compris en ce qui a trait à la partie relative aux activités en cause.

4.0 ENGAGEMENT DONNANT LIEU À L'ADHÉSION

4.1 Détermination des activités médicales particulières

En tenant compte des responsabilités dévolues par la Loi au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), l'engagement du médecin relatif aux activités médicales particulières doit se situer dans le cadre de la liste des activités proposées par le DRMG.

Dans un premier temps, cet engagement doit avoir comme objet les activités décrites ci-dessous :

- i) De façon prioritaire, la prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier exploité par un établissement ou de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le service d'urgence doit être désigné en vertu du paragraphe 1.1^o de l'article 359 de la Loi;

Dans un second temps, le médecin peut se voir reconnaître des activités médicales particulières dans les secteurs suivants :

- ii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;

- iii) La dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;
- iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;

v) La dispensation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement, et ce, obligatoirement jumelée à l'une ou l'autre des activités décrites précédemment aux sous-paragraphes i), ii), iii) et iv).

Dans un troisième temps, le médecin peut se voir reconnaître des activités dans les secteurs vi) et vii) ci-dessous lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- a. le DRMG d'une région visée au sous-paragraphes 3.2.1 ne peut attribuer au médecin, de façon à lui permettre de répondre aux exigences de base prévues au paragraphe 4.3 ci-dessous, des activités médicales dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique principal en ce qui concerne les activités du secteur i) ou de quarante (40) kilomètres en ce qui concerne les activités des secteurs ii) à iv) inclusivement;
- b. le DRMG d'une région limitrophe ne peut, dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres du lieu de pratique principal du médecin, lui attribuer, de façon suffisante, des activités médicales dans le secteur d'activités i);

Le médecin ne peut se voir reconnaître des activités médicales particulières dans les secteurs vi) et vii) d'un DRMG d'une agence autre que celle visée au sous-paragraphes 3.2.1 lorsque cette dernière peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i) à v);

vi) La dispensation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement;

vii) La participation à toute autre activité prioritaire déterminée par l'agence et approuvée par le Ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

Les activités du secteur iii) ci-dessus, en regard du programme de soutien à domicile d'un CLSC ne peuvent être reconnues que si le médecin détient une nomination de l'établissement même si cette nomination n'a pour objet que sa participation à la garde en disponibilité.

Les activités du secteur v) de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement peuvent répondre jusqu'à la moitié des exigences de base applicables au médecin.

Les activités des secteurs v) et vi) ci-dessus en regard de la clientèle vulnérable répondent aux conditions prévues à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables notamment en ce qui a trait à l'identification du médecin de famille par le patient vulnérable visé à cette entente.

Les activités des secteurs v) et vi) en regard de la clientèle vulnérable suivie en GMF doit répondre aux conditions prévues pour cette clientèle au paragraphe VII de l'annexe V de l'entente particulière relative aux GMF et être inscrite auprès du médecin.

Les secteurs v) et vi) peuvent également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et acceptée à ce titre par accord des parties.

Les services médicaux visés dans les secteurs i) à iv) inclusivement comprennent la dispensation de services médicaux en vertu d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.2 Dérogations

- a) Exceptionnellement, certaines activités peuvent être reconnues par le DRMG comme activités médicales particulières. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.
- b) Exceptionnellement, le comité paritaire peut, sur recommandation du DRMG, autoriser un médecin à se voir reconnaître des activités dans le cadre du secteur v) pour plus de la moitié des exigences de base applicables au médecin ou dans le cadre des secteurs vi) ou vii) malgré la disponibilité d'activités médicales particulières dans les secteurs d'activités i) à iv).
- c) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au paragraphe précédent, le DRMG de l'agence peut exempter un médecin d'effectuer ses activités médicales particulières dans le secteur d'activités i) pour une des raisons suivantes :
 - a) Grossesse;
 - b) Pratique active en obstétrique;
 - c) Incapacité physique ou mentale grave le rendant inapte à exercer cette activité :Pour tout autre motif, la demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG de l'agence et approuvée par le comité paritaire.

