

Introduction d'un nouveau mode de rémunération mixte dans certains secteurs de pratique – Amendement n° 135

Introduction

La Régie vous présente les principales dispositions apportées à votre entente dans le cadre de l'*Amendement n° 135* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de votre fédération. Cet amendement entre en vigueur le **1^{er} juillet 2015**, et introduit, par l'annexe XXIII, le nouveau mode de rémunération mixte. L'annexe XXIII prévoit des modalités de rémunération relatives au nouveau mode de rémunération mixte dans différents secteurs de pratique désignés. L'annexe I à l'annexe XXIII présente les tableaux de suppléments d'honoraires des services payables selon un pourcentage qui varie selon les secteurs de pratique admissibles des établissements désignés. L'annexe II fait état des suppléments d'honoraires qui demeurent payables à 100 %, peu importe le secteur de pratique. L'annexe III présente la liste des établissements désignés.

Au 1^{er} juillet 2015, seuls les secteurs de pratique *Santé publique et Santé et sécurité du travail* sont visés par le mode de rémunération mixte. Les modalités concernant les activités médicales dans ces secteurs de pratique sont expliquées à la section 10 de la présente infolettre. Vous serez avisé des dates de désignation des autres secteurs de pratique et des modalités afférentes dans une prochaine infolettre.

Des changements de concordance à des dispositions existantes de votre entente sont également apportés par l'*Amendement n° 135*. Des modifications aux instructions de facturation pour le médecin adhérent à l'*Entente particulière relative à la santé publique* sont aussi décrites.

Documents de référence

- [Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 135*
- [Partie II](#) Annexe XXIII
- [Partie III](#) Annexe I à l'annexe XXIII
- [Partie IV](#) Annexe II et annexe III à l'annexe XXIII
- [Partie V](#) Changements administratifs – Instructions de facturation
- [Partie VI](#) Avis de service modifiés 1897 et 3547

Sommaire

1. Dispositions générales 2
2. Qu'est-ce que le mode de rémunération mixte? 2
3. Quand le médecin peut-il choisir le mode mixte? 3
4. Comment se prévaloir du mode mixte? 4
5. Secteurs de pratique désignés – paragraphes 3.01 et 3.02 de l'annexe XXIII 5
6. Instructions de facturation 7
7. Particularités du mode mixte – annexe XXIII 7
8. Particularités pour le médecin à tarif horaire 8
9. Particularités pour le médecin à honoraires fixes 9
10. Services dispensés en santé publique et en santé et sécurité du travail 10
11. Autres modifications découlant de l'Amendement n° 135 17

1. Dispositions générales

Tout médecin qui pratique au Québec, à l'exception des médecins exerçant dans le cadre du mécanisme de dépannage, dans un des secteurs de pratique admissibles, centres, programmes, unités, services ou départements, ou leur regroupement, d'un établissement, peut se prévaloir du mode de rémunération mixte (ci-après appelé mode mixte). Le médecin peut se prévaloir de ce nouveau mode quel que soit son mode de rémunération actuel (à l'acte, à tarif horaire ou à honoraires fixes).

Les dispositions spécifiques au médecin rémunéré à honoraires fixes qui choisira le mode mixte sont présentées à la section 9.

Le mode mixte pourra être choisi dans différents secteurs de pratique, identifiés à la section 5 de l'infolettre, des établissements du réseau désignés à l'annexe III de l'annexe XXIII.

Les services rémunérés en vertu des ententes particulières (EP) suivantes **sont exclus** du mode mixte :

- EP – Grand-Nord (n° 1)
- EP – CS de Chibougamau (n° 23)
- EP – Régions 17 et 18 et CSSS de la Basse-Côte-Nord (n° 32)
- EP – CSSS des Îles (n° 44)

De plus, les unités de soins intensifs ou coronariens (**0XXX6** ou **4XXX6**) et les unités de soins généraux et spécialisés (malades admis – **0XXX3**) des centres hospitaliers désignés ne sont pas visées par le mode mixte.

Au **1^{er} juillet 2015**, seuls les secteurs de pratique *Santé publique* et *Santé et sécurité du travail* sont visés par le mode de rémunération mixte (voir la section 10).

Vous serez avisé des dates de désignation des autres secteurs de pratique et des modalités afférentes dans une prochaine infolettre.

Les nouveaux codes de forfait et les codes d'acte ainsi que les tarifs précisés dans cette infolettre pourront être facturés à compter du **1^{er} juillet 2015** seulement.

2. Qu'est-ce que le mode de rémunération mixte?

Le mode mixte, **constitué d'un forfait horaire et d'un supplément d'honoraires**, est **exclusivement** rémunéré à l'acte. Le supplément d'honoraires correspond à un pourcentage du tarif des services identifiés dans un secteur de pratique visé par le mode mixte. Le pourcentage peut varier selon le secteur de pratique concerné ou selon le service rendu. Du lundi au dimanche, incluant les jours fériés, entre 8 h et 24 h, ce mode couvre de façon **exclusive** les activités suivantes :

- la dispensation des activités médicales identifiées dans les secteurs de pratique visés par un tableau des suppléments d'honoraires présentés à l'annexe I de l'annexe XXIII, et réalisées avec ou sans l'encadrement d'externes ou de médecins résidents (paragraphe 2.01 *a*) de l'annexe XXIII);
- les activités médico-administratives auxquelles le médecin participe (paragraphe 2.01 *b*) de l'annexe XXIII), soit :
 - les activités de département clinique ou de services cliniques tenues au sein de l'établissement;

- les réunions, à titre de membre, de comités mis sur pied par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- la participation aux activités de programmes ou de tout autre comité créés au sein de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de la Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS (réservé au médecin détenteur d'une nomination en santé publique au sein de ces organismes, paragraphe 2.01 b) iii) de l'annexe XXIII).

Les activités effectuées entre 0 h et 8 h, par le médecin qui opte pour le mode mixte, sont rémunérées selon les dispositions de l'entente générale.

Les activités d'encadrement d'externes et de médecins résidents de même que la supervision médicale du stage d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou d'une sage-femme s'ajoutent au forfait horaire et sont rémunérés à 100 % de leur tarif de base (paragraphe 2.01 a) de l'annexe XXIII et annexe II à l'annexe XXIII).

Le forfait horaire et le supplément d'honoraires sont payés selon le mode de l'acte :

- **Forfait horaire** : 57,12 \$ par heure d'activité complétée. Après avoir complété 60 minutes (1 heure) d'activité **en continu**, le forfait est rémunéré par période de 15 minutes additionnelles complétées (paragraphe 2.05).
- **Supplément d'honoraires** : en plus du forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage du tarif de base des services médicaux et médico-administratifs identifiés aux tableaux des suppléments d'honoraires du secteur de pratique visé à l'annexe I de l'annexe XXIII (paragraphe 2.06 et 2.07).
- Les services mentionnés à l'annexe II de l'annexe XXIII donnent droit à la rémunération de 100 % de leur tarif de base, peu importe le moment où ils sont rendus (paragraphe 2.11). Les modalités de facturation en vigueur pour chaque service doivent être respectées.

Le forfait horaire **ne peut pas** être facturé lorsque la prestation des services est inférieure à 60 minutes en continu. Dans ce cas, le médecin facture, pour les services professionnels dispensés, les suppléments d'honoraires (pourcentage des actes) applicables au secteur de pratique de son choix indiqué aux annexes I et II de l'annexe XXIII.

Exceptionnellement, le médecin qui n'est pas dans l'établissement ni de garde en disponibilité et qui est appelé pour rendre des services sur place est rémunéré selon l'entente générale à 100 % du tarif de base. Par contre, si la période durant laquelle le médecin dispense ses services est d'au moins 60 minutes en continu, entre 8 h et 24 h, il peut choisir d'être rémunéré selon le mode mixte.

Le mode mixte est offert exclusivement dans les secteurs de pratique énumérés à la section 5 et dans un établissement désigné. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements et de leurs secteurs de pratique admissibles au mode mixte. Pour les secteurs de pratique *Santé publique* et *Santé et sécurité du travail*, la liste des établissements paraît à l'annexe III de l'annexe XXIII ([partie IV](#) de l'infolettre) et est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes. Cette liste sera mise à jour au fur et à mesure de la mise en application des différents secteurs de pratique.

3. Quand le médecin peut-il choisir le mode mixte?

Lors de la mise en application d'un secteur de pratique visé par le mode mixte, le médecin, qui exerce dans le secteur, peut opter pour le mode mixte pour ses activités, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination. Le choix de son option doit être fait au cours des **trois premiers mois** de la désignation du secteur en cause (paragraphe 4.01, 1^{er} alinéa).

Par ailleurs, le médecin qui est absent pour raison d'invalidité totale ou partielle, de congé de maternité ou de congé autorisé par l'établissement au cours des trois mois suivant l'introduction d'un secteur de pratique, peut exercer le choix du mode mixte dans les trois mois suivants la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.

Lors de sa nomination ou de son renouvellement, le médecin peut opter pour le mode mixte par secteur de pratique, pour chacune des installations physiques d'un établissement et, s'il y a lieu, pour chaque établissement, centre, programme, unité, service ou département, ou leur regroupement (paragraphe 1.02).

4. Comment se prévaloir du mode mixte?

Pour accéder au mode mixte, dès la mise en application d'un secteur de pratique précisé aux paragraphes 3.01 et 3.02, le médecin doit demander à son ou à ses établissements de transmettre un avis de service à la Régie pour chaque secteur de pratique admissible, centre, programme, unité, service ou département, ou leur regroupement, pour lesquels il choisit ce mode.

Pour le médecin rémunéré **à l'acte** ou **à tarif horaire** qui désire mettre fin à son mode de rémunération pour choisir le mode mixte dans un secteur de pratique, l'établissement doit transmettre un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte* (3547). Le choix du mode mixte dans un secteur de pratique aura pour effet de mettre fin automatiquement à la nomination à l'acte ou à tarif horaire dans ce même secteur.

Le médecin à **honoraires fixes** à temps plein à 35 heures/semaine ou à deux demi-temps de 17,5 heures (que l'un ou l'autre de ces médecins se soit prévalu ou non de l'option de 220 heures additionnelles à honoraires fixes) peut choisir le mode mixte tout en conservant son mode actuel (voir la section 9 de l'infolettre) :

- Pour le médecin à honoraires fixes à temps plein (35 heures/semaine), l'établissement doit transmettre le formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte* (1897).
- Pour le médecin à honoraires fixes à deux demi-temps de 17,5 heures/semaine qui fait le choix du mode mixte, chaque établissement où le médecin opte pour le mode mixte doit transmettre l'avis de service 1897. Le médecin peut faire le choix du mode mixte dans un ou dans les deux établissements.

Dans le cas du médecin qui désire mettre fin au mode des **honoraires fixes** et opter exclusivement pour le mode mixte, l'établissement doit également transmettre un avis de service 3547 pour le mode mixte en plus de l'avis de service 1897 pour mettre fin au mode des honoraires fixes.

Les formulaires *Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte* (1897) et *Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte* (3547) sont modifiés pour permettre d'opter pour le mode mixte et sont présentés à la [partie VI](#) de l'infolettre.

Les établissements du réseau de la santé sont avisés des modalités particulières relatives à certaines situations et des instructions pour le remplissage des avis de service 1897 et 3547 dans l'[infolettre 053](#).

Important

Si votre nomination arrive à échéance au cours de l'année 2015 et que vous optez pour le mode mixte, votre établissement est invité à procéder au renouvellement au même moment.

Afin d'éviter tout refus de paiement, le médecin doit attendre une lettre de confirmation de la Régie l'informant de la mise à jour de son dossier le rendant admissible à la rémunération selon le mode mixte.

5. Secteurs de pratique désignés – paragraphes 3.01 et 3.02 de l'annexe XXIII

Au 1^{er} juillet 2015, seuls les secteurs de pratique *Santé publique* et *Santé et sécurité du travail* sont visés par le mode de rémunération mixte (voir la section 10).

Vous serez avisé des dates de désignation des autres secteurs de pratique et des modalités afférentes dans une prochaine infolettre.

Les secteurs de pratiques désignés dans lesquels le mode mixte deviendra accessible sont les suivants :

5.1 Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

- unité de soins de courte durée gériatriques, services gériatriques ambulatoires, hôpital de jour, unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (0XXX2);
- département de psychiatrie (soins physiques) incluant la clinique externe en psychiatrie (soins physiques) (0XXX8);
- unité de soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services, incluant la clinique externe en soins palliatifs (4XXX0);
- en l'absence d'une unité physique de soins palliatifs, l'unité de courte durée pour la clientèle de soins palliatifs prise en charge par une équipe dédiée de soins palliatifs et lorsque désignée par le comité paritaire (4XXX0);
- unité d'hébergement et de soins de longue durée (0XXX4).

5.2 Établissement, partie d'établissement ou institut à fonction d'hébergement et de soins de longue durée

- unité de soins de courte durée gériatriques (0XXX2).

5.3 Établissement, partie d'établissement ou institut à fonction de centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP)

- unité d'hébergement et de soins de longue durée incluant la clinique externe (0XXX4) ou (0XXX8 pour le médecin détenant une nomination spécifique à honoraires fixes dans un des établissements reconnus).

5.4 Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

- unité d'hébergement et de soins de longue durée, unité de soins palliatifs, hôpital de jour, unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, unité de lits de transition ou de soins subaigus incluant la clinique externe en gériatrie et en réadaptation (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5).

5.5 Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) – fonction principale autre que la gestion d’une unité de soins de courte durée et sans service d’urgence

- unité d’hébergement et de soins de longue durée (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5);
- unité de soins de courte durée gériatriques (0XXX4, 1XXX5 ou 2XXX5);
- unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation (0XXX3 dans certains établissements reconnus).

5.6 Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

- unité de toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie (0XXX0).

5.7 Centre de réadaptation (CR) incluant la clinique externe

- en déficience physique (1XXX3 ou 0XXX3 dans certains établissements reconnus);
- en déficience intellectuelle (1XXX3 ou 4XXX9);
- en toxicomanie (1XXX3);
- centre de protection de la jeunesse (1XXX3 ou 4XXX9).

5.8 Centre local de services communautaires (CLSC) (9XXX2 ou 8XXX5)

- les services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle;
- le soutien à domicile;
- le sans rendez-vous incluant celui de l’unité de médecine familiale;
- les soins palliatifs;
- les interruptions volontaires de grossesse (IVG);
- la toxicomanie;
- le programme jeunesse;
- le programme de santé mentale adulte;
- le programme de santé mentale jeunesse;
- l’unité de médecine familiale.

5.9 CHSGS

- l’unité de médecine familiale (4XXX1);
- la clinique de la douleur (à déterminer);
- le sans rendez-vous dans l’unité de médecine familiale (4XXX1).

5.10 Services dispensés en santé publique

- sous la responsabilité d’une direction régionale de santé publique (0XXX3);
- l’Institut national de santé publique du Québec (94559);
 - Laboratoire de santé publique (94539);
- la Direction générale de santé publique (94509).

