

Amendement n° 141 – Remplacement de l'entente particulière sur les activités médicales particulières

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'*Amendement n° 141* remplaçant l'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* (n° 16) par l'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* (n° 51). Cette dernière entre en vigueur le **1^{er} septembre 2015**. Cet amendement vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales.

La majorité des modalités de l'entente particulière demeurent inchangées. Cette infolettre présente essentiellement **les modifications** apportées aux dispositions régissant les activités médicales particulières introduites par la nouvelle entente particulière.

Faits saillants

- nouvelle activité médicale particulière (AMP) reconnue : prestation de services médicaux d'inscription et de suivi des clientèles vulnérables et non vulnérables en première ligne;
- délai d'adhésion plus court;
- réduction appliquée à l'ensemble de la rémunération incluant les AMP pour le médecin non adhérent ou ne respectant par son engagement;
- évaluation et suivi de l'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* (n° 51) (EP – AMP (n° 51)).

Documents de référence

- [Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 141*
- [Partie II](#) Texte paraphé de l'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* (n° 51)
- [Partie III](#) Annexe I – Calcul des années de pratique
Annexe II – Guide d'évaluation du volume d'activités
Annexe III – Règles de conversion

c. c. Agences commerciales de facturation
Départements régionaux de médecine générale

Sommaire

1. Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières 2
2. Nouvelle activité médicale particulière 2
3. Adhésion à l'entente particulière sur les activités médicales particulières 4
4. Réduction de la rémunération 6
5. Dispositions s'appliquant au DRMG et à la Régie 6
6. Évaluation et suivi de l'EP – AMP (n° 51) 6
7. Annexes à l'entente particulière – AMP 6
8. Services en ligne de la Régie 7
9. Changement administratif 8

1. Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (n° 16) est abrogée par l'Amendement n° 141. Cette entente particulière est remplacée par l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (n° 51) qui entre en vigueur le 1^{er} septembre 2015.

L'entente particulière ayant pour objet les AMP (EP – AMP) est reformulée et renumérotée pour refléter les modifications convenues entre les parties. Le sigle « DRMG » (Département régional de médecine générale) remplace le terme « agence » dans l'ensemble du texte.

La prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle est introduite à l'EP – AMP (n° 51) comme nouvelle AMP admissible (AMP – Inscription et suivi de clientèle). L'article 4.0 est modifié en conformité avec ce changement. La référence au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est retirée (paragr. 4.1).

Le texte paraphé de l'Amendement n° 141 est présenté à la [partie I](#) de l'infolettre, l'EP – AMP (n° 51) à la [partie II](#) et les annexes à l'entente particulière à la [partie III](#).

2. Nouvelle activité médicale particulière

À compter du 1^{er} septembre 2015, la prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle, vulnérable ou non, dans les lieux de suivi admissibles, soit en cabinet, à domicile, en CLSC, en UMF, en clinique réseau, en GMF, et exceptionnellement dans une clinique externe d'un centre hospitalier désigné, est ajoutée à la liste des AMP.

2.1 Nouvelle AMP – Inscription et suivi de clientèle

L'EP – AMP (n° 51) introduit une nouvelle activité et un volume quant à la prestation en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle. Elle se situe dorénavant au même niveau de priorité que les principaux secteurs de pratique en établissement. Seul le service d'urgence d'un établissement conserve un niveau de priorité supérieur. La liste des AMP est modifiée en conséquence (sous-paragr. 4.1.1, 4.1.2 et 4.1.3).

Pour en savoir plus sur l'inscription et le suivi de clientèle, consultez la rubrique *Inscription de la clientèle* au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels, sous l'onglet *Facturation* de votre profession.

2.2 Conversion du nombre de patients inscrits en heures d'AMP

L'annexe II de l'EP – AMP (n° 51), *Guide d'évaluation du volume d'activités*, précise que pour satisfaire à l'exigence d'une moyenne de 12 heures par semaine quant au volume d'activités, le médecin doit avoir un minimum de 500 patients inscrits, vulnérables ou non, ou un nombre minimal plus élevé que les parties peuvent déterminer par voie administrative.

Vous pouvez consulter l'annexe II à la [partie III](#) de l'infolettre.

