



## Nouvelle nomenclature et rémunération mixte pour les soins psychiatriques en établissement désigné

### Amendement n° 144

#### Introduction

La Régie vous présente les principales modifications à l'Entente dans le cadre de l'*Amendement n° 144* convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération.

Cet amendement entre en vigueur le **1<sup>er</sup> décembre 2015** et comprend notamment :

- l'introduction d'une nouvelle nomenclature pour les soins psychiatriques en psychiatrie (excluant les soins physiques en psychiatrie) dispensés auprès des patients admis d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) désignés (OXXX8), incluant pour certains actes la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques. Seuls les médecins **détenant des privilèges en psychiatrie** peuvent se prévaloir de cette nouvelle nomenclature;
- la liste des établissements et installations pour les soins psychiatriques visés à l'annexe de l'annexe XXII;
- l'introduction des unités et départements visés pour les soins psychiatriques auprès des patients admis en établissement dans les secteurs de pratique admissibles au mode de rémunération mixte énumérés à l'article 3.00 de l'annexe XXIII;
- des modifications aux modalités de facturation pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes pour les soins psychiatriques en psychiatrie (nouvelle nature de service);
- les modalités de rémunération relatives au mode de rémunération mixte pour les soins psychiatriques dispensés par les médecins **détenant des privilèges en psychiatrie** dans les établissements ou installations désignés;
- la liste des établissements et installations pour les soins psychiatriques visés à l'annexe I de l'annexe XXIII.

## Sommaire

|  |    |
|--|----|
| 1 Généralités.....   | 3  |
| 2 Nouvelle nomenclature pour les soins psychiatriques – Rémunération à l'acte .....  | 5  |
| 3 Modifications relatives à l'annexe XXII.....   | 12 |
| 4 Dispositions générales du mode de rémunération mixte.....  | 15 |
| 5 Particularités de la rémunération mixte pour le secteur des soins psychiatriques .....                                       | 18 |
| 6 Soins psychiatriques auprès d'un patient admis – secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP (annexe I de l'annexe XXIII)..... | 20 |
| 7 Instructions de facturation pour la rémunération mixte.....  | 23 |
| 8 Nouveaux services et tarifs.....   | 24 |
| 9 Autres modifications à l'entente .   | 25 |
| 10 Autres changements administratifs relatif à l' <i>Amendement n° 144</i> ...   | 26 |

---

## Documents de référence

---

- [Partie I](#) Texte paraphé de l'*Amendement n° 144*
- [Partie II](#) Annexe I de l'annexe XXIII – Sections C et C-4
- [Partie III](#) Annexe II de l'annexe XXIII
- [Partie IV](#) Liste des établissements et installations visés

c. c. Agences commerciales de facturation  
Développeurs de logiciels – Médecine

---

## 1 Généralités

---

Pour les fins de l'infolettre, à moins d'avis contraire, le médecin concerné par les changements apportés par l'*Amendement n° 144* est celui détenant des privilèges en psychiatrie.

### Nouvelle nomenclature réservée aux médecins détenant des privilèges en psychiatrie

À compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015, une nouvelle nomenclature est prévue au paragraphe 2.2.6 G du préambule général et s'applique aux soins psychiatriques dispensés à un patient admis dans les unités, services ou départements de psychiatrie d'un établissement désigné, par le médecin **détenant des privilèges en psychiatrie**.

La nomenclature prévue au paragraphe 2.2.6 G inclut, si nécessaire, la dispensation des soins physiques pour le médecin détenant des privilèges en psychiatrie qui choisit d'être rémunéré selon ces modalités. Toutefois, le médecin dont la nomination vise la dispensation des soins physiques en psychiatrie doit se prévaloir de la nomenclature existante de soins de courte durée prévue au paragraphe 2.2.6 D du préambule général et ne peut, pour l'instant, se prévaloir du mode de rémunération mixte pour ses activités.

Les modalités s'appliquent également au médecin lorsqu'il est appelé auprès d'un patient admis qui séjourne dans le service d'urgence d'un établissement visé où sont dispensés des soins psychiatriques.