4.3 Exigences de base

Tout médecin doit, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectuer ses activités soit sur le territoire d'une agence, soit sur les territoires de plus d'une agence, selon les modalités qu'édicté la présente entente particulière.

La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux activités médicales particulières d'une ou de plusieurs agences doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne ou sur une base trimestrielle de cent trente-deux (132) heures.

La participation du médecin de quinze (15) ans, mais de moins de vingt (20) ans de pratique est établie à six (6) heures par semaine en moyenne ou sur une base trimestrielle de soixante-six (66) heures.

Le médecin qui compte vingt (20) ans ou plus de pratique, adhérent à la présente entente, peut être appelé par le DRMG de l'agence à participer à des activités médicales que ce dernier reconnaît comme prioritaires. Cette demande du DRMG de l'agence doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique.

Exceptionnellement, le DRMG de l'agence peut modifier les exigences de base énoncées ci-dessus notamment dans les cas de grossesse ou d'invalidité partielle.

Le calcul des années de pratique se fait selon les dispositions de l'annexe I des présentes.

Aux fins de la présente entente particulière, est réputé répondre aux conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit le médecin dont la rémunération annuelle dans le cadre du régime d'assurance maladie, selon le tarif de base prévu à l'entente, se situe à l'intérieur des paramètres apparaissant ci-après.

Dans ce cas, le DRMG d'une agence doit, sur une base trimestrielle, diminuer la quantité d'activités médicales particulières exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

Rémunération annuelle du médecin	Exigences de base par semaine Médecin de moins de 15 ans de pratique
jusqu'à 19 999 \$	3 heures
de 20 000 \$ à 39 999 \$	6 heures
de 40 000 \$ à 60 000 \$	9 heures

Ces exigences sont réduites de moitié pour le médecin qui compte 15 ans, mais moins de 20 ans de pratique et dont la rémunération se situe dans une des catégories décrites ci-dessus.

4.4 Règle spécifique de reconnaissance d'années de pratique

De façon exceptionnelle, le comité paritaire peut reconnaître à un médecin qui n'est pas considéré comme actif selon les critères énoncés à l'annexe I des présentes la période d'inactivité professionnelle en cause aux fins du calcul des années de pratique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin qui, par ailleurs, satisfait aux exigences relatives à la participation aux activités médicales particulières.

4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin aux fins des activités médicales particulières doit être basée sur les critères apparaissant à l'annexe II des présentes pour les différents secteurs d'activités pouvant être reconnus comme activités médicales particulières. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

Malgré l'alinéa précédent, les critères relatifs à la reconnaissance d'activités professionnelles comme répondant à des activités médicales particulières dans le secteur **vii)** du paragraphe 4.1 des présentes sont déterminés lors de leur approbation par le Ministre après avoir consulté la Fédération. Leur volume est convenu selon les dispositions du présent paragraphe.

4.6 Durée de l'engagement du médecin

La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au trimestre suivant la date de la confirmation de son adhésion par le DRMG de l'agence à la Régie. L'engagement est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DRMG de l'agence sont d'accord pour procéder à une révision de l'engagement;
- Le DRMG de l'agence considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants dans l'un des secteurs d'activités i) à **v)** énumérés au paragraphe 4.1 des présentes. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend des activités dans les secteurs **vi)** et **vii)** dudit paragraphe.

La révision de l'engagement doit se finaliser au cours du trimestre pendant lequel l'engagement arrive à son terme de deux (2) ans.

Malgré ce qui précède, en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux dans un service d'urgence d'un établissement de la région ou d'un établissement situé dans un rayon de 75 km du lieu de pratique principal du médecin, le DRMG peut obliger le médecin à une révision temporaire de son engagement.

La révision prévue à l'alinéa ci-dessus, n'est applicable que si l'engagement du médecin a pour objet les activités des secteurs **vi)** et **vii)** du paragraphe 4.1 des présentes et elle doit être précédée d'un préavis de soixante (60) jours.