Pour convertir le nombre de patients inscrits en heures d'AMP, la règle suivante est observée :

- 500 patients inscrits ou plus, vulnérables ou non, correspondent à 12 heures par semaine en moyenne ou à 132 heures par trimestre;
- 250 à 499 patients inscrits, vulnérables ou non, correspondent à 6 heures par semaine en moyenne ou à 66 heures par trimestre;
- 125 à 249 patients inscrits, vulnérables ou non, correspondent à 3 heures par semaine en moyenne ou à 33 heures par trimestre;

Moins de 125 patients inscrits, vulnérables ou non, ne sont pas retenus pour considérer une diminution des heures requises dans les secteurs d'AMP priorisés en établissement.

Comme auparavant, le profil de pratique AMP d'un médecin dans les services en ligne de la Régie présentera par trimestre les heures d'AMP qu'il a effectuées.

Ajustements au profil de pratique AMP

Pour se conformer aux changements introduits par l'EP – AMP (n° 51), la Régie prépare des modifications au *Profil de pratique AMP* de son service en ligne *Professionnels de la santé*, dans le but d'y intégrer le secteur d'activité Inscription et suivi de clientèle et de le convertir en heures d'AMP.

Cette application permet, entre autres, d'apprécier en heures, par secteur d'activité, par région et par établissement, les AMP effectuées par un médecin au cours d'un trimestre.

D'ici à ce que ces changements soient apportés, le DRMG sera en mesure de calculer, si nécessaire, les heures d'AMP d'un médecin à partir du nombre de patients inscrits et de patients inscrits vulnérables paraissant à son profil de pratique AMP (voir la section 8 de l'infolettre).

2.3 Délai à respecter pour l'inscription et le suivi de clientèle

Pour répondre à l'exigence de l'AMP – Inscription et suivi de clientèle, le médecin qui débute sa pratique ou qui débute une pratique dans une nouvelle région devra inscrire en moyenne 125 patients par trimestre jusqu'à l'atteinte, après quatre trimestres, du minimum requis de 500 patients inscrits, vulnérables ou non.

Un médecin qui a 500 patients inscrits au moment de son adhésion respecte dès le départ l'exigence de l'AMP – Inscription et de suivi de clientèle.

2.4 Rôle de la Régie

Pour permettre l'application des dispositions de l'EP – AMP (n° 51), la Régie doit transmettre au DRMG et au comité paritaire :

- le nombre de patients inscrits par médecin et, de manière distinctive, le nombre de patients vulnérables inclus dans ce total;
- le profil de pratique de chaque médecin, converti en heures selon les règles de conversion prévues à l'annexe III de l'EP – AMP;

- tout autre renseignement dont le comité paritaire pourrait avoir besoin dans le cadre de l'application de l'article 7.0 de l'EP – AMP.

Reconnaissance du nombre de patients inscrits

Aux fins du calcul du volume d'activités, le nombre de patients inscrits est pris en compte au dernier jour de chaque trimestre. Par exemple, si un médecin met fin à une inscription au milieu d'un trimestre, l'inscription de ce patient n'est pas considérée pour ce trimestre. Cependant, si un médecin inscrit un patient deux jours avant la fin d'un trimestre, ce patient est alors considéré comme inscrit et additionné au total de patients inscrits pour ce trimestre.

3. Adhésion à l'entente particulière sur les activités médicales particulières

L'article 3.0 *Adhésion* de l'EP – AMP (n° 51) définit les démarches d'adhésion à l'entente particulière auprès du DRMG de la région principale de pratique. Le terme « territoire » est remplacé par « région ».

3.1 Début de pratique ou début de pratique dans une nouvelle région

À compter du 1^{er} septembre 2015, le médecin qui débute sa pratique ou qui débute une pratique dans une nouvelle région devra, avant la fin **du premier trimestre complet suivant** le début de cette pratique :

- adresser une demande au DRMG de la région dans laquelle il effectuera 55 % et plus de ses journées de facturation au sens de l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)*, pour obtenir la liste des AMP disponibles. Dans le cas où un médecin n'exerce pas 55 % et plus de ses journées de facturation dans une région, le DRMG visé est celui de la région où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès des milieux de pratique qui paraissent à la liste;
- produire au DRMG les pièces justificatives permettant d'obtenir la confirmation que les activités choisies à titre d'AMP seront reconnues. Dans tous les cas, les pièces justificatives doivent prévoir le volume attendu d'AMP.