5.11 Services en santé et sécurité du travail pour le compte de la CSST

- sous la responsabilité d’une direction régionale de santé publique (9XXX2, 8XXX5 ou 0XXX3).

6. Instructions de facturation

Vous devez utiliser la *Demande de paiement – Médecin* (1200) pour la facturation du mode mixte.

Le mode mixte requiert que le médecin facture le forfait horaire et les services rendus en inscrivant **la plage horaire (P.H.)** correspondant à la période au cours de laquelle débute le forfait horaire ou le service, et ce, **en tout temps** dans le secteur de pratique concerné par le choix du mode mixte. Les plages horaires suivantes doivent être inscrites :

- De 0 h à 8 h (nuit), la plage horaire (P.H.) = **5** *
- De 8 h à 12 h (a.m.), la plage horaire (P.H.) = **6**
- De 12 h à 20 h (p.m.), la plage horaire (P.H.) = **7**
- De 20 h à 24 h (soir), la plage horaire (P.H.) = **8**

* L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) est obligatoire même si les services sont payables à 100 % du tarif de base durant cette période.

À compter du 1^{er} juillet 2015, la Régie met en place un mécanisme de calcul des honoraires permettant de payer les services demandés au montant calculé par le système, selon le secteur de pratique dans lequel le médecin est au mode mixte, et ce, sans tenir compte du débalancement d'honoraires lors du traitement de ces demandes. S'il y a débalancement d'honoraires, le message explicatif **663** paraîtra à votre état de compte (voir la [partie V](#) de l'infolettre). Tout médecin qui choisit le mode mixte dans un secteur de pratique d'un établissement désigné et qui utilise la facturation informatisée pour la réclamation de ses services, doit en informer son agence de facturation pour assurer la conformité de sa facturation.

Lors de la mise en application des autres secteurs de pratique visés, vous serez informé des modalités de facturation et, s'il y a lieu, des codes de forfait horaire prévus.

7. Particularités du mode mixte – annexe XXIII

7.1 Majorations prévues aux annexes XII, XII-A (paragraphe 2.10)

Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale s'appliquent à l'ensemble de la rémunération selon le lieu de dispensation des services, incluant le forfait horaire.

7.2 Majorations prévues à l'annexe XX (paragraphe 2.09)

Les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les suppléments d'honoraires pour les activités médicales identifiées aux annexes I et II à l'annexe XXIII, dispensées en horaires défavorables.

L'annexe I fait état du pourcentage de majoration en horaires défavorables qui s'applique sur le supplément d'honoraires dans chaque secteur de pratique. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base identifiés à l'annexe II sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX de l'entente générale.

Toutefois, les dispositions de l'annexe XX ne s'appliquent pas sur le forfait horaire, les suppléments d'honoraires pour les activités médico-administratives et le supplément de garde en disponibilité selon l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (paragraphe 2.01 b), 2.05 et 2.08). Seuls les services rendus sur place durant une période de garde en disponibilité sont sujets à la majoration en horaires défavorables.

Pour les secteurs *Santé publique* et *Santé et sécurité du travail*, veuillez vous référer à la section 10.5 de l'infolettre.

7.3 Garde en disponibilité

Les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte à 100 % de leur tarif de base selon les dispositions de l'entente générale et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (paragraphe 2.08).

Toutefois, les suppléments de garde en disponibilité peuvent être différents de ceux de l'entente particulière lorsqu'ils sont introduits par les dispositions spécifiques d'un secteur de pratique visé par la présente annexe (voir la section 10.4 pour le secteur *Santé publique* et *Santé et sécurité du travail*).

7.4 Dispositions transitoires (paragraphe 4.01, 2^e alinéa)

Les parties négociantes ont prévu des dispositions transitoires pour le médecin absent pour raison d'invalidité totale ou partielle, de congé de maternité ou de congé autorisé par l'établissement. Si le médecin est absent au cours des trois mois suivant l'introduction d'un secteur de pratique, il peut exercer le choix du mode mixte dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.

8. Particularités pour le médecin à tarif horaire

À compter de la date où le médecin opte pour le mode mixte :

- il ne peut plus se prévaloir du dépassement du nombre maximal d'heures à tarif horaire;
- il n'a plus droit à la prime de responsabilité.

Durant les 24 premiers mois de son choix du mode mixte, le médecin peut revenir au mode du tarif horaire, dans le secteur de pratique au sein de l'installation ayant fait l'objet de son choix, et ce, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination. Si durant les 24 premiers mois de son choix du mode mixte, le médecin s'absente en raison d'invalidité totale ou partielle ou pour un congé de maternité, le délai est prolongé de la durée de l'absence de façon à lui assurer le bénéfice de 24 mois d'exercice pour effectuer son choix (paragraphe 1.03 a)).

Si le choix du mode mixte est fait dans **les 3 mois suivant** la mise en application de ce mode dans le secteur de pratique visé ou l'installation en cause, la possibilité de se prévaloir du mode du tarif horaire dans le secteur de pratique au sein de l'installation est prolongée **au premier renouvellement** de nomination qui survient après les 24 premiers mois du début de sa rémunération selon le mode mixte dans l'installation en cause. Si cette limite survient lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'un congé d'invalidité totale ou partielle ou d'un congé de maternité, le délai énoncé est prolongé à la date du premier renouvellement de nomination qui survient après la fin de l'absence (paragraphe 1.03 b)).

Au-delà du délai prévu, le médecin **ne peut plus se prévaloir du mode du tarif horaire** au sein du secteur de pratique dans l'installation ayant fait l'objet de son choix du mode mixte (paragraphe 1.03).

Les instructions de facturation pour la rémunération des services de garde sur place vous seront transmises par infolettre, lorsque les secteurs de pratique visés pour les neuf établissements concernés seront mis en application. Les modalités de rémunération actuellement prévues dans ces milieux de pratique continuent de s'appliquer (paragraphe 2.16 de l'annexe XXIII et paragraphe 1.06 de l'annexe XXII).

9. Particularités pour le médecin à honoraires fixes

Seul le médecin rémunéré à honoraires fixes selon une nomination à temps plein de **35 heures** ou deux nominations à demi-temps, de **17,5 heures** chacune (que l'un ou l'autre de ces médecins se soit prévalu ou non de l'option de 220 heures additionnelles à honoraires fixes), peut se prévaloir du mode mixte, en plus de son mode actuel. Du fait de sa nomination à honoraires fixes dans l'établissement, le médecin peut faire le choix du mode mixte par secteur de pratique couvert par sa nomination.

9.1 Formule de rémunération spécifique au mode des honoraires fixes (paragraphe 2.12)

Le médecin qui choisit le mode mixte dans un établissement et un secteur de pratique visé, maintient son mode de rémunération à honoraires fixes. À cette rémunération s'ajoute la rémunération à l'acte selon un pourcentage spécifique du tarif de base pour chaque service médical rendu inscrit aux tableaux des suppléments d'honoraires pour chaque secteur de pratique visé (annexe I à l'annexe XXIII).

Les activités clinico-administratives, décrites au paragraphe 2.01 *a)*, 2^e alinéa et médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 *b)* i), ii) ou iii) auxquelles le médecin rémunéré à honoraires fixes et mixte participe, doivent être facturées selon le mode des honoraires fixes.

À compter de la date où il opte pour le mode mixte, le médecin **n'a plus droit** :

- à la prime de responsabilité lorsque prévue à l'annexe XXII pour le secteur de pratique visé;
- de facturer les heures de dépassement du nombre maximal d'heures autorisées à tarif horaire selon le paragraphe 15.01 *a)* et *b)* de l'entente générale. Toutefois, lorsque le médecin assure durant les périodes fixées, la garde sur place obligatoire dans un des neuf établissements visés au paragraphe 2.16, il reçoit la prime de responsabilité équivalant à 95 % des heures payées pour cette garde sur place.

9.2 Rémunération particulière (paragraphe 2.15 et 2.16)

Le médecin à honoraires fixes qui choisit en plus le mode mixte est rémunéré notamment de la façon suivante :

- durant les 35 premières heures de la semaine, il doit facturer ses heures selon le mode des honoraires fixes;
- il a également droit au supplément d'honoraires (pourcentage spécifique) pour les services précisés au tableau de l'annexe I de l'annexe XXIII pour le secteur de pratique concerné.

De plus, le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option décrite au paragraphe 15.01 *b*) de l'entente générale peut, après avoir facturé les 35 premières heures de la semaine à honoraires fixes, choisir d'être rémunéré exclusivement au mode mixte pour les heures excédentaires. Dans ce cas, le médecin facture le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 ainsi que le supplément d'honoraires mais au pourcentage prévu pour le mode mixte général dans son secteur de pratique.

Par ailleurs, le médecin qui a choisi l'option décrite au paragraphe 15.01 *b*) de l'entente générale, doit d'abord cumuler et facturer ses 220 heures additionnelles à honoraires fixes pour l'année civile en cours, avant de pouvoir se prévaloir des modalités générales du mode mixte au-delà de la facturation de ses 35 premières heures hebdomadaires.

Lorsque le médecin visé par l'une ou l'autre des situations précitées commence à facturer dans la semaine selon les modalités générales du mode mixte, il doit inscrire **en tout temps** la lettre « F » dans la case *C.S.* (considération spéciale) sur chaque *Demande de paiement – Médecin* (1200) lors de la facturation des forfaits horaires et services rendus.

Les instructions de facturation pour la rémunération des services de garde sur place vous seront transmises par infolettre, lorsque les secteurs de pratique et les neuf établissements concernés seront mis en application. Les modalités de rémunération actuellement prévues dans ces milieux de pratique continuent de s'appliquer (paragraphe 2.16 de l'annexe XXIII et paragraphe 1.06 de l'annexe XXII).

9.3 Majorations prévues à l'annexe XX (paragraphe 2.14)

Les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes durant les heures défavorables, ainsi que sur les services rendus. Pour les services rendus à l'acte, la majoration est calculée sur le montant du supplément d'honoraires pour chaque service. Le forfait horaire de l'annexe XXIII et les services médico-administratifs ne sont pas visés par la majoration de l'annexe XX.

10. Services dispensés en santé publique et en santé et sécurité du travail

◆ BROCHURE N° 1 → ANNEXE I DE L'ANNEXE XXIII – SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Pour les secteurs de pratique *Santé publique* et *Santé et sécurité du travail*, le médecin peut opter pour le mode mixte, sans attendre le renouvellement de sa nomination, **à compter du 1^{er} juillet 2015 jusqu'au 30 septembre 2015**. Au-delà de cette date, le médecin devra attendre la date de renouvellement de sa nomination pour pouvoir effectuer le choix du mode mixte.

Au **1^{er} juillet 2015**, les secteurs de pratique en santé publique et en santé et sécurité du travail sont visés par le mode de rémunération mixte. L'annexe I de l'annexe XXIII, en [partie III](#) de l'infolettre, présente les suppléments d'honoraires, les règles et les modalités spécifiques s'appliquant à ces deux secteurs de pratique.

La liste des établissements de ces deux secteurs de pratique, transmise à la Régie par le comité paritaire, paraît à l'annexe III de l'annexe XXIII ([partie IV](#) de l'infolettre) et est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

Le médecin qui détient une nomination en santé publique ou en santé et sécurité du travail peut opter pour le mode mixte pour la rémunération des services dispensés dans l'un ou l'autre de ces secteurs de pratique, à compter du **1^{er} juillet 2015**.

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes pour ses activités effectuées en santé publique ou en santé et sécurité du travail **qui opte pour le mode mixte**, de même que le médecin à honoraires fixes qui opte pour la **combinaison des honoraires fixes et du mode mixte n'a plus droit** à :

- la prime horaire de soutien et le forfait de santé publique;
- la prime de santé au travail et le forfait de santé au travail.

10.1 Secteurs de pratique visés (paragraphe 3.02 c) et d) de l'annexe XXIII)

En santé publique, le médecin détenant une nomination d'une des instances énumérées ci-dessous, dans un établissement désigné et qui choisit le mode mixte, reçoit le forfait horaire ainsi que le pourcentage du tarif des activités médicales décrites (codes d'acte) à l'annexe I de l'annexe XXIII :

- Directions régionales de santé publique (OXXX3);
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (94559);
 - Laboratoire de santé publique (94539);
- Direction générale de santé publique (DGSP) du MSSS (94509).

En santé et sécurité du travail pour le compte de la CSST, le médecin doit détenir une nomination d'une direction régionale de santé publique dans un établissement désigné (9XXX2, 8XXX5 ou OXXX3).

Pour plus d'information sur la façon de procéder pour se prévaloir du mode mixte, veuillez vous référer à la section 4.

10.2 Instructions de facturation

Le médecin qui opte pour le mode mixte dans les secteurs *Santé publique* et *Santé et sécurité du travail* doit utiliser la *Demande de paiement – Médecin* (1200) pour facturer le forfait et le temps consacré à la réalisation des activités.

En se référant au tableau 1 pour la santé publique et au tableau 2 pour la santé et sécurité du travail, le médecin doit inscrire sur la demande de paiement :

- pour le forfait horaire : le code d'acte approprié pour la première heure en continu complétée et le code d'acte prévu pour les périodes de 15 minutes complètes additionnelles en indiquant dans la case *Unités*, le nombre de périodes ainsi complétées;
- pour le supplément d'honoraires : le code d'acte approprié correspondant à l'activité réalisée en indiquant dans la case *Unités*, le nombre de périodes complètes de 15 minutes effectuées.

Le forfait horaire et les suppléments d'honoraires doivent être facturés sur des demandes de paiement **distinctes**.

Le mode mixte requiert que le médecin facture le forfait horaire et les services rendus en inscrivant la plage horaire (P.H.) correspondant à la période au cours de laquelle débute le forfait horaire ou le service, et ce, **en tout temps**. Les plages horaires suivantes doivent être inscrites :

- De 0 h à 8 h (nuit), la plage horaire (P.H.) = **5***
- De 8 h à 12 h (a.m.), la plage horaire (P.H.) = **6**
- De 12 h à 20 h (p.m.), la plage horaire (P.H.) = **7**
- De 20 h à 24 h (soir), la plage horaire (P.H.) = **8**

* L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) est obligatoire même si les services sont payables à 100 % du tarif de base durant cette période.

À compter du 1^{er} juillet 2015, la Régie met en place un mécanisme de calcul des honoraires permettant de payer les services demandés au montant calculé par le système, selon le secteur de pratique dans lequel le médecin est au mode mixte, et ce, sans tenir compte du débalancement d'honoraires lors du traitement de ces demandes. S'il y a débalancement d'honoraires, le message explicatif **663** paraîtra à votre état de compte (voir la [partie V](#) de l'infolettre). Tout médecin qui choisit le mode mixte dans un secteur de pratique d'un établissement désigné et qui utilise la facturation informatisée pour la réclamation de ses services, doit en informer son agence de facturation pour assurer la conformité de sa facturation.