Cette révision temporaire ne peut être de plus de six (6) mois et ne peut être renouvelée que pour une autre période maximale de six (6) mois. Aux fins des présentes, une pénurie est dite grave lorsqu'il y a risque de rupture ou lorsque les effectifs médicaux au service d'urgence ne lui permettent pas de combler plus de 70 % de ses besoins en heures-présence selon l'évaluation faite par le comité paritaire responsable de l'application de l'entente particulière relative au service d'urgence de certains CHSGS et de CLSC du réseau de garde.

Un médecin peut porter à l'attention du comité paritaire toute situation mettant en cause le renouvellement ou la révision de son engagement par le DRMG.

4.7 Refus d'adhésion

Lorsque des activités médicales particulières sont disponibles dans un territoire de l'agence, le refus d'une demande d'adhésion d'un médecin par un DRMG ne peut être justifié que par le respect du plan régional des effectifs médicaux.

4.8 Consentement

L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément à l'article 7 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.

5.0 RÉDUCTION

5.1 Modalités de base

Une réduction de 30 % s'applique à la rémunération versée pendant un trimestre et provenant des activités professionnelles autres que celles effectuées dans les secteurs i) à v) inclusivement prévus au paragraphe 4.1 des présentes. La rémunération versée provenant du secteur v) est celle se rattachant aux clientèles vulnérables telles que visées à l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle. Elle s'applique dans les cas suivants :

- Le médecin qui n'a pas adhéré à la présente entente quel que soit son nombre d'années de pratique;
- Le médecin qui, durant deux trimestres consécutifs, ne respecte pas le volume d'activités apparaissant à son engagement;
- Le médecin de vingt (20) ans de pratique ou plus qui ne respecte pas son engagement.

5.2 Modalités d'application

Aux fins de l'application de la réduction prévue au paragraphe 5.1 des présentes, les procédures sont les suivantes :

- Médecins non adhérents : la Régie applique la réduction pour chaque trimestre non couvert en totalité par une adhésion dûment confirmée par le DRMG ou, le cas échéant, par le comité paritaire en vertu du paragraphe 3.3.2 des présentes, et en avise le DRMG et le comité paritaire;
- Médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique : le DRMG de l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du paragraphe 3.3.2 des présentes, suite à un avis de l'établissement lorsque le non-respect vise une nomination en établissement ou après avoir effectué son évaluation de la pratique du médecin, demande à la Régie d'appliquer la réduction à partir du début du trimestre suivant la demande du DRMG ou du comité paritaire. La Régie continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis du DRMG ou du comité paritaire de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;

- Médecins adhérents de vingt (20) ans ou plus de pratique : sur demande du DRMG et avec l'approbation du comité paritaire, la Régie applique la réduction à partir du début du trimestre suivant l'approbation par le comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes et continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis, du DRMG et du comité paritaire, de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;

Seule la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie est prise en compte aux fins des présentes, en excluant de la même façon que le prévoit l'annexe XIII pour les fins de l'annexe IX, la rémunération versée pour les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*.

Dans tous les cas, cette réduction s'applique également à la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel.

Pour les fins de l'application des articles 2 et 3 de l'annexe IX, la rémunération sujette à l'application de la réduction prévue dans le cadre de l'entente sur les activités médicales particulières est considérée selon le tarif de base prévu à l'Entente.

5.3 Congé de maternité ou d'adoption

Les dispositions prévues aux paragraphes précédents ne s'appliquent au médecin qui bénéficie d'un congé de maternité, ou est éligible à ce congé, ou prend un congé d'adoption, qu'après l'expiration d'une période de douze (12) mois dont la répartition avant et après l'accouchement ou avant et après la prise en charge effective de l'enfant, appartient au médecin et doit comprendre, dans le cas d'un congé de maternité, le jour de l'accouchement et, dans le cas d'un congé d'adoption, le jour de la prise en charge effective.