Ces étapes doivent être franchies **au moins deux semaines avant la fin de ce trimestre** pour que le DRMG puisse, dans les délais prévus au sous-paragraphe 3.2.2, confirmer au médecin qu'il respecte les exigences de l'EP – AMP (n° 51).

Les journées de pratique faites dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ne sont pas considérées pour déterminer la région responsable.

Premier trimestre complet et date d'adhésion

Le médecin doit adhérer à l'EP – AMP (n° 51) au plus tard à l'intérieur du premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique.

Un trimestre est considéré complet lorsque le médecin débute sa pratique le premier jour de ce trimestre. Ainsi, pour le médecin qui débute sa pratique le 1^{er} septembre 2015, le premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique est celui de septembre à novembre. Ce médecin devra donc obtenir une confirmation d'adhésion de la part du DRMG concerné au plus tard le 16 novembre 2015 pour que son adhésion soit en vigueur le 1^{er} décembre 2015.

Si le médecin débute sa pratique entre le 2 septembre et le 30 novembre 2015, le premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique est celui de décembre à février. Ce médecin devra obtenir une confirmation d'adhésion de la part du DRMG concerné au plus tard le 16 février 2016 pour que son adhésion soit en vigueur le 1^{er} mars 2016.

La durée de l'engagement du médecin est de deux ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion.

La détermination de la date d'adhésion pour le médecin qui revient en pratique s'effectue de la même façon que pour le professionnel qui débute, selon les dispositions de l'EP – AMP (n° 51).

3.2 Début de pratique avant le 1^{er} septembre 2015

Le médecin ayant débuté sa pratique ou débuté une pratique dans une nouvelle région avant le 1^{er} septembre 2015, est soumis aux modalités d'application de l'EP – AMP (n° 16).

Le médecin déjà adhérent à cette entente particulière **n'a pas à adhérer** immédiatement à l'EP – AMP (n° 51). L'engagement conclu dans le cadre de l'EP – AMP (n° 16) continue de s'appliquer. Ce médecin devra adhérer à l'EP – AMP (n° 51) lors du renouvellement de son engagement.

Modification en cours d'engagement

Un engagement peut être modifié avant l'échéance (paragr. 4.6). Pour ce faire, le médecin doit adresser une demande au DRMG où il détient un avis de conformité au PREM, région où il exerce pour 55 % et plus de ses journées de facturation, afin d'obtenir la liste des AMP disponibles. Les dispositions de l'EP – AMP (n° 51), en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2015, s'appliqueront à son nouvel engagement.

3.3 Respect de l'engagement

Pour respecter son engagement, le médecin adhérent de moins de 15 ans de pratique doit effectuer en moyenne 12 heures par semaine ou 132 heures par trimestre d'AMP dans les secteurs prioritaires de sa région de pratique principale.

Le DRMG demeure responsable de la gestion des AMP auprès des médecins de son territoire. Sur une base trimestrielle, il analyse pour chaque médecin l'information transmise par la Régie en matière d'heures d'AMP effectuées, en tenant compte de son nombre d'années de pratique reconnues. Par la suite, le DRMG informe la Régie des résultats de qualification aux AMP, en ce qui a trait au respect de son engagement.

Veuillez consulter le paragraphe 4.3 de l'EP – AMP (n° 51) pour l'information complète sur les exigences de base d'AMP à effectuer selon le nombre d'années de pratique d'un médecin.

3.4 AMP hors région ou nationales

Lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectue celles-ci en tout ou en partie dans une autre région que sa région d'appartenance, l'administration du dossier de ce médecin est confiée au DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM.

4. Réduction de la rémunération

L'article *5.0 Réduction* de l'EP – AMP (n° 51) est modifié quant aux modalités de base.

Actuellement, le médecin qui effectue **uniquement des AMP reconnues** ne subit aucune pénalité sur sa rémunération, même s'il est non-adhérent ou s'il ne respecte pas son engagement, puisque selon les dispositions de l'EP – AMP (n° 16), la réduction de rémunération s'applique seulement sur les activités autres que sur les AMP admissibles.