10.2.1 Activités en santé publique

Les activités en santé publique, les forfaits horaires et les codes d'acte sont présentés au tableau suivant :

Tableau 1

Activités en santé publique			
Forfait horaire	Codes d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités de conception, de réalisation et d'évaluation du programme de santé publique et des responsabilités légales des directeurs de santé publique (paragr. 1.1)	42067	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42068	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes
Activités	Codes	Tarif (\$)	Particularités
Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population (paragr. 2.1)	42052	29,85	période complète de 15 minutes
Promotion et prévention de la santé de la population (paragr. 2.2)	42053	29,85	période complète de 15 minutes
Protection de la santé de la population en maladies infectieuses (paragr. 2.3)	42054	29,85	période complète de 15 minutes
Protection de la santé de la population en santé environnementale (paragr. 2.3)	42055	29,85	période complète de 15 minutes
Protection de la santé de la population dans un secteur autre qu'en maladies infectieuses et qu'en santé environnementale (paragr. 2.3)	42056	29,85	période complète de 15 minutes
Évaluation des interventions, programmes et services de santé (paragr. 2.4)	42057	29,85	période complète de 15 minutes
Avis médical et expertise (paragr. 2.5)	42058	29,85	période complète de 15 minutes
Activités de dépistage du cancer du sein (paragr. 2.6)	42059	29,85	période complète de 15 minutes

Activités en santé publique			
Activités médico-administratives	Codes	Tarif (\$)	Particularités
Activités du département clinique et de services cliniques en santé publique (paragr. 5)	42061	23,78	période complète de 15 minutes
Activités aux réunions en santé publique (paragr. 5)	42063	23,78	période complète de 15 minutes
Activités de programmes ou tout autre comité créé au sein de l'établissement – INSPQ et DGSP uniquement (paragr. 6)	42075	23,78	période complète de 15 minutes

10.2.2 Activités en santé et sécurité du travail

Les activités en santé et sécurité du travail, les forfaits horaires et les codes d'acte sont présentés au tableau suivant :

Tableau 2

Activités en santé et sécurité du travail			
Forfait horaire	Codes d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Activités de conception et d'évaluation réalisées pour le compte de la CSST dont celles reliées au programme de retrait préventif et au programme de santé spécifique à une entreprise (PSSE) faisant partie des groupes prioritaires I, II et III tels que reconnus par la CSST (paragr. 1.1)	42069	57,12	1 ^{re} heure en continu complétée
	42070	14,28	période additionnelle complète de 15 minutes
Activités	Codes	Tarif (\$)	Particularités
Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population (paragr. 2.1)	42081	29,85	période complète de 15 minutes
Promotion et prévention de la santé de la population (paragr. 2.2)	42082	29,85	période complète de 15 minutes
Protection de la santé de la population (paragr. 2.3)	42083	29,85	période complète de 15 minutes
Évaluation des interventions, programmes et services de santé (paragr. 2.4)	42084	29,85	période complète de 15 minutes
Avis médical et expertise (paragr. 2.5)	42085	29,85	période complète de 15 minutes
Activités de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger (paragr. 2.7)	42086	29,85	période complète de 15 minutes
Activités reliées au PSSE (groupe prioritaire I, II et III) (paragr. 2.8)	42087	29,85	période complète de 15 minutes

Activités en santé et sécurité du travail			
Activités médico-administratives	Codes	Tarif (\$)	Particularités
Activités du département clinique et de services cliniques en santé et sécurité du travail (paragr. 5)	42062	23,78	période complète de 15 minutes
Activités aux réunions en santé et sécurité du travail (paragr. 5)	42064	23,78	période complète de 15 minutes

10.3 Supplément d'honoraires en santé publique et en santé et sécurité du travail

10.3.1 Pour le médecin rémunéré selon le mode mixte

Le médecin qui met fin à son mode actuel (acte, tarif horaire ou honoraires fixes) et qui opte pour le mode mixte reçoit un supplément d'honoraires de **52,1 %** du tarif prévu pour chaque service visé en santé publique et en santé et sécurité du travail (sauf pour les activités médico-administratives).

Le médecin qui détient une nomination du directeur régional de santé publique dans **un établissement autre que l'INSPQ ou la DGSP** et qui effectue des activités médico-administratives reçoit un supplément d'honoraires de **40 %** du tarif prévu pour chaque service visé en santé publique et en santé et sécurité du travail (paragraphe 2.01 *b*) i) ou ii) de l'annexe XXIII). Le médecin facture chaque période complète de 15 minutes de participation à une activité médico-administrative visée au cours d'une journée (codes **42061**, **42062**, **42063** ou **42064**).

Le médecin qui détient une nomination en santé publique au sein de l'INSPQ ou de la DGSP reçoit un supplément d'honoraires de **40 %**, par période complète de 15 minutes, pour sa participation aux activités de programmes ou de tout autre comité créés au sein de ces deux organismes (code **42075**) (paragraphe 2.01 *b*) iii) de l'annexe XXIII).

10.3.2 Pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes et du mode mixte

En plus de ses heures rémunérées à honoraires fixes, le médecin reçoit un supplément d'honoraires de **21,2 %** pour chaque service visé en santé publique ou en santé et sécurité du travail.

Les activités clinico-administratives décrites au paragraphe 2.01 *a*), 2^e alinéa et les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 *b*) i), ii) ou iii) de l'annexe XXIII auxquelles le médecin participe doivent être facturées selon le mode des honoraires fixes.

10.4 Suppléments de garde en disponibilité

À compter du **1^{er} juillet 2015**, avec l'introduction du mode de rémunération mixte, nous tenons à vous préciser que la garde en disponibilité se fait par région en utilisant le numéro de facturation de la direction régionale de la santé publique. Les directions régionales visées sont :

Bas-Saint-Laurent (01)	94019	Côte-Nord (09)	94099
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	94029	Gaspésie (11)	94119
Capitale-Nationale (03)	94039	Chaudière-Appalaches (12)	94129
Mauricie-Centre-du-Québec (04)	94049	Laval (13)	94139
Estrie (05)	94059	Lanaudière (14)	94149
Montréal (06)	94069	Laurentides (15)	94159
Outaouais (07)	94079	Montérégie (16)	94169
Abitibi-Témiscamingue (08)	94089		

Les suppléments de garde en disponibilité sont payables uniquement dans les domaines visant la santé environnementale et les maladies infectieuses. Pour être rémunérée, la garde en disponibilité doit être assurée tous les jours de la semaine (du lundi au dimanche) de 18 h à 8 h et les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 18 h.

Le tableau 3 précise les suppléments de garde en disponibilité avec les codes à inscrire selon la journée et la période de garde en disponibilité assurée.

Les forfaits de garde en disponibilité sont payables au médecin détenant une nomination au mode mixte et ayant assuré la période de garde selon l'horaire de garde établi. La direction régionale de santé publique n'a pas à informer la Régie de l'identité des médecins auxquels les périodes de garde sont attribuées.

Un seul supplément de garde est payable par domaine de garde, par jour, par période de garde et par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde en disponibilité rémunérée en vertu de *l'Entente particulière relative à la santé publique* (n^o 24) pour la même direction. Que la garde en disponibilité soit facturée le même jour selon les dispositions de l'annexe I à l'annexe XXIII ou selon les dispositions de l'entente particulière, **une seule garde** par période de garde, par domaine sera payée pour une même direction régionale. Dans l'éventualité où le même médecin assure les deux gardes au sein de la même direction, il peut demander la rémunération des deux gardes.

Ce forfait est rémunéré à l'acte et est **non divisible** en heure. En conséquence, la garde en disponibilité doit être assurée par le médecin durant la période complète pour être facturée. Dans le cas contraire, seuls les services rendus sur place, s'il y a lieu, peuvent être facturés au tarif de base.

Vous trouverez les instructions de facturation du médecin qui assure la garde en disponibilité et qui est appelé à dispenser des services sur place au paragraphe 3.1 de l'annexe I à l'annexe XXIII ([partie III](#)).

Le supplément de garde en disponibilité est de 171,50 \$ par jour entre 18 h et 8 h du lundi au dimanche, et de 122,50 \$ les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

Pour facturer le supplément, le médecin doit inscrire sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200) un des codes d'acte spécifié au tableau suivant :

Tableau 3 – Suppléments de garde en disponibilité (paragraphe 3.1)

Suppléments de garde en disponibilité			
Activités	Codes d'acte	Tarif (\$)	Particularités
Santé environnementale	42071	171,50	Entre 18 h et 8 h, du lundi au dimanche
	42072	122,50	Entre 8 h et 18 h, les samedi, dimanche et jour férié
Maladies infectieuses	42073	171,50	Entre 18 h et 8 h, du lundi au dimanche
	42074	122,50	Entre 8 h et 18 h, les samedi, dimanche et jour férié

Facturation de la garde en disponibilité le 30 juin 2015 et le 1^{er} juillet 2015

Le médecin qui effectue une garde en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses le **30 juin 2015** à compter de **18 h** et jusqu'à **8 h** le lendemain doit utiliser une *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215) ou une *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (1216) et facturer selon les modalités de l'EP – Santé publique (n° 24). Il ne doit pas utiliser les nouveaux codes d'acte, auquel cas la demande sera refusée.

Le médecin qui effectue une garde en disponibilité pour la direction régionale de santé publique le **1^{er} juillet 2015** entre 18 h et 8 h le lendemain doit inscrire le code d'acte **42071** ou **42073** selon qu'il soit en santé environnementale ou en maladies infectieuses. Si toutefois le 1^{er} juillet est un jour férié pour la direction régionale de santé publique, le médecin peut également facturer la garde en disponibilité entre 8 h et 18 h et inscrire le code d'acte **42072** ou **42074** sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200).

10.5 Modificateurs pendant une garde en disponibilité en horaires défavorables (paragr. 3.3)

Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où le médecin détient une nomination selon le mode mixte dans le cadre de la santé publique.

En santé publique, la majoration en horaires défavorables s'applique uniquement sur les services rendus sur place pendant une garde en disponibilité dans le domaine visant la santé environnementale ou les maladies infectieuses mais non pas sur les suppléments de garde en disponibilité. Le médecin doit facturer les services rendus sur place à 100 % de leur tarif de base et le pourcentage de majoration en horaires défavorables prévu selon le domaine, la journée et la période et inscrire le modificateur approprié comme spécifié au tableau suivant :

Tableau 4 – Modificateurs payables pour les services rendus sur place lors d’une garde en disponibilité en horaires défavorables

Majoration d’honoraires	Modificateur	Particularités
13 %	110	Entre 20 h et 8 h, du lundi au jeudi
	113	Entre 0 h et 8 h, les vendredi, samedi, dimanche et jour férié
23 %	111	Entre 20 h et 24 h, le vendredi, à l’exception d’un jour férié
	112	Entre 8 h et 24 h, les samedi, dimanche et jour férié

11. Autres modifications découlant de l’Amendement n° 135

11.1 Entente particulière – Santé publique (n° 24)

À compter du **1^{er} juillet 2015**, avec l’introduction du mode de rémunération mixte, nous tenons à vous préciser que la garde en disponibilité se fait par région en utilisant le numéro de facturation de la direction régionale de la santé publique. Les directions régionales visées sont :

Bas-Saint-Laurent (01)	94019	Nord-du-Québec (10)	94109
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	94029	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	94119
Capitale-Nationale (03)	94039	Chaudière-Appalaches (12)	94129
Mauricie-Centre-du-Québec (04)	94049	Laval (13)	94139
Estrie (05)	94059	Lanaudière (14)	94149
Montréal (06)	94069	Laurentides (15)	94159
Outaouais (07)	94079	Montérégie (16)	94169
Abitibi-Témiscamingue (08)	94089	Nunavik (17)	94179
Côte-Nord (09)	94099	Terre-Cries-de-la-Baie-James (18)	94183

À compter du **1^{er} juillet 2015**, le médecin qui est assigné de garde **en santé environnementale** ou **en maladies infectieuses** pour le compte d’une direction régionale de santé publique est **rémunéré à l’acte** selon un supplément de garde en disponibilité.

Un seul supplément est payable par domaine de garde, par jour, par période de garde et par direction régionale de santé publique, en tenant compte de la garde rémunérée en vertu de l’annexe I à l’annexe XXIII. Cela veut dire que dans l’un ou l’autre des deux domaines de garde, une seule garde par période pourra être payable le même jour si elle est facturée selon les dispositions de l’entente particulière et celles de l’annexe I à l’annexe XXIII, pour une même direction régionale.

Ce forfait est rémunéré à l’acte et est **non divisible** par heure. Pour être rémunérée, la garde en disponibilité doit être assurée durant la période complète, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine (du lundi au dimanche), ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h. Dans le cas contraire, seules les heures consacrées aux services rendus sur place, s’il y a lieu, peuvent être facturés à tarif horaire ou à honoraires fixes.

Vous trouverez les instructions de facturation du médecin qui assure la garde en disponibilité et qui est appelé à dispenser des services sur place à l'article 2 de l'*Amendement n° 135* (paragraphe 4.01 de l'EP – Santé publique, partie I).

Le supplément de garde en disponibilité, par jour, est de :

- 166,46 \$ entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine (du lundi au dimanche);
- 118,90 \$ entre 8 h et 18 h les samedi, dimanche et jour férié.

Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, pendant la période de garde en disponibilité. Ils doivent être facturés avec le numéro de facturation de l'installation où le médecin détient une nomination dans le cadre de la santé publique.

Pour facturer le supplément, le médecin doit inscrire sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200) un des codes d'acte spécifié au tableau suivant :

Tableau 5 – Suppléments de garde en disponibilité (paragraphe 3.1)

Suppléments de garde en disponibilité			
Activités	Codes	Tarif (\$)	Particularités
Santé environnementale	42076	166,46	Entre 18 h et 8 h, du lundi au dimanche
	42077	118,90	Entre 8 h et 18 h, les samedi, dimanche et jour férié
Maladies infectieuses	42078	166,90	Entre 18 h et 8 h, du lundi au dimanche
	42079	118,90	Entre 8 h et 18 h, les samedi, dimanche et jour férié

Veillez vous référer à la [partie V](#) de l'infolettre pour les instructions de facturation détaillées du supplément de garde en disponibilité.

Facturation de la garde en disponibilité le 30 juin 2015 et le 1^{er} juillet 2015

Le médecin qui effectue une garde en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses le **30 juin 2015** à compter de **18 h** et jusqu'à 8 h le lendemain doit utiliser une *Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation* (1215) ou une *Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat* (1216) et facturer selon les modalités de l'EP – Santé publique (n° 24). Il ne doit pas utiliser les nouveaux codes d'acte, auquel cas la demande sera refusée.

Le médecin qui effectue une garde en disponibilité pour la direction régionale de santé publique le **1^{er} juillet 2015** entre 18 h et 8 h le lendemain doit inscrire le code d'acte **42076** ou **42078** selon qu'il soit en santé environnementale ou en maladies infectieuses. Si toutefois le 1^{er} juillet est un jour férié pour la direction régionale de santé publique, le médecin peut facturer la garde en disponibilité entre 8 h et 18 h et inscrire le code d'acte **42077** ou **42079** sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200).