Dans le cas d'un congé d'adoption, lorsque deux conjoints peuvent bénéficier des dispositions de l'alinéa précédent, la période de douze (12) mois qui y est prévue est répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent la Régie.

AVIS : *Le médecin doit préciser à la Régie les dates de début et de fin de la période d'exemption dont il désire se prévaloir.*

5.4 Exemption

En outre et de façon exceptionnelle, le comité paritaire peut, après avis du DRMG de l'agence, exempter un médecin de l'application de la réduction pour des raisons non prévues par l'entente.

Le comité paritaire précise la période d'application de l'exemption accordée. Dans certains cas, cette période peut être indéfinie.

Aux fins de l'annexe XIX, l'exemption accordée par le comité paritaire tient lieu, pour la période en cause, d'adhésion du médecin à la présente entente.

6.0 PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS

6.1 Dispositions s'appliquant au DRMG de l'agence

Le DRMG de l'agence s'assure du respect des procédures d'adhésion décrites à l'article 3.0 des présentes et des délais qui y sont spécifiés.

De plus, il s'assure du respect de l'engagement du médecin. En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, il doit :

- faire connaître la liste des activités médicales particulières qui ont cours sur son territoire à tout médecin qui en fait la demande sauf pour celles relevant d'une instance à vocation nationale qui est déterminée par le Ministre;
- faire connaître à un médecin, s'il en est, les besoins des services d'urgence des régions voisines situés à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique;
- recevoir l'avis de nomination du médecin ou, le cas échéant, convenir avec le médecin d'une reconnaissance de ses activités en cabinet ou dans un milieu autre qu'un établissement;
- confirmer l'adhésion du médecin et en informer la Régie ou aviser le médecin des ajustements à apporter;
- faire le suivi du respect de l'engagement du médecin adhérent en lien avec l'établissement concerné et à l'aide des informations transmises par la Régie;
- après avoir donné l'occasion au médecin de se faire entendre, prendre la décision de demander à la Régie d'appliquer la réduction selon les modalités prévues à l'article 5.0 des présentes;
- lorsque l'engagement du médecin concerne plus d'une agence, transmettre toute information pertinente au DRMG de l'autre agence intéressée. Chaque DRMG fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui la concerne et informe le DRMG de l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes, du respect ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin.

6.2 Dispositions applicables par la Régie de l'assurance maladie du Québec

En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, la Régie doit :

En ce qui a trait au médecin non adhérent :

- faire l'inventaire, sur une base trimestrielle, des médecins non adhérents, et en transmettre la liste au comité paritaire;
- aviser le médecin qu'il est sujet à l'application de la réduction;
- appliquer, le cas échéant, la réduction selon les modalités prévues à la présente entente.

En ce qui a trait au médecin adhérent :

- sur demande du DRMG de l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes, lui transmettre ainsi qu'au médecin concerné le profil de pratique de ce dernier, profil de pratique converti en heures-services selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe III des présentes. Ce profil vise les secteurs d'activités prévus au paragraphe 4.1 des présentes, par territoire et par établissement et est produit par trimestre pour les quatre derniers trimestres pour lesquels les données sont disponibles. En ce qui a trait aux secteurs d'activités v) et vi), la Régie fournit au DRMG annuellement de façon nominative et au comité paritaire annuellement de façon non nominative, et par région le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables de chacun des médecins qui compte, parmi ses AMP, des activités de ces secteurs.
- appliquer la réduction suite à la demande du DRMG de l'agence et selon les modalités prévues aux présentes;

- lorsqu'un médecin exécute des activités médicales particulières sur les territoires de plus d'une agence, aviser le médecin de l'identité de l'agence responsable de l'administration du dossier du médecin conformément au sous-paragraphe 3.2.1. sauf s'il s'agit de services dispensés dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente.

En ce qui a trait à l'évaluation du fonctionnement de la présente entente en regard des objectifs poursuivis d'une meilleure répartition des effectifs médicaux et d'une augmentation de la participation des médecins dans les secteurs d'activités i) à v) inclusivement du paragraphe 4.1 des présentes, la Régie doit, sur la base des règles de conversion apparaissant en annexe III des présentes, transmettre au 1^{er} avril de chaque année.