À compter du 1^{er} septembre 2015, ce médecin sera sujet à l'application d'une réduction s'il n'adhère pas à l'EP – AMP (n° 51), puisque selon les dispositions de l'article 5.0, le médecin qui n'adhère pas à l'EP – AMP (n° 51) ou qui ne respecte pas son engagement avec le DRMG pourrait voir **réduite de 30 % la rémunération de toutes les activités qu'il exerce** dans le cadre du régime d'assurance maladie **incluant celle des AMP qu'il effectue.**

La Régie appliquera une réduction de rémunération selon les modalités de l'entente particulière en vigueur pour une période pendant laquelle un engagement n'aura pas été respecté. Ainsi, une réduction de la rémunération pour le trimestre de juin à août 2015 serait effectuée en tenant compte des modalités de la précédente entente particulière AMP (n° 16).

Seule la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie est prise en compte et exclut la rémunération versée pour les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et par la Loi sur les accidents du travail. Elle exclut également les sommes versées pour l'assurance responsabilité professionnelle.

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

5. Dispositions s'appliquant au DRMG et à la Régie

L'article *6.0 Procédures et responsabilités* de l'EP – AMP (n° 51) encadrant les responsabilités du DRMG et de la Régie est modifié en conséquence des nouvelles modalités applicables. Le texte est reformulé.

Une précision est ajoutée quant aux responsabilités du DRMG (paragr. 6.1). Ce paragraphe fait maintenant référence à « pièces justificatives » plutôt qu'à « avis de nomination » et à « région » au lieu de « agence ».

6. Évaluation et suivi de l'EP – AMP (n° 51)

Au terme de la période de 12 mois d'application suivant le 1^{er} septembre 2015, le comité paritaire évaluera l'état de situation et, s'il le juge adéquat, recommandera aux parties de modifier l'EP – AMP (n° 51) de manière à éliminer progressivement les AMP.

Vous serez informé ultérieurement de la finalité des mesures qui seront convenues à ce titre.

7. Annexes à l'entente particulière – AMP

Les annexes I, II et III encadrent respectivement le calcul des années de pratique, l'évaluation du volume d'activités et les règles de conversion. Ces annexes sont présentées à la [partie III](#) de l'infolettre.

- L'annexe I *Calcul des années de pratique* est reconduite intégralement.

- L'annexe II *Guide d'évaluation du volume d'activités* est modifiée et renumérotée en conséquence :
 - La nouvelle AMP prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle est ajoutée (art. 2). Le volume d'activités de 500 patients inscrits, vulnérables ou non, ou un nombre minimal plus élevé déterminé par les parties, est précisé à titre d'exigence correspondant à 12 heures d'AMP par semaine (voir la section 2 de l'infolettre);
 - L'article 4. *Prise en charge et suivi de la clientèle* de l'EP – AMP (n° 16) est retiré;
 - L'article 7. *Garde en disponibilité* réfère maintenant aux secteurs iii) et iv) conséquemment à l'ajout du secteur ii) Inscription et suivi de clientèle (paragr. 4.1.2).
- L'annexe III *Règles de conversion* est modifiée ainsi :
 - La mention « proposition préliminaire » est retirée;
 - La mention « tarif horaire de 90,90 \$ » est remplacée par la terminologie « tarif horaire en vigueur ». Le taux horaire en vigueur est de **95,12 \$**.

8. Services en ligne de la Régie

Les services en ligne de la Régie vous permettent, entre autres, d'accéder à votre profil de pratique AMP.

Ce profil présente, par trimestre, les données disponibles sur les AMP que vous avez effectuées pour les quatre derniers trimestres, converties et cumulées en heures, par secteur d'activité, par région et par établissement. Les données du plus récent trimestre sont accessibles au cours du quatrième mois suivant la fin de ce trimestre. Par exemple, les données finales du trimestre juin – juillet – août 2015 paraîtront à votre profil en décembre 2015.

Lorsque vous êtes adhérent à l'EP – AMP, la région dans laquelle vous avez signé un engagement paraît à votre profil de pratique, et ce, indépendamment pour chacun des trimestres affichés.

Le profil de pratique AMP comporte également, par année de référence, votre nombre d'années de pratique reconnues dans le cadre de l'EP – AMP et les exigences de base en heures. Le total de ces années est disponible au cours du quatrième mois suivant la fin d'un mois.

Si vous n'êtes pas inscrit aux services en ligne de la Régie et voulez savoir si vous êtes adhérent à l'EP – AMP dans votre région de pratique principale, veuillez vous adresser à votre DRMG.

8.1 Profil de pratique AMP

À compter du 1^{er} septembre 2015, le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables seront considérés comme une AMP au profil de pratique du médecin adhérent à l'EP – AMP (n° 51).