Les services dispensés sur place pendant la garde en disponibilité en horaires défavorables, en santé environnementale ou en maladies infectieuses, sont sujets à la majoration en utilisant le secteur de dispensation prévu.

En conséquence, l'article 4 de l'EP – Santé publique ainsi que les paragraphes 5.10.01, 5.10.02 et 5.10.03 sont modifiés.

11.2 Entente particulière – Services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (n° 40)

Le 4^e sous-paragraphe du paragraphe 16.01 de l'EP – Services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle est modifié afin d'intégrer, dans le cumul de la rémunération dans un établissement visé au présent paragraphe, tous les services dispensés par le médecin en santé publique durant une année civile lorsque celui-ci assure la garde en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses (voir [partie I](#) de l'infolettre). La garde en disponibilité en santé publique est rémunérée en vertu de l'une des situations suivantes :

- de l'entente particulière relative à la santé publique;
- du tableau des suppléments d'honoraires en santé publique ou en santé et sécurité du travail décrit à l'annexe I de l'annexe XXIII.

11.3 Entente générale, annexe XX et annexe XXII

L'entente générale, l'annexe XX et l'annexe XXII sont modifiées afin d'intégrer le mode de rémunération mixte (voir [partie I](#) de l'infolettre). Les modifications et ajouts se trouvent aux endroits suivants :

- 1^{er} alinéa du 4^e sous-paragraphe du paragraphe 15.01 de l'entente générale;
- 5^e sous-paragraphe du paragraphe 15.01 de l'entente générale;
- 1^{er} alinéa du 1^{er} sous-paragraphe du paragraphe 17.01 de l'entente générale;
- dernier sous-paragraphe du paragraphe 17.01 de l'entente générale;
- paragraphes 17.14 et 17.15 de l'entente générale (ajouts);
- paragraphe 2.00 et le sous-paragraphe 2.01 de l'annexe XX;
- paragraphe 1.01 de l'annexe XXII.

Texte paraphé de l'Amendement n° 135

Les parties conviennent de ce qui suit :

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

A) En modifiant le paragraphe 15.01 de la façon suivante :

i) En remplaçant le premier alinéa du quatrième sous-paragraphe par le suivant :

« Lorsque la réquisition de services médicaux curatifs ou préventifs entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière et que le médecin n'a pas opté pour le mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'Entente, le chef de département de médecine générale, le chef de service médical ou le médecin responsable de l'établissement peut, avec l'accord de l'établissement et sous réserve du paragraphe suivant autoriser au bénéfice du médecin rémunéré à honoraires fixes sur une base de trente-cinq (35) heures par semaine d'être rémunéré pour un maximum de huit cent quatre-vingt (880) heures par année, en plus des heures régulières, »

ii) En remplaçant le cinquième sous-paragraphe du paragraphe 15.01 par le suivant :

« Cette disposition s'applique malgré le caractère exclusif du mode de rémunération pour l'ensemble des activités du médecin, y compris la garde sur place. Elle s'applique au médecin qui détient la qualité de plein temps à trente-cinq (35) heures par semaine dans un établissement ou de demi-temps dans deux établissements. Toutefois, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'Entente ne peut être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option, à moins d'une autorisation à cette annexe et sous réserve des conditions qui y sont énoncées. »

B) En modifiant le paragraphe 17.01 de la façon suivante :

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

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

ii) En remplaçant le dernier sous-paragraphe par les suivants :

« Lorsque l'option du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire a pour objet une forme additionnelle de rémunération prévue par entente particulière, ou par une annexe aux présentes, cette option ne peut être exercée par le médecin qu'à l'occasion de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci.

La prime de santé au travail et le forfait de santé au travail cessent d'être versés au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte. »

AVIS : *Le forfait de santé au travail (19931) n'est pas payable pour les professionnels qui font le choix du mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII en santé et sécurité du travail.*

C) En ajoutant les paragraphes 17.14 et 17.15 suivants :

« **17.14** Le mode de rémunération mixte constitue un mode distinct de rémunération.

17.15 Le mode de rémunération mixte comprend des règles générales et des dispositions tarifaires qui déterminent les conditions d'application de ce mode. Ce mode de rémunération paraît à l'annexe XXIII de l'Entente et fait partie intégrante de celle-ci. »

D) L'annexe XX est modifiée en remplaçant le titre du paragraphe 2.00 ainsi que la première phrase du sous-paragraphe 2.01 de la façon suivante :

« **2.00 Dispositions relatives au mode de l'acte et au mode de rémunération mixte**

2.01 Les dispositions applicables au médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, sous réserve des dispositions du paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII de l'entente générale, sont prévues aux endroits suivants : »

E) L'annexe XXII est modifiée en remplaçant le paragraphe 1.01 par le suivant :

« **1.01** Sauf s'il opte pour le mode de rémunération mixte prévue à l'annexe XXIII de l'Entente, le médecin qui exerce dans un établissement ou une partie d'établissement admissible aux présentes dispositions est rémunéré, de façon exclusive, soit à l'acte, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire lorsqu'il exerce dans un des programmes, unités ou services énumérés au paragraphe 2.00 ci-dessous. Des numéros d'identification sont attribués aux programmes, unités ou départements ou à leur regroupement. Ces numéros paraissent au paragraphe 2.00 ci-dessous. »

F) L'annexe XXIII est ajoutée à l'entente générale. Elle est en annexe I du présent amendement.

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

A) En remplaçant le paragraphe 4.00 par le suivant :

« **4.00 Garde en disponibilité**

4.01 Malgré les dispositions du paragraphe 5.00 ci-dessous, la garde en disponibilité est rémunérée selon un supplément de garde en disponibilité payé au médecin qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses pour le compte d'une direction régionale de santé publique. Pour être rémunérée, la garde en disponibilité doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

Le supplément de garde en disponibilité est de 166,46 \$ par jour, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine et de 118,90 \$ par jour, entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié. Le supplément de garde en disponibilité est rémunéré à l'acte et n'est pas divisible.

AVIS : Pour les suppléments de garde en disponibilité, inscrire les données suivantes sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;

- le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :

- le code **42076** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
- le code **42077** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;

- le code **42078** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;
- le code **42079** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;

- le numéro de la plage horaire du mode mixte (annexe XXIII) dans la case P.H.;

- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);

- le numéro de la direction régionale de santé publique concernée dans la section Établissement :

Bas-Saint-Laurent (01)	94019	Nord-du-Québec (10)	94109
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	94029	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	94119
Capitale-Nationale (03)	94039	Chaudière-Appalaches (12)	94129
Mauricie-Centre-du-Québec (04)	94049	Laval (13)	94139
Estrie (05)	94059	Lanaudière (14)	94149
Montréal (06)	94069	Laurentides (15)	94159
Outaouais (07)	94079	Montérégie (16)	94169
Abitibi-Témiscamingue (08)	94089	Nunavik (17)	94179
Côte-Nord (09)	94099	Terre-Cries-de-la-Baie-James (18)	94183

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

Un seul supplément de garde en disponibilité en santé environnementale est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique et en santé et sécurité du travail ou de celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en disponibilité en maladies infectieuses est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique et en santé et sécurité du travail ou de celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Malgré les deux alinéas précédents, s'il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le Ministre, le directeur général de santé publique ou un directeur régional de santé publique, le comité paritaire sur recommandation peut octroyer plus d'une garde en disponibilité en maladies infectieuses ou en santé environnementale laquelle peut être rémunérée pour une même période de temps.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément par jour en santé environnementale ou en maladies infectieuses.

4.02 Le médecin appelé à se déplacer pendant une période de garde en disponibilité est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période selon le paragraphe 5.01 ci-dessous. »

AVIS : Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où il détient une nomination en santé publique.

B) En ajoutant à la fin du paragraphe 5.10.01 la phrase suivante :

« La prime horaire de soutien aux services de première ligne cesse d'être versée au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte. »

C) En ajoutant à la fin du paragraphe 5.10.02 la phrase suivante :

« Le forfait de santé publique cesse d'être versé au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte. »

AVIS : *Le forfait de santé publique (19930) n'est pas payable pour les professionnels qui font le choix du mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII en santé publique.*

D) En remplaçant le premier alinéa du paragraphe 5.10.03 par le suivant :

« 5.10.03 Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés sur place lorsqu'il est appelé à se déplacer pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables. Les majorations sont les suivantes : »

AVIS : *Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :*

- Pour les congés fériés, voir l'AVIS sous le paragraphe 15.05 de l'Entente ainsi que le tableau à la dernière page du préambule général du Manuel de facturation;
- Pour demander la majoration :
 - Inscrire la nature de service 155 ou 165;
 - Inscrire l'emploi de temps correspondant :
 - XXX030 Services cliniques*
 - XXX032 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique*
 - XXX067 Expertise professionnelle*
 - XXX148 Services cliniques (situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémies)*
 - Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément (numéro de référence) de celles n'y donnant pas droit;
 - **Utiliser une seule plage horaire à la fois par ligne;**
 - **Facturer les codes d'activité et demander dans la même journée, la garde en disponibilité selon le mode de l'acte (demande de paiement 1200) avec l'un des codes suivants : 42076, 42077, 42078 et 42079;**
- Les heures majorées devront être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et la journée.

<i>Journées concernées</i>	<i>Heures concernées</i>	<i>Secteur dispensation</i>
<i>Services rendus selon le sous-paragraphe 5.10.03</i>		
<i>Tous les jours de la semaine</i>	<i>0 h à 8 h</i>	<i>45</i>
<i>Samedi, dimanche ou jour férié</i>	<i>8 h à 24 h</i>	<i>44</i>
<i>Lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié</i>	<i>20 h à 24 h</i>	<i>43</i>

3. **L'entente générale** et tous les autres documents d'entente sont modifiés en remplaçant l'énumération

« selon le mode de l'acte, du tarif horaire, de la vacation ou du *per diem* » par la suivante :

« selon le mode de l'acte, du tarif horaire, de la vacation, du *per diem* ou du mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'entente générale »

4. L'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle est modifiée en remplaçant le quatrième sous-paragraphe du paragraphe 16.01 par le suivant :
- « Les services dispensés en santé publique sont sujets à la majoration pour le médecin qui participe à la garde en disponibilité rémunérée en vertu de l'entente particulière relative à la santé publique ou en vertu du tableau des suppléments d'honoraires en santé publique ou en santé et sécurité du travail paraissant à l'annexe I de l'annexe XXIII de l'Entente. »
5. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,

ce _____^e jour de _____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE XXIII

Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération mixte instauré dans les secteurs de pratique désignés

1.00 Modalités générales

1.01 Le médecin, lorsqu'il exerce au Québec dans un des secteurs de pratique admissibles, centres, programmes, unités, services ou départements d'un établissement, identifiés au paragraphe 3.00 ci-dessous, peut opter pour le mode de rémunération mixte ou, pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, selon la formule spécifique à ce mode.

1.02 Au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination pour chacune des installations physiques d'un établissement, le médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte et cela, s'il y a lieu, pour chaque établissement, centre, programme, unité, service ou département, ou leur regroupement. Il peut modifier son option lors du renouvellement de sa nomination.

Toutefois, le médecin qui détient déjà une nomination dans un établissement lors de la mise sur pied d'un secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination, peut opter pour le mode de rémunération mixte pour cette activité.

1.03 Le médecin qui a opté pour le mode mixte de rémunération peut modifier son mode de rémunération au moment du renouvellement de sa nomination.

Toutefois, le médecin qui détient ou a détenu un avis de service selon le mode de rémunération mixte peut, au sein de l'installation en cause, une seule fois opter pour le mode du tarif horaire selon l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- a) Sans égard à la date du renouvellement de sa nomination, le médecin qui se prévaut du mode mixte dans une installation visée peut opter pour le tarif horaire durant les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause. Si cette limite survient lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé de la durée de son absence temporaire durant ces vingt-quatre (24) premiers mois de façon à lui assurer le bénéfice des vingt-quatre (24) mois d'exercice pour effectuer son choix. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.
- b) Lorsque le choix du mode de rémunération mixte par le médecin est exercé dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de ce mode dans le secteur de pratique ou l'installation en cause, la possibilité de se prévaloir du tarif horaire est prolongée au premier renouvellement de nomination qui survient après les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode mixte dans l'installation en cause. Si cette limite est atteinte lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé à la date du premier renouvellement de nomination qui survient suite à la fin de l'absence du médecin pour invalidité ou maternité. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.

1.04 L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option exercée par le médecin.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin rémunéré exclusivement selon le mode de rémunération mixte, sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique concerné et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

2.00 Modalités spécifiques

Activités professionnelles rémunérées

2.01 La rémunération, selon le mode de rémunération mixte, prévue à la présente annexe, couvre les activités professionnelles suivantes :

a) L'ensemble des activités médicales du médecin en établissement que le médecin accomplit dans un secteur de pratique admissible dans lequel le mode de rémunération mixte est désigné par les parties.

Les activités médicales comprennent tant les activités cliniques portant sur les soins directs à des patients que les activités qui découlent de ceux-ci et elles comprennent également, les activités cliniques avec ou sans l'encadrement d'externes ou de médecins résidents.

AVIS : *Les activités clinico-administratives décrites au paragraphe 2.01 a), 2^e alinéa et médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i), ii) et iii) auxquelles le médecin rémunéré à honoraires fixes et mixte participe, doivent être facturées selon le mode des honoraires fixes.*

b) Les activités médico-administratives auxquelles le médecin participe, soient :

AVIS : *Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'acte approprié dans la section Actes ;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H. ;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS ;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente) ;
- le numéro de l'établissement désigné dans la section Établissement.

En santé publique et en santé et sécurité du travail, veuillez vous référer aux articles 5 et 6 de l'annexe I.

- i) les activités du département clinique et de services cliniques tenues au sein de l'établissement où le médecin exerce ;
- ii) les activités aux réunions, à titre de membre, de comités mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ses règlements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ;
- iii) les activités de programmes ou tout autre comité créé au sein de l'établissement.

Pour être rémunéré pour sa participation à distance aux activités médico-administratives, le médecin doit y participer par visioconférence tenue en établissement.

Formule de rémunération générale

- 2.02** Le mode de rémunération mixte prévu par la présente annexe constitue un mode de rémunération distinct. Sauf dérogation expressément prévue à la présente annexe, il constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui ont opté pour ce mode dans un secteur de pratique d'un établissement ou partie d'un établissement où ce mode est instauré par les parties.

Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements et de leurs secteurs de pratique où le mode de rémunération mixte est désigné. Cette liste paraît à l'annexe III des présentes.

- 2.03** Le médecin qui a opté pour le mode de rémunération mixte, dans un secteur de pratique admissible, et qui y assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes, est rémunéré, de façon exclusive, selon une formule de rémunération mixte telle que décrite aux paragraphes ci-dessous.

Les activités cliniques du médecin sont réalisées dans l'établissement. Lorsque la nature des activités cliniques exige que celles-ci soient réalisées à l'extérieur du cadre physique de l'établissement dont notamment, des visites à domicile, des activités en milieu scolaire ou dans le cadre de la santé et sécurité du travail, celles-ci sont alors réputées être accomplies au sein de l'établissement.