- Au DRMG de l'agence, et sur demande, au comité paritaire, le profil de pratique de chaque médecin du territoire, profil de pratique converti en heures-services selon les règles de conversion retenues et visant les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes.
- Au DRMG et au comité paritaire, un tableau-synthèse, par région, et en se basant sur les règles de conversion, sur les éléments suivants :
 - nombre de médecins répondant aux exigences de base prévues à la présente entente;
 - répartition de leurs activités selon les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes;
 - évolution globale et par région du nombre d'heures-services dans les secteurs d'activités visés à la présente entente.

6.3 Dispositions applicables au comité paritaire

Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente entente, le comité paritaire est responsable du suivi de la présente entente. Notamment, il est responsable, en étroite collaboration avec les DRMG des agences, d'évaluer le fonctionnement de l'entente eu égard à ses objectifs et de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

7.0 ÉVALUATION

Les parties conviennent de procéder, selon l'échéancier qu'elles déterminent, à une évaluation du fonctionnement de l'entente et du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par les articles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* à savoir l'augmentation de la participation des médecins aux activités ciblées particulièrement celles des secteurs i) à v) du paragraphe 4.1 des présentes sur la base d'une participation équitable des médecins et du respect individuel des exigences de base.

Dans le cas où l'une des deux parties évalue comme insuffisante l'atteinte des objectifs, les parties conviennent d'entreprendre des discussions pour apporter les correctifs requis.

8.0 DIFFÉREND

- 8.1 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.
- 8.2 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, une agence ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières dans plus d'un territoire, une agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, peut être partie à un différend au sens du présent article.

- 8.3** Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend. Toutefois, est réputée constituer une décision toute recommandation ou avis d'un établissement, d'une agence ou d'une agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ayant pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération d'un médecin.
- 8.4** Seule une décision du Ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'une agence, d'une agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions.
- 8.5** Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément à l'article 8.7 de la présente entente. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.
- 8.6** Nonobstant les dispositions de l'article 8.5, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du médecin, un différend relié à la même cause et au même objet.
- 8.7** Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin, lorsque le litige se fonde, en tout ou partie, sur toutes autres dispositions contenues dans la présente entente particulière.
- Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, ce différend doit, lorsque aucune question de cumul n'est soulevée, être dirigé, indistinctement, contre la Régie ou l'agence en cause, ou les deux.
- Lorsque le différend réfère à un cas de cumul d'activités médicales particulières, ce différend doit être dirigé contre la Régie ou l'agence visée au paragraphe 3.2.1 des présentes ou les deux.
- Lorsque le différend est relatif à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S-4.2), ce différend doit être dirigé contre l'agence visée et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Toutefois, lorsque le différend l'exige, un établissement peut également être partie à ce différend.
- 8.8** La partie contre laquelle un différend est soulevé est réputée mandataire de toutes autres parties non mises en cause, que ce soit à des fins d'assignation, d'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou de l'arbitrage ainsi que de l'exécution de la décision du Conseil d'arbitrage.
- 8.9** Advenant contestation, l'agence de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux est réputée mandataire des autres agences intéressées au dossier des activités médicales particulières d'un médecin, que ce soit aux fins de l'application de l'article 8.7 qui précède ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des activités médicales particulières d'un médecin.
- 8.10** Le Ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.
- 8.11** La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie, une agence, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.
- 8.12** En faisant les adaptations nécessaires, les articles 24.00 à 28.00 de l'entente générale s'appliquent à un différend logé en vertu de la présente entente particulière.

8.13 Le défaut par la Régie, par une agence de transmettre au médecin, en regard d'un trimestre, un avis prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour le trimestre visé, l'imposition de toute réduction de sa rémunération, par l'une des parties précitées.

8.14 La procédure de différend prévue au présent article s'applique à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S-4.2).