8.1.1 Changements à venir

Actuellement, le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables figurent à titre indicatif aux profils de pratique trimestriel et annuel. Cette information n'est pas convertie en heures comme les activités des quatre autres secteurs.

Des changements seront apportés ultérieurement au profil de pratique AMP. Une case correspondant au secteur de prestation en première ligne de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle sera intégrée. Le nombre de patients inscrits et de patients inscrits vulnérables sera converti en heures

d'AMP selon les modalités prévues à l'EP – AMP (n° 51) (voir la section 2.2 de l'infolettre). Ces heures seront additionnées au total d'AMP effectuées par un médecin.

8.1.2 DRMG – Période transitoire

Les DRMG sont informés que des changements sont à venir au profil de pratique AMP. D'ici à ce que les modifications soient complétées, une vérification de l'engagement d'un médecin adhérent à l'EP – AMP (n° 51) supposera que, lorsque nécessaire, le DRMG concerné effectuera une analyse approfondie du profil de pratique du médecin adhérent dont l'engagement comprend l'AMP – Inscription et suivi de clientèle.

Ainsi, ce dernier effectuera, pour chaque médecin concerné, la correspondance en heures d'AMP pour le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables au profil de pratique. La conversion sera faite selon les paramètres définis à la section 2.2 de l'infolettre.

Le cas échéant, le DRMG établira le total d'heures d'AMP du médecin ayant une pratique diversifiée comprenant le secteur Inscription et suivi de clientèle.

8.2 Accès aux services en ligne de la Régie et au profil de pratique AMP

Vous pouvez accéder aux services en ligne de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel, ou par la zone d'accès aux services en ligne dans le menu de droite de votre profession.

Pour consulter votre profil de pratique AMP :

- Dans la liste de vos services, sélectionnez *Professionnels de la santé*,
- Cliquez sur *Profil de pratique*, puis sur *Profil de pratique AMP*.

Pour toute question sur le service en ligne *Professionnels de la santé*, vous pouvez communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels aux coordonnées ci-dessous.

Si ce n'est déjà fait, vous pouvez vous inscrire aux services en ligne de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/omni-sel ou en communiquant avec le Centre d'assistance aux professionnels :

Région de Québec : 418 643-8210
Région de Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776



Entrez votre numéro de professionnel et faites le 1 pour les services en ligne.

Courriel : sel.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

9. Changement administratif

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

À l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (n° 16), l'avis suivant est ajouté à la suite du paragraphe 9.1 :

AVIS : Cette entente particulière est remplacée par l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP) (n° 51) en date du 1^{er} septembre 2015, à la suite de l'Amendement n° 141.

AMENDEMENT N° 141
À L'ENTENTE GÉNÉRALE DU 1^{ER} SEPTEMBRE 1976
ENTRE
LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ET
LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* signée le 23 janvier 2012 est remplacée par l'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* apparaissant à l'annexe I du présent amendement.
2. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} septembre 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

**ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET
LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)**

ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 OBJET

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

2.0 CHAMP D'APPLICATION

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

3.0 ADHÉSION

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

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

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

3.2 Pour le médecin qui débute sa pratique et pour le médecin qui débute une pratique dans une nouvelle région, l'adhésion à la présente entente est encadrée par les modalités suivantes :

3.2.1 Au plus tard, à l'intérieur du premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique, lequel est défini à l'annexe IX de l'entente générale, le médecin doit :

- adresser une demande au DRMG de la région où il exercera pour 55 % et plus de ses journées de facturation au sens de l'entente particulière relative au respect des PREM, pour obtenir la liste des AMP disponibles. Dans le cas où un médecin n'exerce pas pour 55 % et plus de ses journées de facturation dans une région, le DRMG visé au présent sous-paragraphe est celui de la région où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès des milieux de pratique qui apparaissent à la liste;
- produire au DRMG les pièces justificatives qui lui permettront d'obtenir la confirmation que les activités choisies à titre d'AMP seront reconnues par le DRMG. Dans tous les cas, les pièces justificatives doivent prévoir le volume attendu d'AMP.