Toutefois, les modalités ne s'appliquent pas lorsqu'il s'agit d'un patient inscrit au service d'urgence. Dans un établissement visé où sont dispensés des services psychiatriques, le médecin doit alors facturer les codes et les tarifs prévus pour les soins psychiatriques dans un service d'urgence (examen ou consultation).

Le médecin qui choisit d'être rémunéré à l'acte selon la nouvelle nomenclature prévue au paragraphe 2.2.6 G du préambule général (annexe XXII) peut se prévaloir des actes listés à l'annexe II et à la section C-4 de l'annexe I de l'annexe XXIII. Il ne peut toutefois **se prévaloir d'aucun autre acte de l'onglet B – Consultation, examen et visite**.

En plus de s'appliquer lors des soins de courte durée auprès des patients admis en psychiatrie en CHSGS, la nouvelle nomenclature s'applique aussi aux soins de courte durée ou de longue durée dans le département de psychiatrie d'un CHSP. Certains éléments de la nouvelle nomenclature s'appliquent aussi dans une clinique externe de psychiatrie, de même qu'à l'hôpital de jour de psychiatrie. Les examens et les consultations psychiatriques faits auprès des patients admis dans d'autres secteurs d'un CHSGS ou d'un CHSP continuent d'exister. Au besoin, le médecin détenant des privilèges en psychiatrie qui rend des services à un patient admis en dehors du département de psychiatrie ailleurs qu'à l'urgence (patient admis dans un service général en attente d'un lit à l'unité ou au département de psychiatrie) peut également facturer les consultations psychiatriques.

Les examens et les consultations psychiatriques faits auprès des patients admis continuent d'exister. Au besoin, le médecin détenant des privilèges en psychiatrie qui rend des services à un patient admis ailleurs qu'à l'urgence (patient admis en attente d'un lit à l'unité ou au département de psychiatrie) peut également facturer les consultations psychiatriques.

## Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte pour les soins psychiatriques du secteur Psychiatrie d'un établissement visé

Le médecin rémunéré selon la rémunération mixte peut se prévaloir des actes listés à la section C-4 de l'annexe I et à l'annexe II de l'annexe XXIII pour les services rendus dans une unité ou un département de psychiatrie pour les soins psychiatriques auprès des patients admis d'un CHSGS ou d'un CHSP désignés (OXXX8).

### Choix de la nouvelle nomenclature

À compter du **1<sup>er</sup> décembre 2015** et **jusqu'au 29 février 2016**, le médecin détenant des privilèges en psychiatrie dans les unités et départements visés pour les soins psychiatriques auprès des patients admis d'un CHSGS ou d'un CHSP désignés (OXXX8) peut, sans attendre le renouvellement de sa nomination, opter pour le mode de rémunération à l'acte, à tarif horaire ou des honoraires fixes selon le régime A en vertu de l'annexe XXII, ou pour le mode de rémunération mixte (sections 4, 5, 6 et 7 de l'infolettre) conformément à l'annexe XXIII.

Le médecin peut se prévaloir des nouvelles modalités de rémunération dans les établissements et les installations désignés. Vous pouvez consulter la liste des établissements ou installations visés par les nouvelles modalités de rémunération pour les soins psychiatrique à la [partie IV](#) et sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes).

Pour se prévaloir de la nouvelle nomenclature à l'acte, le médecin doit demander à son établissement de transmettre à la Régie un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (3547) afin de confirmer l'attribution de **privilèges en psychiatrie**. Pour les autres modes de rémunération, le médecin détenant des privilèges en psychiatrie doit demander à son ou ses établissements de faire parvenir à la Régie un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (1897) ou (3547) selon le choix du mode de rémunération pour lequel il optera. **Les établissements visés seront informés d'ici quelques jours** des changements introduits par l'*Amendement n<sup>o</sup> 144* et des instructions pour le remplissage des avis de service.

Veillez vous référer aux sections 3.4 et 6.5 de l'infolettre pour les détails concernant les avis de service.