- 2.04** Sous réserve du paragraphe 2.05, les modalités de rémunération relatives au mode de rémunération mixte prévues par la présente annexe couvrent l'ensemble des activités professionnelles que le médecin effectue dans le cadre d'une période d'activités entre 8 h et 24 h, et ce, chaque journée de la semaine, du lundi au dimanche incluant les jours fériés. En dehors de cette période soit, entre 0 h et 8 h, les activités faites sur place par le médecin sont rémunérées selon l'entente générale.

AVIS : *Le médecin autorisé au mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII, doit obligatoirement inscrire, dans la case P.H. de la Demande de paiement – Médecin (1200), la plage horaire durant laquelle le service a été rendu dans le secteur de pratique de l'établissement désigné, et ce, en tout temps :*

De 0 h à 8 h (nuit), la plage horaire (P.H.) = 5

De 8 h à 12 h (a.m.), la plage horaire (P.H.) = 6

De 12 h à 20 h (p.m.), la plage horaire (P.H.) = 7

De 20 h à 24 h (soir), la plage horaire (P.H.) = 8

*L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) est obligatoire même si les services sont payables à 100 % du tarif de base durant cette période.*

- 2.05** Le médecin reçoit pour les services médicaux et les activités médico-administratives qu'il exerce au cours d'une journée donnée, un forfait horaire au montant de 57,12 \$ par heure d'activités complétée. Le forfait est divisible par période complète de quinze (15) minutes d'activité.

AVIS : *Lorsque la date de mise en place des secteurs de pratique visés sera connue, vous serez avisé par infolettre des modalités de facturation du forfait horaire.*

Pour les services médicaux et les activités médico-administratives, vous référer aux instructions de facturation paraissant au tableau de l'annexe I à l'annexe XXIII.

Malgré ce qui précède, le médecin ne peut réclamer le paiement du forfait horaire ci-haut prévu si au cours d'une journée donnée sa prestation de travail dans un secteur de pratique où il dispense alors des services est inférieure à soixante (60) minutes continues. En ce cas, le médecin réclame alors pour les services professionnels dispensés, les suppléments d'honoraires (pourcentages des actes) applicables par secteur de pratique indiqués aux annexes I et II des présentes.

Toutefois, le médecin qui rend des services lorsqu'il est en disponibilité est rémunéré selon l'entente générale. Advenant que lors de son déplacement le médecin dispense des services pour une période d'au moins soixante (60) minutes continues entre 8 h et 24 h, il peut alors choisir d'être rémunéré pour la totalité de ses services selon le mode de rémunération mixte prévu par la présente annexe.

AVIS : *Exceptionnellement, le médecin qui n'est pas dans l'établissement, ni de garde en disponibilité et qui est appelé pour rendre des services sur place pour une période de moins de 60 minutes, doit inscrire la lettre « E » dans la case C.S. afin d'être payé à 100 % du tarif de ses actes. Pour un déplacement de plus de 60 minutes lors duquel le médecin désire bénéficier du mode de rémunération mixte, ne pas inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

- 2.06** Pour la prestation des activités professionnelles visées par les présentes, le médecin reçoit, en plus du forfait horaire prévu en vertu du paragraphe 2.05, un pourcentage de la rémunération à l'acte (supplément d'honoraires) applicable au sein d'un secteur de pratique dans lequel le mode de rémunération mixte est instauré.
- 2.07** L'annexe I des présentes fait état, des codes d'acte des services médicaux visés ainsi que des suppléments d'honoraires (pourcentages des actes) applicables au sein d'un secteur de pratique dans lequel le mode mixte est instauré et, le cas échéant, l'annexe I énonce les règles et modalités particulières applicables à un secteur de pratique concerné.
- 2.08** Sous réserve du choix prévu au troisième alinéa du paragraphe 2.05, les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions de l'entente générale et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.
- 2.09** La rémunération versée, selon le pourcentage de l'acte (supplément d'honoraires) pour les services médicaux dispensés, accordée en vertu des paragraphes 2.06 et 2.07 ainsi que celle pour les actes payés à 100 % en vertu du paragraphe 2.11 est sujette aux dispositions de l'annexe XX de l'entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables. L'annexe I des présentes fait état du pourcentage de majoration en horaires défavorables qui s'applique sur le supplément d'honoraires dans chaque secteur de pratique. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base en vertu du paragraphe 2.11 ci-dessous sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX de l'entente générale.
- Toutefois, les dispositions de l'annexe XX ne s'appliquent pas à la rémunération versée selon le forfait horaire accordée en vertu du paragraphe 2.05 des présentes ainsi qu'à celle versée selon le pourcentage de l'acte (supplément d'honoraires) pour les activités médico-administratives accordée en vertu du paragraphe 2.01 b).
- 2.10** Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue à la présente annexe selon le lieu de dispensation des services.
- 2.11** Malgré le paragraphe 2.06 ci-dessus certains services donnent droit à la rémunération de 100 % de leur tarif de base. L'annexe II fait état de ces services médicaux.

Formule de rémunération spécifique au mode de rémunération à honoraires fixes

2.12 Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui opte pour le mode mixte maintient son mode de rémunération auquel s'ajoute un pourcentage du tarif des actes (supplément d'honoraires) qui est spécifique aux honoraires fixes. Aucune prime de responsabilité, et, dans le cas de la santé publique et de la santé et sécurité du travail, aucune prime horaire ne sont alors payables sur la rémunération à honoraires fixes dans un secteur visé. Les annexes I et II tel que précisé aux paragraphes 2.07 et 2.11 ci-dessus font état des pourcentages applicables ainsi que des règles et modalités applicables au secteur de pratique en cause.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes pour 35 heures par semaine ou pour deux demi-temps (que l'un ou l'autre de ces médecins se soit prévalu ou non de l'option de 220 heures supplémentaires par année) dans un ou des secteurs de pratique visés peut choisir, en plus de son mode actuel, d'être rémunéré selon le mode mixte. Dans ce cas, l'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecins omnipraticien (1897), sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique visé, cocher la case correspondant au mode de rémunération mixte (annexe XXIII, paragr. 2.12) et inscrire la période couverte par l'avis de service. Si le médecin désire mettre fin au mode de rémunération à honoraires fixes et opter pour le mode mixte uniquement, utiliser le formulaire Avis de service – Médecins omnipraticien (3547), et ce, que le médecin ait été rémunéré uniquement à honoraires fixes ou selon le mode des honoraires fixes combiné au mode mixte dans le secteur visé.*

2.13 Le paragraphe 2.10 s'applique au médecin rémunéré à honoraires fixes.

2.14 Durant les horaires défavorables, les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes ainsi que sur les services rendus. Pour les services rendus à l'acte, la majoration de l'annexe XX se calcule sur le montant du supplément d'honoraires pour chaque service.

2.15 Le médecin rémunéré à honoraires fixes peut se prévaloir de cette rémunération pour ses activités régulières et de garde sur place selon l'encadrement suivant :

- a) Le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option prévue au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale peut, lorsqu'il est rémunéré à honoraires fixes pour au moins 35 heures durant une semaine, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement désigné au paragraphe 2.16 des présentes. Il ne peut autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option pour le mode mixte de rémunération. Dans pareil cas, il peut alors choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte selon un forfait horaire et le pourcentage applicable à ses actes.
- b) Le médecin qui s'est prévalu de l'option prévue au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale peut, lorsqu'il est rémunéré à honoraires fixes pour au moins 35 heures durant une semaine et qu'il s'est prévalu des 220 heures de dépassement à honoraires fixes durant l'année civile, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement désigné au paragraphe 2.16 des présentes. Il ne peut autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option pour le mode mixte de rémunération. Dans pareil cas, il peut alors choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte selon un forfait horaire et le pourcentage applicables à ses actes.

AVIS : Pour bénéficier des modalités générales du mode de rémunération mixte :

- le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option décrite au paragraphe 15.01 b) doit avoir complété 35 heures par semaine à honoraires fixes selon les dispositions de l'Entente;
- le médecin qui a choisi l'option décrite au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale doit avoir cumulé un minimum de 220 heures additionnelles à honoraires fixes pour l'année civile en cours selon les dispositions prévues et avoir complété ses 35 heures par semaine.

Pour facturer les forfaits horaires ainsi que les suppléments d'honoraires prévus aux modalités générales du mode de rémunération mixte, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire la lettre « F » dans la case C.S.

Garde sur place obligatoire

2.16 Malgré les dispositions de l'entente générale relative à la rémunération des services de la garde sur place, lorsque le médecin, pour les services rendus à la clientèle en cause, est rémunéré de façon exclusive par le mode de rémunération mixte prévu dans la présente annexe, les services de garde sur place, lorsque requis par l'établissement, sont rémunérés, de façon exclusive au tarif horaire ou aux honoraires fixes, les fins de semaine et les jours fériés ainsi que de 18 h à 8 h les jours de la semaine. Dans ce cas, malgré le paragraphe 2.12 une prime de responsabilité s'ajoute à 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés au présent paragraphe. Cette prime est de 15,55 \$ par heure au 1^{er} avril 2013.

AVIS : Lorsque la date de mise en place des secteurs de pratique visés sera connue, vous serez avisé par infolettre, des modalités de facturation pour la garde sur place obligatoire.

3.00 Secteur de pratique admissible

3.01 Sont admissibles au mode de rémunération mixte les programmes, unités, départements ou à leur regroupement tel que défini au paragraphe 2.00 de l'annexe XXII de l'entente générale et désignés ci-dessous :

- a) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :
 - 1) l'unité de soins de courte durée gériatriques, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive;
 - 2) le département de psychiatrie (pour les soins physiques) incluant la clinique externe en psychiatrie (pour les soins physiques);
 - 3) l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un centre de santé et de services sociaux ou un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés incluant la clinique externe en soins palliatifs;
 - 4) en l'absence d'une unité physique de soins palliatifs et dans les milieux désignés, l'unité de courte durée pour la clientèle de soins palliatifs prise en charge par une équipe dédiée de soins palliatifs et objectivement rattachée au secteur des soins palliatifs;
 - 5) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée;
- b) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est l'hébergement et les soins de longue durée :
 - 1) l'unité de soins de courte durée gériatriques;

- d) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) :
 - 1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée incluant la clinique externe;
- d) Lorsqu'exploités par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :
 - 1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée, l'unité de soins palliatifs, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, l'unité de lits de transition ou de soins subaigus incluant la clinique externe en gériatrie ou en réadaptation;
- e) Lorsqu'exploitées par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :
 - 1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée;
 - 2) l'unité de soins de courte durée gériatriques;
- f) Lorsqu'exploitée par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :
 - 1) l'unité de toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie;
- g) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la réadaptation :
 - 1) les centres de réadaptation en déficience physique incluant la clinique externe en déficience physique;
 - 2) les centres de réadaptation en déficience intellectuelle incluant la clinique externe en déficience intellectuelle;
 - 3) les centres de réadaptation en toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie;
 - 4) les centres de protection de la jeunesse incluant la clinique externe;
- h) Lorsqu'exploitée par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :
 - 1) l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation;

3.02 Sont également admissibles au mode mixte de rémunération :

- a) lorsqu'offert au sein d'une installation ayant pour mission un centre local de services communautaires :
 - 1) les services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle;
 - 2) le soutien à domicile;
 - 3) le sans rendez-vous incluant celui de l'unité de médecine familiale;
 - 4) les soins palliatifs;
 - 5) les interruptions volontaires de grossesse (IVG);
 - 6) la toxicomanie;

- 7) le programme jeunesse;
 - 8) le programme de santé mentale adulte;
 - 9) le programme de santé mentale jeunesse;
 - 10) l'unité de médecine familiale;
- b) lorsqu'opéré par un CHSGS :
- 1) l'unité de médecine familiale;
 - 2) la clinique de la douleur;
 - 3) le sans rendez-vous au sein de l'unité de médecine familiale;
- c) les services dispensés en santé publique dans le cadre des instances suivantes :
- 1) les directions régionales de santé publique;
 - 2) l'Institut national de santé publique du Québec;
 - 3) la Direction générale de santé publique;

AVIS : Rémunération à honoraires fixes, les codes d'activité sont :

- XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C*
- XXX025 Programme de dépistage de cancer du sein*
- XXX030 Services cliniques*
- XXX032 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique*
- XXX037 Planification, élaboration et implantation des programmes*
- XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières*
- XXX047 Évaluation de l'impact des programmes*
- XXX067 Expertise conseil, information et coordination*
- XXX088 Programme de vaccination contre le méningocoque*
- XXX098 Services de santé durant le délai de carence*
- XXX148 Services cliniques : situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie*

Remarque : Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, **XXX** peut correspondre à :

- **115** : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
- **145** : les traumatismes non intentionnels;
- **155** : les maladies infectieuses;
- **165** : la santé environnementale;
- **175** : la santé en milieu de travail;
- **185** : autres secteurs d'activités;
- **195** : les habitudes de vie et les maladies chroniques.

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'entente particulière – Santé publique, sous-paragraphe 5.10.03 pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

- d) les services en santé et sécurité du travail pour le compte de la CSST sous la responsabilité d'une direction régionale de santé publique;

AVIS : Rémunération à honoraires fixes, les codes d'activité sont :

- 007031*** Étude de dossiers
- 007032*** Rencontres multidisciplinaires
- 007037*** Planification – programmation – évaluation
- 007038*** Coordination
- 007047*** Exécution
- 007093*** Programme pour une maternité sans danger

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

3.03 Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas aux services rémunérés en vertu de l'*Entente particulière relative au Grand-Nord*, de l'*Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord*, de l'*Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau*, ainsi que de l'*Entente particulière relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles*.

4.00 Dispositions transitoires

4.01 Malgré le paragraphe 1.02, le médecin, sans attendre la date du renouvellement de sa nomination, peut, au cours des trois premiers mois d'application de la présente annexe ou de la désignation à celle-ci d'un secteur de pratique dans lequel il exerce, opter pour le mode de rémunération mixte.

Le médecin qui est temporairement absent du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement peut exercer le choix prévu au paragraphe précédent dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.

ANNEXE I À L'ANNEXE XXIII

SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES, RÈGLES ET MODALITÉS PARTICULIÈRES PAR SECTEUR DE PRATIQUE VISÉ PAR LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE (PARAGRAPHE 2.06 DE L'ANNEXE XXIII)

SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Supplément d'honoraires	
%	Services médicaux
52,1	42052, 42053, 42054, 42055, 42056, 42057, 42058, 42059, 42081, 42082, 42083, 42084, 42085, 42086, 42087
40	42061, 42062, 42063, 42064, 42075
Supplément d'honoraires applicable au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	Services médicaux
21,2	42052, 42053, 42054, 42055, 42056, 42057, 42058, 42059, 42081, 42082, 42083, 42084, 42085, 42086, 42087

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales en santé publique les activités réalisées par le médecin pour le compte ou auprès d'une direction régionale de santé publique, de l'Institut national de santé publique du Québec ou de la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, le tout en favorisant particulièrement le soutien aux services de première ligne, la supervision clinique et le transfert des connaissances.