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

3.2.2 Le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1, au plus tard deux (2) semaines avant la fin du trimestre mentionné précédemment, doit :

- confirmer par écrit au médecin que l'activité choisie, ou une combinaison de celles-ci, s'inscrit dans la liste des AMP disponibles dans la région et qu'il respecte les exigences de la présente entente. La Régie reçoit copie de cette confirmation;
- dans le cas où l'offre de services du médecin ne s'inscrit pas dans la liste des AMP ou s'il ne respecte pas les exigences de la présente entente, aviser le médecin qu'il doit apporter les correctifs appropriés et qu'il s'expose à la réduction prévue au paragraphe 5.0.

3.2.3 Sauf circonstances exceptionnelles et avec l'approbation du comité paritaire, l'adhésion du médecin à la présente entente prend effet au début du trimestre suivant celui visé au sous-paragraphe 3.2.1 ci-dessus.

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

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

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

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

3.3 AMP hors région ou nationales

3.3.1 Lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectue celles-ci en tout ou en partie dans une autre région que celle décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes, l'administration de son dossier est confiée au DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM.

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

Le dossier du médecin est confié :

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

4.0 ENGAGEMENT DONNANT LIEU À L'ADHÉSION

4.1 Détermination des AMP

L'engagement du médecin relatif aux AMP doit se situer dans le cadre de la liste proposée par le DRMG.

4.1.1 Dans un premier temps et de façon prioritaire, s'il y a lieu, cet engagement doit avoir comme objet l'activité décrite ci-dessous :

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

4.1.2 Dans un second temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans les secteurs suivants :

- ii) La prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle;
- iii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;
- iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;
- v) La dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;

4.1.3 Dans un troisième temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans le secteur vi ci-dessous, si l'une des conditions suivantes est remplie :

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

- c) Le médecin ne peut se voir reconnaître des AMP dans le secteur vi) d'un DRMG autre que celui visé au sous-paragraphe 3.2.1 lorsque ce dernier peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i) à v);
- vi) Toute autre activité prioritaire identifiée par le DRMG et approuvée par le ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

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

Le secteur vi) peut également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et reconnue à ce titre par accord des parties.

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

4.2 Dérogations

- a) Exceptionnellement, certaines activités peuvent être reconnues par le DRMG comme AMP. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.
- b) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au sous-paragraphe 4.1.3 a), le DRMG peut exempter un médecin d'effectuer ses AMP dans le secteur d'activités i).

La demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG et approuvée par le comité paritaire.

4.3 Exigences de base

Tout médecin doit, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectuer ses activités dans une ou plusieurs régions, selon les modalités qu'édicté la présente entente particulière.

La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux AMP dans une ou dans plusieurs régions doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne ou sur une base trimestrielle, de cent trente-deux (132) heures;

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Règle spécifique de reconnaissance d'années de pratique

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

4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités

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

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

4.6 Durée de l'engagement du médecin

La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion. Il est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

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

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

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

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

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

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

4.7 Refus d'adhésion

Lorsque des AMP sont disponibles dans une région, le refus d'une demande d'adhésion d'un médecin par un DRMG ne peut être justifié que par le respect du plan régional des effectifs médicaux.

4.8 Consentement

L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie transmette les données pertinentes à l'application de la présente entente particulière concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.

5.0 RÉDUCTION

5.1 Modalités de base

Une réduction de 30 % s'applique à la rémunération versée au médecin pendant un trimestre et provenant de toute activité exercée dans le cadre du régime public d'assurance maladie.

- Elle s'applique dans les cas suivants :

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

5.2 Modalités d'application

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

- Médecins non adhérents : la Régie applique la réduction pour chaque trimestre non couvert en totalité par une adhésion dûment confirmée par le DRMG ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du sous-paragraphe 3.3.2 des présentes, et en avise le DRMG et le comité paritaire;

- Médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique : le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du sous-paragraphe 3.3.2 des présentes, suite à un avis de l'établissement lorsque le non-respect vise une nomination en établissement ou après avoir effectué son évaluation de la pratique du médecin, demande à la Régie d'appliquer la réduction à partir du début du trimestre suivant la demande du DRMG ou du comité paritaire. La Régie continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis du DRMG ou du comité paritaire de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;
- Médecins adhérents de vingt (20) ans ou plus de pratique : sur demande du DRMG et avec l'approbation du comité paritaire, la Régie applique la réduction à partir du début du trimestre suivant l'approbation par le comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes et continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis, du DRMG et du comité paritaire, de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement.

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

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

Aux fins de l'application des paragraphes 2 et 3 de l'annexe IX, la rémunération sujette à l'application de la réduction prévue dans le cadre de la présente entente particulière est considérée selon le tarif de base prévu à l'Entente.