9.0 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative aux activités médicales particulières signée le 18 mars 2004. Elle prend effet le 1^{er} octobre 2011 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____
ce _____^e jour de _____ 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Calcul des années de pratique

Pour les fins d'application du paragraphe 4.3 des présentes, le calcul des années de pratique se fait selon les modalités suivantes :

- jusqu'au 1^{er} septembre 2003, une année de pratique ou partie de celle-ci, est, au bénéfice du médecin, comptabilisée depuis la date de l'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec;
- lorsqu'une année de pratique en vertu de la présente entente, ou partie de celle-ci, est postérieure au 1^{er} septembre 2003, les conditions particulières suivantes reçoivent application :
 - cette année de pratique, ou partie de celle-ci, doit être complétée au Québec;
 - le médecin visé doit être considéré comme actif. Sous réserve des adaptations appropriées afin de permettre au médecin de prendre des vacances et des jours de ressourcement pour une durée totale d'au plus deux (2) mois par année, est considéré comme médecin actif tout médecin qui, mensuellement, reçoit une rémunération minimale de 4 000 \$ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 \$, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation. Le médecin qui répond à cette exigence mais uniquement pour une partie d'année, se voit reconnaître cette partie d'année aux fins du calcul des années de pratique;
 - les périodes d'invalidité, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois (congé de maternité ou d'adoption d'une durée maximale de cinq (5) mois auquel s'ajoute, le cas échéant, un congé additionnel d'une durée maximale de douze (12) mois tenant lieu d'un congé sans solde de même durée) sont incluses dans le calcul des années de pratique. Il en va de même pour les années de pratique, quel que soit le lieu de dispensation des services, comme médecin militaire, pour le compte des Forces Armées Canadiennes ainsi que le congé de paternité pour une durée maximale de cinq (5) semaines;

AVIS : *Le médecin doit informer la Régie de la période de congé, par une lettre. Pour les périodes d'invalidité, veuillez joindre un certificat d'arrêt de travail signé par votre médecin traitant précisant la période d'arrêt et mentionnant si l'invalidité est totale ou partielle. Les documents doivent être transmis à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
C.P. 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

- lorsque l'adoption est le fait d'un couple constitué de deux (2) médecins régis selon la présente entente particulière, la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux conjoints selon les modalités qu'ils fixent entre eux. Ils en informent la Régie;
- aux fins des sous-paragraphe précédents, seules les années postérieures à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec sont considérées comme des années de pratique.

Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin et devant apparaître à son engagement doit être basée, pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de douze (12) heures par semaine, sur les critères suivants(*) :

1. Service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde :

Seize (16) quarts de garde de huit (8) heures par trimestre (le temps de débordement n'est pas inclus ni compté).

2. Soins aux patients admis en courte durée

A) Soins dispensés dans une unité de soins de courte durée :

- Pratique solo : le médecin doit être responsable, sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année, en moyenne de quatre (4) lits de courte durée chaque jour;
- Pratique en équipe : sur la base de quinze (15) lits par jour, une (1) semaine d'hospitalisation sur cinq (5) incluant la garde en disponibilité.

B) Soins dispensés à des patients admis par des omnipraticiens consultants ou agissant en qualité de médecins spécialistes

Le DRMG, sur recommandation du chef du département clinique de médecine générale, peut reconnaître ces activités en prenant en compte le nombre d'heures de présence du médecin dans l'établissement pour ces activités.

3. Soins dispensés à un patient en centre d'hébergement et de soins de longue durée :

- Selon le nombre d'heures lorsque le médecin est rémunéré sur une base horaire.
- S'il est rémunéré à l'acte, il assume la responsabilité des soins à quarante-cinq (45) patients en moyenne sur une base hebdomadaire.

4. Prise en charge et suivi de la clientèle :

Compte tenu de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, les parties conviennent de confier au DRMG la responsabilité d'évaluer la pratique de prise en charge et de suivi du médecin eu égard aux exigences de base en AMP applicables à ce médecin.