Ces activités médicales comprennent également les activités réalisées dans le cadre contractuel avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) dont les activités reliées au programme de retrait préventif et au programme spécifique à une entreprise (PSSE) faisant partie des groupes prioritaires I, II et III, tels que reconnus par la CSST.

- 1.1. Les activités médicales en santé publique se définissent comme les activités de conception, de réalisation et d'évaluation du programme de santé publique et des responsabilités légales des directeurs de santé publique ainsi que les activités réalisées pour le compte de la CSST.

42067	Forfait horaire en santé publique (première heure complétée)	57,12 \$
42068	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en santé publique et les périodes additionnelles, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait horaire dans la case P.H.;
- pour l'acte **42068**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement désigné dans la section Établissement.

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

42069	Forfait horaire relatif aux activités réalisées pour le compte de la CSST (première heure complétée).....	57,12 \$
42070	Par période additionnelle complète de 15 minutes.....	14,28 \$

AVIS : *Pour le forfait horaire en santé et sécurité du travail et les périodes additionnelles, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à l'heure de début du forfait horaire dans la case P.H.;
- pour l'acte **42070**, le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement désigné dans la section Établissement.

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

2. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévues au paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, on tient également compte des actes suivants :

AVIS : *Pour toutes les activités professionnelles (2.1 à 2.8), utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- le numéro correspondant à la plage horaire durant laquelle le service a été rendu dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement désigné dans la section Établissement.

*Aucun modificateur ne s'applique pour ces codes d'acte, à l'exception des codes **42054** et **42055** où des majorations peuvent s'appliquer en horaires défavorables.*

- 2.1. *Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population* : l'acte médical en connaissance et surveillance de l'état de santé de la population comprend le recours à des méthodes descriptives et analytiques (épidémiologiques, statistiques et autres), de documentation, de validation, d'appréciation, d'interprétation ou d'évaluation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, le développement de systèmes de surveillance et, selon le cas, la définition des enjeux sanitaires appropriés.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances à cet égard.

42052 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 29,85 \$

42081 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la CSST, par période complète de 15 minutes..... 29,85 \$

2.2. *Promotion et prévention de la santé de la population* : l'acte médical de prévention et de promotion comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et de documentation, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en œuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivis d'intervention qui visent à améliorer la santé et le mieux-être de la population.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cet acte comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances à cet égard.

42053 Promotion et prévention de la santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 29,85 \$

42082 Promotion et prévention de la santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la CSST, par période complète de 15 minutes..... 29,85 \$

2.3. *Protection de la santé de la population* : l'acte médical de protection de la santé de la population comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et de documentation, d'enquête, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en œuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivis d'intervention et de mesures de contrôle qui visent à protéger la population de situations d'exposition comportant une menace à la santé publique.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cet acte comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances à cet égard.

42054 Protection de la santé de la population en maladies infectieuses lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 29,85 \$

42055 Protection de la santé de la population en santé environnementale lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 29,85 \$

AVIS : *Les majorations en horaires défavorables prévues à l'article 3.3.1 ci-après s'appliquent aux codes 42054 et 42055 uniquement.*

42056 Protection de la santé de la population dans un secteur autre qu'en maladies infectieuses et qu'en santé environnementale lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 29,85 \$

42083 Protection de la santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la CSST, par période complète de 15 minutes 29,85 \$

- 2.4. *Évaluation des interventions, programmes et services de santé* : l'acte médical d'évaluation et de suivi de programmes de santé de la population et de modes d'intervention en santé comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, de conception et de préparation de devis, de validation et de recueil de données, d'analyse, de synthèse, de rédaction de rapports et diffusion de résultats.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative ainsi que les activités de mobilisation appropriées. Cet acte comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances ainsi que le soutien aux services de première ligne et aux services aux établissements.

- 42057** Évaluation des interventions, programmes et services de santé lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes29,85 \$
- 42084** Évaluation des interventions, programmes et services de santé lorsque réalisée pour le compte de la CSST, par période complète de 15 minutes.....29,85 \$

- 2.5. *Avis médical et expertise* : l'avis médical et l'expertise populationnelle comprend, selon le cas, des fonctions de documentation, de validation, d'appréciation et d'interprétation, de recommandations, de mobilisation, de diffusion d'une opinion en rapport avec son champ d'expertise auprès des médecins, professionnels de la santé, ressources du milieu, groupes de bénéficiaires ou autres.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative.

- 42058** Avis médical et expertise lorsque réalisés pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes29,85 \$
- 42085** Avis médical et expertise lorsque réalisés pour le compte de la CSST, par période complète de 15 minutes29,85 \$

- 2.6. *Activités de dépistage du cancer du sein* : l'acte de dépistage du cancer du sein comprend les activités liées au dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées.

- 42059** Activités de dépistage du cancer du sein, par période complète de 15 minutes29,85 \$

- 2.7. *Activités de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger* : l'acte médical de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger réalisé pour le compte de la CSST comprend la documentation, l'analyse, l'appréciation du poste de la travailleuse enceinte et des risques auxquelles elle est exposée et pouvant avoir un effet sur l'issue de sa grossesse ou sur l'enfant à naître ou allaité et l'avis médical et ses recommandations de réaffectation, si nécessaire, au médecin traitant de la travailleuse enceinte.

- 42086** Activités de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger, par période complète de 15 minutes29,85 \$

- 2.8. *Activités réalisées pour le compte de la CSST reliées au programme spécifique à une entreprise (PSSE) faisant partie des groupes prioritaires I, II et III, tels que reconnus par la CSST* : l'acte médical relié au PSSE comprend l'élaboration, la mise à jour du programme dont, principalement l'identification des risques, le diagnostic et les recommandations concernant les correctifs à apporter par l'entreprise, la présentation du PSSE à l'entreprise et le suivi du PSSE c'est-à-dire l'évaluation de la prise en charge du contrôle des risques par l'entreprise.

- 42087** Activités reliées au PSSE, par période complète de 15 minutes29,85 \$

3. Les modalités de rémunération de la garde en disponibilité sont les suivantes :

3.1. Malgré les dispositions du paragraphe 2.08 de l'annexe XXIII, un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses pour le compte d'une direction régionale de santé publique. Pour être rémunérée, la garde en disponibilité doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

Le supplément de garde en disponibilité est de 171,50 \$ par jour, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine et de 122,50 \$ par jour, entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié. Le supplément de garde en disponibilité est rémunéré à l'acte et n'est pas divisible.

AVIS : *Pour les suppléments de garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code de supplément de garde en disponibilité approprié dans la section Actes :*
 - *le code 42071 pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*
 - *le code 42072 pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;*
 - *le code 42073 pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*
 - *le code 42074 pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, dimanche ou un jour férié;*
- *le numéro de la plage horaire durant laquelle débute le service dans la case P.H.;*
- *le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);*
- *le numéro de la direction régionale de santé publique concernée dans la section*
Établissement :

<i>Bas-Saint-Laurent (01)</i>	<i>94019</i>	<i>Côte-Nord (09)</i>	<i>94099</i>
<i>Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)</i>	<i>94029</i>	<i>Gaspésie (11)</i>	<i>94119</i>
<i>Capitale-Nationale (03)</i>	<i>94039</i>	<i>Chaudière-Appalaches (12)</i>	<i>94129</i>
<i>Mauricie-Centre-du-Québec (04)</i>	<i>94049</i>	<i>Laval (13)</i>	<i>94139</i>
<i>Estrie (05)</i>	<i>94059</i>	<i>Lanaudière (14)</i>	<i>94149</i>
<i>Montréal (06)</i>	<i>94069</i>	<i>Laurentides (15)</i>	<i>94159</i>
<i>Outaouais (07)</i>	<i>94079</i>	<i>Montérégie (16)</i>	<i>94169</i>
<i>Abitibi-Témiscamingue (08)</i>	<i>94089</i>		

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

Un seul supplément de garde en disponibilité en santé environnementale est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'*Entente particulière relative à la santé publique* ou de celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en disponibilité en maladies infectieuses est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'*Entente particulière relative à la santé publique* ou de celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Malgré les deux alinéas précédents, s'il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le Ministre, le directeur général de la santé publique ou un directeur régional de santé publique, le comité paritaire sur recommandation peut octroyer plus d'une garde en disponibilité en maladies infectieuses ou en santé environnementale laquelle peut être rémunérée pour une même période de temps.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément par jour en santé environnementale ou en maladies infectieuses.

- 3.2. Le médecin appelé à se déplacer pendant une période de garde en disponibilité est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période à 100 % du tarif des actes paraissant ci-dessus.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la Demande de paiement (1200) et inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

AVIS : *Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où le médecin détient une nomination en santé publique.*

- 3.3. Malgré les dispositions de l'article 2.09 de l'annexe XXIII, les modalités applicables en horaires défavorables sont les suivantes :

3.3.1 Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés sur place lorsqu'il est appelé à se déplacer pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables. Les majorations sont les suivantes :

i) pour les services dispensés de 20 h à 8 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié et de 0 h à 8 h les vendredi, samedi, dimanche ou un jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 13 %.

AVIS : *Inscrire dans la section Actes le modificateur 110 pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné de 20 h à 8 h du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié, ou le modificateur 113 pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné de 0 h à 8 h les vendredi, samedi, dimanche ou un jour férié et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 13 %.*

ii) pour les services dispensés de 20 h à 24 h le vendredi, à l'exception d'un jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 23 %.

AVIS : *Inscrire dans la section Actes le modificateur 111 pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

iii) pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 23 %.

AVIS : *Inscrire dans la section Actes le modificateur 112 pour chacun des services facturés dans l'établissement désigné et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 23 %.*

Aux fins de la présente disposition, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement, de l'INSPQ ou de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein duquel exerce le médecin.

4. Les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent :

- a) Le médecin doit détenir une nomination dans un établissement désigné par l'agence pour sa direction de santé publique. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination.
- b) Le Ministère transmet à la Régie et à la Fédération la liste des établissements auxquels sont rattachés les médecins des agences pour leur direction de santé publique.
- c) Malgré l'alinéa a) ci-dessus en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans un établissement désigné, une lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique de l'agence et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une agence pour moins de 300 heures par année.
- d) Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en œuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour un acte professionnel effectué pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas.

5. Pour le médecin qui, en santé publique ou en santé et sécurité du travail, détient une nomination du directeur régional de santé publique, les activités médico-administratives décrites aux paragraphes 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII, sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus :

Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)

Santé publique

42061 par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Santé et sécurité du travail

42062 par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)

Santé publique

42063 par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Santé et sécurité du travail

42064 par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables selon l'annexe XX.

Pour la rémunération des activités médico-administratives, les établissements visés en santé publique et en santé et sécurité du travail sont ceux prévus à l'annexe III de l'annexe XXIII pour ces deux secteurs de pratique.

AVIS : Pour toutes les activités médico-administratives, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la section Actes;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le numéro de l'établissement désigné dans la section Établissement.

6. Pour le médecin qui détient une nomination de l'INSPQ ou de la Direction générale de la santé publique, seules les activités médico-administratives de l'annexe XXIII décrites au paragraphe 2.01 b) iii) auxquelles il participe sont rémunérées selon le supplément d'honoraires fixé pour la santé publique.

42075 Activités de programmes ou tout autre comité créé au sein de l'établissement, par période complète de 15 minutes.....23,78 \$

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **42075** dans la section Actes;
- le nombre de périodes complètes de 15 minutes dans la case UNITÉS;
- la plage horaire correspondant à la période de participation à l'activité dans la case P.H.;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le lieu de la facturation correspondant au numéro de l'INSPQ (**94559**) ou de la Direction générale de la santé publique (DGSP) (**94509**) dans la section Établissement.

Annexes II et III à l'annexe XXIII

Annexe II à l'annexe XXIII

Liste des suppléments d'honoraires payés à 100 % de leur tarif de base et visés par le mode de rémunération mixte (paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII)

- Forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code **08875**);
- Forfait payable en horaires défavorables en clinique réseau (codes **19100, 19101**);
- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**);
- Supplément à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse (code **15145**);
- Supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre (code **15159**);
- Forfait de responsabilité payé à l'occasion d'un examen ou d'une psychothérapie effectuée auprès du patient vulnérable inscrit (codes **15169, 15170**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189, 19074**);
- Forfait de formation pour un résident ou pour un externe (codes **19911, 19912, 19914, 19915, 19917, 19918, 19920, 19921**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une IPS (codes **19923, 19924, 19926, 19927**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une étudiante sage-femme (codes **19907, 19908**);
- Montant supplémentaire pour la prise en charge et le suivi d'un patient orphelin non référé par un guichet d'accès d'un CSSS (codes **19954, 19955**);
- Montant supplémentaire pour la prise en charge et le suivi d'un patient orphelin référé par un guichet d'accès d'un CSSS (codes **19951, 19952, 19956**);
- Forfait de congé en établissement d'un patient admis (code **15158**);
- Constatation de décès (codes **00013, 00016, 15265**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;
- Services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (codes **09800 et 09801**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;
- Services professionnels couverts par la Loi sur le curateur public (codes **09825, 09826**);
- Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (codes **09900, 09901, 09907, 09908, 09909, 09910, 09911, 09912, 09913, 09914, 09915, 09916, 09919, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09936, 09937, 09938, 09939, 09942, 09944, 09946, 09947, 09948, 09949, 09954, 09955, 09970, 09971, 09975, 09977, 09978, 09981, 09982**);
- La réanimation cardio-respiratoire (codes **00828, 00829**);
- Supplément de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie lorsque l'examen est effectué à domicile (code **09063**);
- Rédaction du formulaire lors de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code **09101**).