5.3 Congé de maternité ou d'adoption

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

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

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

L'information doit être transmise à :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

ou par télécopieur au 418 646-8110

5.4 Exemption

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

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

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

6.0 PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS

6.1 Dispositions s'appliquant au DRMG

Le DRMG s'assure du respect des dispositions de la présente entente particulière et il voit à préserver un équilibre entre les différents secteurs de pratique, et ce, tout en favorisant l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles sur son territoire.

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

- faire connaître la liste des AMP qui ont cours dans sa région à tout médecin qui en fait la demande sauf celles relevant d'une instance à vocation nationale déterminée par le ministre;
- faire connaître à un médecin, s'il en est, les besoins des services d'urgence des régions voisines situés à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique;
- recevoir les pièces justificatives du médecin qui permettront de reconnaître les AMP de ce dernier;
- confirmer l'adhésion du médecin et en informer la Régie ou aviser le médecin des ajustements à apporter;
- faire le suivi du respect de l'engagement du médecin adhérent à l'aide des informations transmises par la Régie;
- après avoir donné l'occasion au médecin de se faire entendre, prendre la décision de demander à la Régie d'appliquer la réduction selon les modalités prévues au paragraphe 5.0 des présentes;
- lorsque l'engagement du médecin concerne plus d'une région, transmettre toute information pertinente au DRMG de l'autre région concernée. Chaque DRMG fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui le concerne et informe le DRMG visée au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes, du respect ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin.

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

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

6.2.1 En ce qui a trait au médecin non adhérent :

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

6.2.2 En ce qui a trait au médecin adhérent :

- sur demande du DRMG visée au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes, lui transmettre ainsi qu'au médecin concerné le profil de pratique de ce dernier, profil de pratique converti en heures services selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe III des présentes. Ce profil vise les secteurs d'activités prévus au paragraphe 4.1 des présentes, par région et par établissement et est produit par trimestre pour les quatre derniers trimestres pour lesquels les données sont disponibles.

En ce qui a trait au secteur d'activités ii), la Régie fournit annuellement au DRMG, de façon nominative, et au comité paritaire, de façon non nominative, par région le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables de chacun des médecins qui compte, parmi ses AMP, des activités de ce secteur.

- appliquer la réduction suite à la demande du DRMG et selon les modalités prévues aux présentes;
- lorsqu'un médecin exécute des AMP sur les territoires de plus d'un DRMG, aviser le médecin de l'identité du DRMG responsable de l'administration du dossier du médecin conformément au sous-paragraphe 3.2.1. sauf s'il s'agit de services dispensés dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente.

6.2.3 En ce qui a trait à l'évaluation du fonctionnement de la présente entente en regard des objectifs poursuivis de préserver un équilibre entre les différents secteurs de pratique, et ce, tout en favorisant l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles dans sa région. La Régie doit transmettre au 1^{er} avril de chaque année :

- Au DRMG et, au comité paritaire, de façon non nominative, le profil de pratique de chaque médecin du territoire pour les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes, (nombre de patients inscrits vulnérables et inscrits non vulnérables et le profil de pratique converti en heures services selon les règles de conversion de l'annexe III pour les activités en établissement).
- Au DRMG et au comité paritaire, un tableau synthèse, par région, indiquant :
 - le nombre de médecins répondant aux exigences de base prévues à la présente entente;
 - la répartition de leurs activités en pourcentage selon les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes;
 - l'évolution globale par territoire de réseaux locaux de services au sens de la LSSSS du nombre d'heures services dans les secteurs d'activités visés à l'annexe III et dans le secteur d'activités ii) du paragraphe 4.1;
 - le nombre de patients inscrits par médecin incluant, de manière distinctive, le nombre de patients vulnérables inclus dans ce total;
 - le profil de pratique de chaque médecin converti en heures services selon les règles de conversion prévue à l'annexe III pour les secteurs d'activités y apparaissant;
 - tout autre renseignement dont le comité paritaire pourrait avoir besoin dans le cadre de l'application du paragraphe 7.0 de la présente entente.