Aux fins de cette évaluation, le DRMG devra tenir compte de critères d'analyse dont notamment les clientèles prioritaires au sens du paragraphe 4.1 de l'entente particulière relative aux AMP, les caractéristiques socio-économiques du territoire ainsi que certaines variables applicables au profil de pratique du médecin.

Le médecin insatisfait de la décision du DRMG quant à la reconnaissance de sa pratique aux fins des AMP peut faire appel au comité paritaire. Le comité paritaire prend connaissance des données sur la pratique du médecin, consulte le médecin et le DRMG et rend sa décision. Il en informe le médecin, le DRMG ainsi que la Régie.

Les parties conviennent d'évaluer l'application des dispositions du présent paragraphe au cours de l'automne 2013.

* Dans la mesure où un médecin cumule des activités dans plus d'un des secteurs apparaissant à la présente annexe, le DRMG de l'agence fait les ajustements appropriés.

5. Programme de soutien à domicile :

Dix (10) visites à domicile par semaine sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année auprès de bénéficiaires faisant partie du programme de soutien à domicile du CLSC. Attestation annuelle de l'établissement concerné et, le cas échéant, sur demande du DRMG de l'agence.

6. Services médicaux en obstétrique :

Nomination avec privilèges en obstétrique.

7. Garde en disponibilité pour les secteurs ii) et iii) :

La garde en disponibilité n'est reconnue que les semaines où elle est rémunérée. Chaque forfait versé pour une garde de huit (8) heures est comptabilisé à une heure quarante-cinq minutes (1,75 heure).

8. Dépannage

- Temps réel de services cliniques selon les critères apparaissant ci-dessus.
- Le temps de déplacement est comptabilisé.

Règles de conversion

Dans le but de fournir aux DRMG et au comité paritaire des données dans une certaine mesure uniformisées et comparables et de traduire les données sur la rémunération des médecins en heures, comptée comme ayant été payée selon le tarif de base, la Régie se base sur les règles de conversion qui suivent :

- Garde sur place (CH et CLSC du réseau de garde) temps réel à partir des forfaits ou si rémunération selon le mode de l'acte selon un tarif horaire établi à 90,90 \$.
- Garde en disponibilité : selon le nombre de forfaits de garde versé, chaque forfait équivalent à une heure et quarante-cinq minutes (1,75 heure).
- Obstétrique : nomination avec privilèges en obstétrique équivaut à douze (12) heures par semaine.
- Malade admis : trente (30) minutes par examen.
- Anesthésie : temps réel ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire de 90,90 \$.
- CHSLD, CR : selon le nombre d'heures ou, si rémunération à l'acte, sur la base horaire d'un tarif horaire de 90,90 \$.

Lettre d'entente n° 245

Concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence du guichet du CSSS

CONSIDÉRANT que dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 195* une somme de 5 M\$, sur une base non récurrente, est affectée exclusivement à l'inscription de la clientèle vulnérable et sans médecin de famille sur référence du guichet du CSSS et que, pour l'année 2010-2011, la totalité de la somme consacrée à cette mesure n'a pas été entièrement dépensée et qu'en conséquence, la somme résiduelle doit être affectée exclusivement à l'inscription de la clientèle vulnérable et sans médecin de famille;

CONSIDÉRANT que dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant le 31 mars 2010 les parties ont convenu de verser un montant supplémentaire au médecin qui accepte d'inscrire, de prendre en charge et de suivre, sur référence du guichet du CSSS, tout patient vulnérable ou non vulnérable et sans médecin de famille;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En sus du forfait pour l'inscription générale et des forfaits déjà existants en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, un montant supplémentaire est payable à un médecin suite à l'inscription de chaque patient vulnérable ou non qui n'est pas inscrit auprès d'un médecin de famille et qui est référé par le médecin coordonnateur médical local dans le cadre du guichet du CSSS.
2. Pour chaque patient vulnérable le montant supplémentaire est de 208,60 \$ en cabinet privé et de 173,80 \$ en CLSC ou en établissement. Il est payé en un seul versement lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie.