Annexe III à l'annexe XXIII

Liste des établissements ou installations visées aux paragraphes 3.01 et 3.02 de l'annexe XXIII

Numéro	Nom établissement	Santé publique (SP)	Santé et sécurité du travail (SST)	SP et SST	Date de début
Région 01 : Bas-Saint-Laurent					
94019	CISSS du Bas-Saint-Laurent	X			2015-07-01
03343	CSSS Rimouski-Neigette			X	2015-07-01
03403	Hôpital régional de Rimouski CH régional du Grand-Portage			X	2015-07-01
Région 02 : Saguenay – Lac-Saint-Jean					
02473	CSSS de Chicoutimi			X	2015-07-01
93852	Hôpital de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi-Nord		X		2015-07-01
02523	CSSS du Domaine-du-Roy	X			2015-07-01
91052	Hôpital, CLSC et Centre hébergement Roberval CLSC de Saint-Félicien		X		2015-07-01
93472	CSSS Maria-Chapdelaine CLSC Les Jardins du Monastère		X		2015-07-01
93462	CSSS du Lac-Saint-Jean-Est CLSC Secteur-Centre		X		2015-07-01
Région 03 : Capitale-Nationale					
94509	Direction générale de santé publique (MSSS)	X			2015-07-01
94559	Institut national de santé publique du Québec	X			2015-07-01

Numéro	Nom établissement	Santé publique (SP)	Santé et sécurité du travail (SST)	SP et SST	Date de début
02033	CHU de Québec				
02103	Hôpital de l'Enfant-Jésus	X			2015-07-01
02123	Pavillon Saint-François d'Assise	X			2015-07-01
02133	Hôpital du Saint-Sacrement	X			2015-07-01
02133	Pavillon C.H. de l'Université Laval	X			2015-07-01
02313	CSSS de Charlevoix				
02373	Hôpital de la Malbaie	X			2015-07-01
93972	Hôpital de Baie-Saint-Paul	X			2015-07-01
93972	CLSC de la Malbaie		X		2015-07-01
02353	CSSS de Portneuf				
02353	Hôpital régional de Portneuf/CLSC Saint-Raymond	X			2015-07-01
95082	CSSS de la Vieille-Capitale				
95082	CLSC et unité de médecine familiale de la Haute-Ville		X		2015-07-01
Région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec					
93862	CSSS de l'Énergie				
93862	CLSC du Centre-de-la-Mauricie		X		2015-07-01
93872	CSSS de Drummond				
93872	CLSC Drummond		X		2015-07-01
01833	CSSS de Trois-Rivières				
01833	Pavillon Sainte-Marie			X	2015-07-01
Région 05 : Estrie					
01163	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke				
01163	Hôpital Fleurimont			X	2015-07-01
91272	CSSS du Haut-Saint-François				
91272	CLSC de Weedon		X		2015-07-01

Numéro	Nom établissement	Santé publique (SP)	Santé et sécurité du travail (SST)	SP et SST	Date de début
Région 06 : Montréal					
94069	CIUSSS du Centre-Est-de l'Île-de-Montréal	X			2015-07-01
94539	Laboratoire de santé publique de l'INSPQ	X			2015-07-01
00153	Hôpital Maisonneuve-Rosemont Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel-Lamoureux			X	2015-07-01
00183	Centre universitaire de santé McGill Hôpital général de Montréal			X	2015-07-01
91122	CSSS de la Montagne CLSC de Côte-des Neiges (5700)		X		2015-07-01
91342	CSSS de la Pointe-de-l'Île CLSC de Pointe-aux-Trembles-Montréal-Est		X		2015-07-01
95042	CSSS de l'Ouest-de-l'Île CLSC du Lac-Saint-Louis		X		2015-07-01
Région 7 : Outaouais					
01263	CSSS de Gatineau Hôpital de Hull			X	2015-07-01
Région 8 : Abitibi-Témiscamingue					
94089	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	X			2015-07-01
01533	CSSS Rouyn-Noranda Hôpital de Rouyn-Noranda			X	2015-07-01
93952	CLSC Les Eskers de l'Abitibi CLSC d'Amos		X		2015-07-01

Numéro	Nom établissement	Santé publique (SP)	Santé et sécurité du travail (SST)	SP et SST	Date de début
Région 9 : Côte-Nord					
07543 93722	CSSS de la Haute-Côte-Nord – Manicouagan Hôpital Le Royer CLSC Lionel-Charest		X	X	2015-07-01 2015-07-01
Région 11 : Gaspésie – Îles-de-la Madeleine					
03283	CSSS de la Côte-de-Gaspé Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé			X	2015-07-01
Région 12 : Chaudière-Appalaches					
94129	CISSS de Chaudière-Appalaches	X			2015-07-01
03003	CSSS Alphonse-Desjardins Hôtel-Dieu de Lévis			X	2015-07-01
03033 91322	CSSS Montmagny-l'Islet Hôpital de Montmagny CLSC de Saint-Fabien-de-Panet	X	X		2015-07-01 2015-07-01
91352	CSSS de Beauce CLSC de la Guadeloupe		X		2015-07-01
Région 13 : Laval					
00443	CSSS de Laval Hôpital Cité de la santé			X	2015-07-01
Région 14 : Lanaudière					
94149	CISSS de Lanaudière	X			
00853	CSSS du Nord de Lanaudière Centre hospitalier régional de Lanaudière			X	2015-07-01
01413	CSSS du Sud de Lanaudière Hôpital Pierre-Le-Gardeur	X			2015-07-01

Numéro	Nom établissement	Santé publique (SP)	Santé et sécurité du travail (SST)	SP et SST	Date de début
Région 15 : Laurentides					
01443	CSSS de Saint-Jérôme Hôpital régional de Saint-Jérôme			X	2015-07-01
01423	CSSS d'Antoine-Labelle Hôpital de Mont-Laurier		X		2015-07-01
Région 16 : Montérégie					
00953	CSSS Champlain-Charles-Le Moyne Hôpital Charles-Lemoyne			X	2015-07-01
91232	CSSS Pierre-Boucher CLSC des Seigneuries de Boucherville		X		2015-07-01
90812	CSSS Jardins-Roussillon CLSC Kateri		X		2015-07-01
91152	CSSS du Suroît CLSC de Salaberry-de-Valleyfield		X		2015-07-01
93512	CSSS de la Haute-Yamaska CLSC Yvan-Duquette		X		2015-07-01
93592	CSSS du Haut-Richelieu CLSC Vallée des Forts		X		2015-07-01
95492	CSSS Richelieu-Yamaska CLSC de Saint-Hyacinthe-Gauthier		X		2015-07-01

Changements administratifs relatifs à l'Amendement n° 135 (nouvelle annexe XXIII)

1. Manuel des omnipraticiens

1.1 Onglet Rédaction de la demande de paiement

- À la **section 4.2.6**, sous le 2^e paragraphe, les plages horaires pour la rémunération mixte de l'annexe XXIII sont ajoutées :

- Plages horaires (P.H.)

1) Les plages horaires applicables à la rémunération mixte (EP – Anesthésie (régime C)) et à leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 0 h à 7 h (nuit)	1
de 7 h à 12 h (a.m.)	2
de 12 h à 17 h (p.m.)	3
de 17 h à 24 h (soir)	4

Durant la période où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, il doit **obligatoirement** indiquer la plage horaire pendant laquelle chaque service est dispensé, et ce, peu importe le lieu où il a été dispensé.

2) Les plages horaires applicables **seulement** au mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII et leur valeur sont les suivantes :

Plage horaire (P.H.)	Valeur
de 0 h à 8 h (nuit)	5
de 8 h à 12 h (a.m.)	6
de 12 h à 20 h (p.m.)	7
de 20 h à 24 h (soir)	8

L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) est obligatoire même si les services sont payables à 100 % du tarif de base durant cette période.

Durant la période où le médecin est autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte de l'annexe XXIII, il doit **obligatoirement** indiquer la plage horaire pendant laquelle chaque service est dispensé, et ce, dans le secteur de pratique visé de l'établissement désigné où il a été dispensé. La plage horaire doit être indiquée en tout temps que cette période soit visée ou non par le mode mixte.

Remarque : En rémunération mixte **ou selon le mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII**, tous les services doivent être facturés dans la section *Actes* de la demande de paiement.

Pour celui qui ne travaille pas en rémunération mixte, ne rien inscrire dans cette case.

- À la **section 4.6.2**, une nouvelle liste des modificateurs a été créée :

Annexe 1 à l'annexe XXIII : (Entente, Brochure n° 1)

Paragraphe 3.3.1 i) : Majoration d'honoraires de 13 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés les **lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 8 h à l'exception d'un jour férié** **MOD 110**

Paragraphe 3.3.1 i) : Majoration d'honoraires de 13 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés les **vendredi, samedi, dimanche ou jour férié de 0 h à 8 h** **MOD 113**

Paragraphe 3.3.1 ii) : Majoration d'honoraires de 23 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés le **vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié** **MOD 111**

Paragraphe 3.3.1 iii) : Majoration d'honoraires de 23 % des services dispensés en santé environnementale ou en maladies infectieuses pendant une garde en disponibilité dans les établissements désignés les **samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h** **MOD 112**

- À la **section 4.6.3 – Annexe III**, la considération spéciale « **E** » est modifiée :

E : Services médicaux rendus durant la garde en disponibilité ou en période de disponibilité selon les modalités de l'annexe XXIII, lorsque rémunérés à l'acte, et ce, tel que spécifié à l'Entente, notamment dans certains accords et ententes particulières.

- À la **section 4.6.3 – Annexe III**, la considération spéciale « **F** » est ajoutée :

F : Services rendus par un médecin ayant adhéré au mode de rémunération mixte avec honoraires fixes, qui choisit d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte (annexe XXIII, paragraphe 2.15), à l'une des conditions suivantes :

- que le médecin soit rémunéré à honoraires fixes à 35 heures par semaine et que les 35 premières heures par semaine soient complétées;
- que le médecin soit rémunéré à honoraires fixes à 35 heures par semaine et que les 35 premières heures par semaine soient complétées et qu'il ait cumulé un minimum de 220 heures additionnelles durant l'année civile selon les dispositions du paragraphe 15.01 b) de l'Entente.

1.2 Onglet Messages explicatifs

- Le message explicatif suivant a été modifié :

600 La plage horaire est absente ou invalide selon les valeurs permises (Réf : EP – Anesthésie en CHSGS et annexe XXIII). Veuillez soumettre une nouvelle demande de paiement.

- Le message explicatif suivant a été créé :

663 Conformément à l'annexe XXIII, vos honoraires ont été rectifiés pour correspondre aux dispositions du nouveau mode de rémunération mixte.

2. Brochure n° 1

2.1 Entente particulière – Santé publique (n° 24)

- Au paragraphe 3.01, l'avis est retiré, sous :
 - « - La participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique; »

3. Brochure n° 2

◆ HONORAIRES FIXES → 1.6 CODES D'ACTIVITÉ

Les codes d'activité suivants sont ajoutés à la section 1.6 :

Annexe XXIII

Services dispensés en santé publique (paragraphe 3.02 d)

- XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C
- XXX025 Programme de dépistage de cancer du sein
- XXX030 Services cliniques
- XXX032 Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
- XXX037 Planification, élaboration et implantation des programmes
- XXX043 Tâches médico-administratives et hospitalières
- XXX047 Évaluation de l'impact des programmes
- XXX067 Expertise conseil, information et coordination
- XXX088 Programme de vaccination contre le méningocoque
- XXX098 Services de santé durant le délai de carence
- XXX148 Services cliniques : Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie

Remarque : Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, **XXX** peut correspondre à :

- 115 : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale
- 145 : les traumatismes non intentionnels
- 155 : les maladies infectieuses
- 165 : la santé environnementale
- 175 : la santé en milieu de travail
- 185 : autres secteurs d'activités
- 195 : les habitudes de vie et les maladies chroniques

Services en santé et sécurité du travail pour le compte de la CSST sous la responsabilité d'une direction de santé publique (paragraphe 3.02 d))

- 007031** Étude de dossiers
- 007032** Rencontres multidisciplinaires
- 007037** Planification – programmation – évaluation
- 007038** Coordination
- 007047** Exécution
- 007093** Programme pour une maternité sans danger



AVIS DE SERVICE - MÉDECIN OMNIPRATICIEN
Honoraires fixes et rémunération mixte

1- Renseignements sur le professionnel

NUMÉRO 1-	NOM	PRÉNOM	
Type d'avis de service	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} avis de service	<input type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Modification
Type de nomination	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Garde	<input type="checkbox"/> Autorisation en cas d'urgence (entente générale, paragr. 11.02) ①

2- Établissement

NOM	VILLE	NUMÉRO
-----	-------	--------

3- Situation d'entente

Le professionnel est nommé en vertu du texte suivant (cocher une seule situation d'entente)

- ANNEXE XXII** Inscrire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage) et cocher obligatoirement un régime
- Secteurs de pratique
- Régime A
 Régime B
- ANNEXE XXIII** Inscrire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)
- Secteurs de pratique
- ENTENTE PARTICULIÈRE EN CLSC**
- Rémunération à l'acte (paragr. 3.02) Tous les jours Samedi, dimanche et jour férié
- ENTENTE PARTICULIÈRE - MÉDECIN ENSEIGNANT**
- Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07) Chef de l'UMF (paragr. 8) Assistant du chef de l'UMF (paragr. 8) Malades admis - UMF (paragr. 3.02)
- AUTRE ENTENTE PARTICULIÈRE** Titre abrégé (s'il s'agit de la santé publique) ②
- Privilège à l'acte
 IVG (acte)
- ACCORD OU LETTRE D'ENTENTE** Numéro et titre abrégé
- Lettre d'entente n° 154
- ENTENTE GÉNÉRALE** Paragr. 17.01, 2^e alinéa du 1^{er} sous-paragr. (médecine du travail) ②
- CONTRAT COMPLÉMENTAIRE** (entente générale, paragr. 10.13 A)

4- Conditions d'exercice et de rémunération

Mode de rémunération	<input type="checkbox"/> HONORAIRES FIXES	Durée de validité	DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR
	<input type="checkbox"/> MIXTE (annexe XXIII paragr. 2.12)									
Le médecin est-il tenu d'effectuer de la garde sur place?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si NON, préciser la période d'exemption	DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR
Nombre d'heures hebdomadaires	<input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Demi-temps	HEURES CENTIÈMES	17	5	S'il y a lieu, heures en santé publique ②	HEURES CENTIÈMES	heures en santé et sécurité du travail ②	HEURES CENTIÈMES	<input type="checkbox"/> Dépassement du nombre maximal d'heures au tarif horaire (entente générale, paragr. 15.01)	

5- Rémunération majorée en région désignée

NOMINATION EN CENTRE HOSPITALIER	<input type="checkbox"/> MEMBRE ACTIF <input type="checkbox"/> SPÉCIFIQUE AVEC PRIVILÈGES EN	Si privilèges exclusifs en obstétrique, joindre la recommandation du CMDP (annexe XII, paragr. 1.3)
NOMINATION EN CLSC DU RÉSEAU DE GARDE	PARTICIPATION À LA GARDE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

6- Autorisations

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR
<input type="checkbox"/> ① DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ou DIRECTEUR GÉNÉRAL (seulement pour une autorisation en cas d'urgence - paragr. 11.02)	<input type="checkbox"/> ② DIRECTEUR GÉNÉRAL OU RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ou DIRECTEUR DE L'INSPQ (si le professionnel de la santé agit dans le cadre d'un programme dirigé ou coordonné par ce directeur)			
NOM (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

GUIDE DE REMPLISSAGE (1897)

IMPORTANT : remplissez un formulaire distinct pour chaque situation d'entente

1- RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL

Numéro

Le numéro du professionnel est composé de six chiffres suivis d'un septième chiffre valideur (facultatif).

TYPE D'AVIS DE SERVICE (cocher une seule case)

1^{er} avis de service

Première nomination d'un médecin dans l'établissement dans le cadre d'une entente donnée selon ce mode de rémunération.

Renouvellement

Renouvellement sans interruption et sans aucune modification aux renseignements fournis dans l'avis précédent, à l'exception de la durée de validité de la nomination.