6.3 Dispositions applicables au comité paritaire

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

7.0 ÉVALUATION

Le comité paritaire, assisté des DRMG, effectue un suivi des AMP. Au terme de l'écoulement de 12 mois d'application suivant le 1^{er} septembre 2015, le comité paritaire évalue l'état de la situation et s'il juge que cet état est adéquat, il recommande aux parties de modifier l'entente particulière pour éliminer les AMP de façon progressive.

L'élimination se fait par tranche de cinq années de pratique en commençant par le plus grand nombre d'années. Le même scénario se répète après l'écoulement de chaque période supplémentaire de 12 mois, jusqu'à l'élimination complète des AMP et, par le fait même, de l'abrogation de l'entente particulière. S'il y a lieu, les parties, selon l'état de la situation, peuvent revoir ces modalités.

Il est entendu que les parties identifient un nombre d'indicateurs précis, tels que, notamment, le taux de comblement des besoins d'établissement en médecine de famille, le taux d'inscription des personnes auprès d'un médecin de famille, dans les réseaux locaux de services, le taux de comblement des besoins ainsi que des activités d'établissement par la médecine spécialisée afin de permettre au comité paritaire d'effectuer un juste suivi des AMP.

8.0 DIFFÉREND

- 8.1 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.
- 8.2 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, un DRMG ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières dans plus d'un territoire, le DRMG responsable de la région pour laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, peut être partie à un différend au sens du présent article.
- 8.3 Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend. Toutefois, est réputée constituer une décision toute recommandation ou avis d'un établissement d'un DRMG, ou d'un DRMG de la région pour laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ayant pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération d'un médecin.
- 8.4 Seule une décision du ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'un DRMG de la région au sein de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'*Entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux* ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions.
- 8.5 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément au paragraphe 8.7 de la présente entente. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.
- 8.6 Nonobstant les dispositions du paragraphe 8.5, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du médecin, un différend relié à la même cause et au même objet.
- 8.7 Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin, lorsque le litige se fonde, en tout ou partie, sur toutes autres dispositions contenues dans la présente entente particulière.

Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, ce différend doit, lorsqu'aucune question de cumul n'est soulevée, être dirigé, indistinctement, contre la Régie ou le DRMG en l'Agence cause, ou les deux.

Lorsque le différend réfère à un cas de cumul d'AMP, ce différend doit être dirigé contre la Régie ou le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes ou les deux.

Lorsque le différend est relatif à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S-4.2), ce différend doit être dirigé contre le DRMG visé et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Toutefois, lorsque le différend l'exige, un établissement peut également être partie à ce différend.

- 8.8** La partie contre laquelle un différend est soulevé est réputée mandataire de toutes autres parties non mises en cause, que ce soit à des fins d'assignation, d'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou de l'arbitrage ainsi que de l'exécution de la décision du Conseil d'arbitrage.
- 8.9** Advenant contestation, le DRMG de la région dans laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux est réputée mandataire des autres DRMG intéressés au dossier des AMP d'un médecin, que ce soit aux fins de l'application du paragraphe 8.7 qui précède ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des AMP d'un médecin.
- 8.10** Le ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.
- 8.11** La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie, un DRMG, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.
- 8.12** En faisant les adaptations nécessaires, les articles 24.00 à 28.00 de l'entente générale s'appliquent à un différend logé en vertu de la présente entente particulière.
- 8.13** Le défaut par la Régie ou un DRMG de transmettre au médecin, en regard d'un trimestre, un avis prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour le trimestre visé, l'imposition de toute réduction de sa rémunération, par l'une des parties précitées.
- 8.14** La procédure de différend prévue au présent article s'applique à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S-4.2).

9.0 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

- 9.1** La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative aux activités médicales particulières signée le 23 janvier 2012. Elle prend effet le 1^{er} septembre 2015 et demeure en vigueur 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

ANNEXES À L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

ANNEXE I

Calcul des années de pratique

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

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

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

L'information doit être transmise à :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4*

ou par télécopieur au 418 646-8110

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

ANNEXE II

Guide d'évaluation du volume d'activités

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

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

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

2. Prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèles :

- Au minimum 500 patients inscrits (vulnérables et non vulnérables) ou un nombre minimal plus élevé que les parties peuvent déterminer par voie administrative.

3. Soins aux patients admis en courte durée

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

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

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

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

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

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

5. Programme de soutien à domicile :

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

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

6. Services médicaux en obstétrique :

- Nomination avec privilèges en obstétrique.

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

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

8. Dépannage

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

ANNEXE III

Règles de conversion

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

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