AVIS : Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **19951** dans la section Actes pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF) selon le cas;
- inscrire dans la case C.S. la lettre « **A** »;
- inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les informations suivantes : le numéro du CSSS (**94XXX**), la date de référence du CSSS et le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;
- le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou la thérapie et sur la même demande de paiement.

3. Pour chaque patient non vulnérable le montant supplémentaire est de 100 \$ en cabinet privé et de 83 \$ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie.

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 :*

- *le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;*
- *le code d'acte 19952 dans la section Actes pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case HONORAIRES selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF) selon le cas;*
- *inscrire dans la case C.S. la lettre « A »;*
- *inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES les informations suivantes : le numéro du CSSS (94XXX), la date de référence du CSSS et le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;*
- *le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou la thérapie et sur la même demande de paiement.*

4. Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, la Régie récupère la moitié du montant supplémentaire versé suite à l'inscription de ce patient si, dans les douze (12) mois qui suit la date de l'inscription, d'un patient :

- le médecin a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de clientèle. Le médecin doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- le médecin modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits. Le médecin doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification.

Ces patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin à compter de la date de la modification de sa pratique.

AVIS : *Pour le médecin pratiquant hors GMF*

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez remplir la section B du formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF n° 4094, le signer et le faire parvenir à la Régie par télécopieur ou par la poste au :

*Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110*

Pour le médecin pratiquant en GMF

Pour demander une fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de vos inscriptions (que vous aurez identifiées), vous devez faire parvenir une lettre à la Régie en précisant la date du changement, le GMF et le site précis concerné, par télécopieur ou par la poste au :

*Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : 418 646-8110*

5. Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin en vertu de la présente lettre d'entente, depuis moins de douze (12) mois, s'adresse au guichet pour demander d'être inscrit auprès d'un second médecin pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin, le coordonnateur médical peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille au sens de la présente lettre d'entente. Le coordonnateur médical avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du montant supplémentaire réclamé en vertu des présentes par le premier médecin.
6. Lorsqu'il réfère plus de cent (100) patients à un médecin selon les dispositions de la présente lettre d'entente, le coordonnateur médical s'assure que celui-ci offre une prise en charge et un suivi à la clientèle inscrite. Dans le cas contraire, le coordonnateur médical en informe le comité paritaire qui peut, selon la situation, demander au coordonnateur médical ou à la Régie de donner suite aux recommandations du comité paritaire.
7. Seules les inscriptions effectuées dans les lieux visés pour l'inscription des clientèles énumérées au paragraphe 3.01 A) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* donnent droit aux montants supplémentaires. De plus, l'inscription donnant lieu au supplément doit s'effectuer postérieurement à la date de référence par le coordonnateur médical.
8. Le CSSS transmet au médecin prêt à prendre en charge le patient qu'il lui réfère les informations suivantes :
 - la date de référence,
 - l'identification du patient,
 - son numéro d'assurance maladie,
 - les renseignements cliniques pertinents,
 - le numéro séquentiel qu'il lui a attribué,
 - ainsi que son numéro d'établissement.L'établissement doit conserver, en tout temps, ces informations ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.
9. La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.
10. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 195*.
11. Pour favoriser la mise en œuvre de la présente lettre d'entente, les parties conviendront d'un guide de gestion au bénéfice du coordonnateur médical dans la réalisation des responsabilités qui lui sont confiées dans le cadre de la présente lettre d'entente. Les discussions sur ce guide devront porter notamment sur des modalités de gestion relatives à :
 - la priorisation des clientèles vulnérables entre elles;
 - la priorisation des clientèles vulnérables par rapport aux non vulnérables;
 - l'autoréférence de patients;
 - le nombre de patients référés.
12. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut faire aux parties les recommandations qu'il estime nécessaires face à toute situation qui pourrait lui être soumise en application de la présente lettre d'entente.
13. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} novembre 2011 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.