Modification

Modification lorsque des renseignements sont différents de ceux figurant sur l'avis initial ou lorsque la nomination prend fin.

TYPE DE NOMINATION (cocher une seule case)

Régulier

Le médecin est nommé par le conseil d'administration de l'établissement après recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Dans le cadre de cette nomination, un statut et des privilèges lui sont attribués.

Garde

Le médecin est nommé pour effectuer exclusivement de la garde sur place.

Autorisation en cas d'urgence

Le médecin est autorisé à travailler dans un établissement en cas d'urgence à titre exceptionnel et temporaire, et ce, sans nomination par le conseil d'administration (paragr. 11.02 de l'entente générale).

2- ÉTABLISSEMENT

Nom

Inscrire le nom de l'établissement où les services sont rendus.

Numéro

Le numéro de l'établissement doit **correspondre à celui inscrit à l'annexe de l'entente particulière visée, de l'annexe XXII, de l'annexe XXIII ou à celui figurant dans le texte déterminant les autres situations d'entente.** Pour plus d'information, veuillez consulter les **manuels de l'entente des médecins omnipraticiens ou les listes des établissements sur notre site Web** au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes-omni.

3- SITUATION D'ENTENTE

Cette section doit obligatoirement être remplie afin de préciser quelle entente régit la pratique du médecin dans un établissement. **Si votre établissement n'est pas désigné à la situation d'entente visée, vous devez faire une demande en ce sens au ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Annexe XXII

Au moment de sa nomination ou de son renouvellement, le médecin opte pour un des modes de rémunération admissibles, et cela, pour chaque programme, unité, service ou département, ou leur regroupement, tel qu'identifié au paragr. 2.00 de l'annexe XXII.

Annexe XXIII

Le médecin rémunéré à honoraires fixes à plein temps (35 h) ou à deux demi-temps (17,5 h) dans un ou des secteurs de pratique visés peut choisir, **en plus de son mode actuel**, d'être rémunéré selon le mode de rémunération mixte. Dans ce cas, vous devez cocher la case MIXTE (annexe XXIII paragr. 2.12). Si le médecin désire mettre fin au mode des honoraires fixes et opter pour le mode mixte uniquement, veuillez utiliser le formulaire 3547.

Lettre d'entente n° 154

Préciser dans le cadre de quelle entente particulière ou autre situation d'entente le médecin est nommé, lorsque vous cochez cette case.

Contrat complémentaire (entente générale, paragr. 10.13 A)

Médecin qui détient une nomination à temps plein à honoraires fixes dans une autre installation du même centre de santé et de services sociaux ou d'une autre catégorie d'établissement et qui peut être rémunéré selon ce mode à partir de la même nomination.

4- CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION

Mode de rémunération

La situation d'entente visée doit permettre ce mode de rémunération.

Durée de validité

La durée maximale d'un premier avis de service est de trois ans et la durée minimale d'un renouvellement est de deux ans, mais elle peut être moins longue dans certains cas.

Nombre d'heures hebdomadaires

Inscrire le nombre d'heures et, s'il y a lieu, leur répartition entre la santé publique et la santé et sécurité au travail. Dans le cas d'une pratique variable, inscrire la moyenne des heures.

Dépassement du nombre maximal d'heures (entente générale, paragr. 15.01)

Un supplément d'heures (880 heures/année) peut être autorisé lorsque la réquisition des services médicaux curatifs ou préventifs entraîne le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière (1540 heures/année). Cocher cette case lorsque le dépassement du nombre maximal d'heures est autorisé.

Le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte en plus du mode des honoraires fixes ne peut être autorisé au dépassement du nombre maximal d'heures.

5- RÉMUNÉRATION MAJORÉE EN RÉGION DÉSIGNÉE

Nomination en centre hospitalier

Membre actif : statut accordé à un médecin en raison de son degré élevé d'activité et d'engagement dans le fonctionnement du centre hospitalier.

Nomination spécifique avec privilèges en : mention à cocher et à compléter lorsque le médecin détient une nomination spécifique dans un centre hospitalier. Voir les modalités d'application dans l'entente générale (paragr. 10.00 A).

Nomination en CLSC du réseau de garde

L'établissement doit préciser si le médecin participe à la garde. (Voir annexe XII, paragr. 1.2 c) pour plus de détails)

6- AUTORISATIONS

Le nom et la signature de la personne autorisée de l'établissement sont obligatoires. Dans les cas décrits en ① et en ②, le nom et la signature du directeur concerné sont obligatoires.

Secteurs de pratique – Annexes XXII et XXIII

- Adaptation, réadaptation en déficience physique
- Adaptation, réadaptation en déficience physique : garde sur place seulement (ann. XXII, paragr. 1.06; ann. XXIII, paragr. 2.16)
- Programme déficience physique, intellectuelle ou protection de la jeunesse
- Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (ann. XXII)
- Psychiatrie
- Psychiatrie : garde sur place seulement (ann. XXII, paragr. 1.06; ann. XXIII, paragr. 2.16)
- Soins de courte durée gériatrique (incluant la réadaptation)
- Soins de longue durée (incluant la réadaptation)
- Soins palliatifs
- Toxicomanie
- Santé et sécurité du travail (ann. XXIII)
- Santé publique (ann. XXIII)
- Unité de médecine familiale en CHSGS (ann. XXIII)
- Le sans rendez-vous au sein de l'UMF en CHSGS (ann. XXIII)
- La clinique de la douleur en CHSGS (ann. XXIII)

Secteurs de pratique réservés au CLSC (annexe XXIII)

- Services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle
- Soutien à domicile
- Le sans rendez-vous incluant celui de l'unité de médecine familiale
- Soins palliatifs
- Interruptions volontaires de grossesse (IVG)
- Toxicomanie
- Programme jeunesse
- Programme de santé mentale adulte
- Programme de santé mentale jeunesse
- Unité de médecine familiale

1- Renseignements sur le professionnel

NUMÉRO 1-	NOM	PRÉNOM
Type d'avis de service <input type="checkbox"/> 1 ^{er} avis de service <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Modification		
Type de nomination <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Garde <input type="checkbox"/> Autorisation en cas d'urgence (entente générale, paragr. 11.02) ①		

2- Établissement

NOM	VILLE	NUMÉRO
-----	-------	--------

3- Situation d'entente

Le professionnel est nommé en vertu du texte suivant (cocher une seule situation d'entente)

ANNEXE XXII Inscrire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)
.....
Secteurs de pratique

ANNEXE XXIII Inscrire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)
.....
Secteurs de pratique

ENTENTE PARTICULIÈRE EN CLSC
 Rémunération à l'acte (paragr. 3.02) Tous les jours Samedi, dimanche et jour férié

ENTENTE PARTICULIÈRE – GARDE EN DISPONIBILITÉ
 Annexe I (CSSS, CHSLD, CR) Annexe II (CLSC du réseau de garde)
 Annexe III (CHSGS, CHSP) Annexe IV (Victimes d'agression sexuelle)
 Malades admis Garde régionale
 Obstétrique Garde sous-régionale

ENTENTE PARTICULIÈRE – MÉDECIN ENSEIGNANT
 Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07) Chef de l'UMF (paragr. 8) Assistant du chef de l'UMF (paragr. 8) Malades admis - UMF (paragr. 3.02)

AUTRE ENTENTE PARTICULIÈRE
Titre abrégé (s'il s'agit de la santé publique ②) Privilège à l'acte IVG (acte)

ACCORD OU LETTRE D'ENTENTE
Numéro et titre abrégé Lettre d'entente n° 154

ENTENTE GÉNÉRALE
Paragr. 17.01, 2^e alinéa du 1^{er} sous-paragr. (médecine du travail) ②

4- Conditions d'exercice et de rémunération

Mode de rémunération
 TARIF HORAIRE PER DIEM VACATION ACTE MIXTE (annexe XXIII paragr. 2.03)

Durée de validité DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR

Nombre d'heures hebdomadaires Au tarif horaire
 HEURES CENTIÈMES Heures en santé publique, s'il y a lieu ② HEURES CENTIÈMES Heures en santé et sécurité du travail ② HEURES CENTIÈMES Dépassement du nombre maximal d'heures (annexe XIV, section I, paragr. 5.10)

5- Rémunération majorée en région désignée

NOMINATION EN CENTRE HOSPITALIER MEMBRE ACTIF SPÉCIFIQUE AVEC PRIVILÈGES EN
Si privilèges exclusifs en obstétrique, joindre la recommandation du CMDP (annexe XII, paragr. 1.3)

NOMINATION EN CLSC DU RÉSEAU DE GARDE PARTICIPATION À LA GARDE OUI NON

6- Autorisations

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR
<input type="checkbox"/> ① DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ou DIRECTEUR GÉNÉRAL (seulement pour une autorisation en cas d'urgence - paragr. 11.02)	<input type="checkbox"/> ② DIRECTEUR GÉNÉRAL OU RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ou DIRECTEUR DE L'INSPQ (si le professionnel de la santé agit dans le cadre d'un programme dirigé ou coordonné par ce directeur)			
NOM (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

GUIDE DE REMPLISSAGE (3547)

IMPORTANT : remplissez un formulaire distinct pour chaque situation d'entente

1- RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL

Numéro

Le numéro du professionnel est composé de six chiffres suivis d'un septième chiffre valideur (facultatif).

TYPE D'AVIS DE SERVICE (cocher une seule case)

1^{er} avis de service

Première nomination d'un médecin dans l'établissement dans le cadre d'une entente donnée selon ce mode de rémunération.

Renouvellement

Renouvellement sans interruption et sans aucune modification aux renseignements fournis dans l'avis précédent, à l'exception de la durée de validité de la nomination.

Modification

Modification lorsque des renseignements sont différents de ceux figurant sur l'avis initial ou lorsque la nomination prend fin.

TYPE DE NOMINATION (cocher une seule case)

Régulier

Le médecin est nommé par le conseil d'administration de l'établissement après recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Dans le cadre de cette nomination, un statut et des privilèges lui sont attribués.

Garde

Le médecin est nommé pour effectuer exclusivement de la garde sur place ou de la garde en disponibilité.

Autorisation en cas d'urgence

Le médecin est autorisé à travailler dans un établissement en cas d'urgence à titre exceptionnel et temporaire, et ce, sans nomination par le conseil d'administration (paragr. 11.02 de l'entente générale).

2- ÉTABLISSEMENT

Nom

Inscrire le nom de l'établissement où les services sont rendus.

Numéro

Le numéro de l'établissement doit **correspondre à celui inscrit à l'annexe de l'entente particulière visée, de l'annexe XXII, de l'annexe XXIII ou à celui figurant dans le texte déterminant les autres situations d'entente.** Pour plus d'information, veuillez consulter les **manuels de l'entente des médecins omnipraticiens** ou les **listes des établissements sur notre site Web** au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes-omni.

3- SITUATION D'ENTENTE

Cette section doit obligatoirement être remplie afin de préciser quelle entente régit la pratique du médecin dans un établissement. **Si votre établissement n'est pas désigné à la situation d'entente visée, vous devez faire une demande en ce sens au ministère de la Santé et des Services sociaux.**

Annexe XXII

Au moment de sa nomination ou de son renouvellement, le médecin opte pour un des modes de rémunération admissibles, et cela, pour chaque programme, unité, service ou département, ou leur regroupement, tel qu'identifié au paragraphe 2.00 de l'annexe XXII.

Annexe XXIII

Le médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique admissible. En faisant ce choix, le médecin **met fin à son mode de rémunération actuel pour passer à la rémunération mixte.** Dans ce cas, vous devez cocher la case MIXTE (annexe XXIII paragr. 2.03). Si le médecin à honoraires fixes désire opter pour le mode mixte tout en maintenant son mode actuel, veuillez utiliser le formulaire 1897.

Lettre d'entente n° 154

Préciser dans le cadre de quelle entente particulière ou autre situation d'entente le médecin est nommé, lorsque vous cochez cette case.

4- CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION

Mode de rémunération

La situation d'entente visée doit permettre ce mode de rémunération.

Durée de validité

La durée maximale d'un premier avis de service est de trois ans et la durée minimale d'un renouvellement est de deux ans, mais elle peut être moins longue dans certains cas.

Nombre d'heures hebdomadaires

Inscrire le nombre d'heures et, s'il y a lieu, leur répartition entre la santé publique et la santé et sécurité au travail. Dans le cas d'une pratique variable, inscrire la moyenne des heures.

Dépassement du nombre maximal d'heures (annexe XIV, section I, paragr. 5.10)

Un supplément d'heures (880 heures/année) peut être autorisé lorsque la réquisition des services médicaux curatifs ou préventifs entraîne le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière (1540 heures/année). Cocher cette case lorsque le dépassement du nombre maximal d'heures est autorisé.

Le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte ne peut être autorisé au dépassement du nombre maximal d'heures.

5- RÉMUNÉRATION MAJORÉE EN RÉGION DÉSIGNÉE

Nomination en centre hospitalier

Membre actif : statut accordé à un médecin en raison de son degré élevé d'activité et d'engagement dans le fonctionnement du centre hospitalier.

Nomination spécifique avec privilèges en : mention à cocher et à compléter lorsque le médecin détient une nomination spécifique dans un centre hospitalier. Voir les modalités d'application dans l'entente générale (paragr. 10.00 A).

Nomination en CLSC du réseau de garde

L'établissement doit préciser si le médecin participe à la garde. (Voir annexe XII, paragr. 1.2 c) pour plus de détails)

6- AUTORISATIONS

Le nom et la signature de la personne autorisée de l'établissement sont obligatoires. Dans les cas décrits en ① et en ②, le nom et la signature du directeur concerné sont obligatoires.

Secteurs de pratique – Annexes XXII et XXIII

- Adaptation, réadaptation en déficience physique
- Adaptation, réadaptation en déficience physique : garde sur place seulement (ann. XXII, paragr. 1.06; ann. XXIII, paragr. 2.16)
- Programme déficience physique, intellectuelle ou protection de la jeunesse
- Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL) (ann. XXII)
- Psychiatrie
- Psychiatrie : garde sur place seulement (ann. XXII, paragr. 1.06; ann. XXIII, paragr. 2.16)
- Soins de courte durée gériatrique (incluant la réadaptation)
- Soins de longue durée (incluant la réadaptation)
- Soins palliatifs
- Toxicomanie
- Santé et sécurité du travail (ann. XXIII)
- Santé publique (ann. XXIII)
- Unité de médecine familiale en CHSGS (ann. XXIII)
- Le sans rendez-vous au sein de l'UMF en CHSGS (ann. XXIII)
- La clinique de la douleur en CHSGS (ann. XXIII)

Secteurs de pratique réservés au CLSC (annexe XXIII)

- Services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle
- Soutien à domicile
- Le sans rendez-vous incluant celui de l'unité de médecine familiale
- Soins palliatifs
- Interruptions volontaires de grossesse (IVG)
- Toxicomanie
- Programme jeunesse
- Programme de santé mentale adulte
- Programme de santé mentale jeunesse
- Unité de médecine familiale