## Médecin sans privilèges en psychiatrie qui dispense des soins physiques en psychiatrie

Le médecin n'ayant pas de privilèges en psychiatrie qui dispense des soins physiques dans une unité, un service ou un département de psychiatrie d'un établissement visé peut se prévaloir de la nomenclature prévue au paragraphe 2.2.6 D du préambule général ainsi que des examens et des consultations psychiatriques décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4 et 2.2.5 du préambule général.

## Ententes particulières non visées par les nouvelles modalités

Les services rémunérés en vertu des ententes particulières suivantes sont exclus des dispositions de l'annexe XXII (paragr. 1.07) et de l'annexe XXIII (paragr. 3.03) :

- EP – Grand-Nord (n<sup>o</sup> 1);
- EP – Centre de santé de Chibougamau (n<sup>o</sup> 23);
- EP – Régions 17 et 18 et CSSS de la Basse-Côte-Nord (n<sup>o</sup> 32);
- EP – CSSS des Îles (n<sup>o</sup> 44).

## 2 Nouvelle nomenclature pour les soins psychiatriques – Rémunération à l’acte

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLETS *PRÉAMBULE GÉNÉRAL* ET *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*

La nouvelle nomenclature prévue au paragraphe 2.2.6 G du préambule général applicable à compter du **1<sup>er</sup> décembre 2015** remplace les examens et consultations pour le médecin rémunéré à l’acte qui détient des privilèges en psychiatrie et qui dispense des services auprès des patients admis en soins psychiatriques dans les unités, départements ou services de psychiatrie des installations désignées.

Le tableau 1 à la section 2.1.9 présente les exigences des différentes visites prévues au paragraphe 2.2.6 G pour le médecin détenant des privilèges en psychiatrie dans les unités, services ou départements de soins psychiatriques ainsi que les codes d’acte et les tarifs correspondants.

Vous trouverez le tableau illustrant les codes visés, les libellés et les tarifs des nouvelles visites, échanges et suppléments dans la section 8 de l’infolettre, ces informations seront ajoutées à l’onglet B du *Manuel des médecins omnipraticiens*.

Les changements énoncés et les avis de facturation sont inscrits dans l’*Amendement n<sup>o</sup> 144* présenté à la [partie I](#) de l’infolettre.

### 2.1 Clientèle admise en soins psychiatriques dans les CHSGS et les CHSP (paragr. 2.2.6 G du préambule général)

Les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.2.6 G du préambule général sont identifiés au paragraphe 2.04 de l’annexe XXII ([partie I](#) de l’infolettre).

Les modalités de rémunération expliquées dans cette section **remplacent** les examens et consultations prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2, sauf les paragraphes 2.1.4 et 2.1.5 du préambule général pour les soins psychiatriques exclusivement. Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou une psychothérapie ou qu’il rend d’autres services prévus à la section C-4 des annexes I et II de l’annexe XXIII, il facture ces services.

#### 2.1.1 Visite de prise en charge psychiatrique (code d’acte 08923)

Cette visite consiste en l’évaluation du patient nouvellement admis pour des soins psychiatriques :

- elle comprend l’examen psychiatrique, un plan de traitement ou d’investigation, les ordonnances, l’évaluation physique (le cas échéant) et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel;
- le médecin doit consigner ses notes au dossier;
- elle ne peut être facturée qu’une seule fois par séjour hospitalier d’un patient admis pour des soins psychiatriques;
- elle ne peut être facturée que par le médecin qui assume la responsabilité principale des soins psychiatriques du patient;
- elle ne peut être facturée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire; la visite de suivi psychiatrique peut alors être facturée (code **08933**);
- le tarif est de **133,15 \$**;
- elle peut aussi être facturée dans la clinique externe ou dans l’hôpital de jour du secteur de pratique visé aux paragraphes 2.04 a) 1) ou 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l’annexe XXII.

### 2.1.2 Visite de suivi psychiatrique (code d'acte 08933)

Cette visite est facturée lorsque le médecin assure la gestion des problèmes courants de santé mentale du patient admis, qu'il assure ou non la responsabilité principale de celui-ci. Elle inclut la consultation du dossier, les échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements. De plus :

- le médecin doit consigner ses notes au dossier;
- lorsque requis, cette visite inclut le contact avec le patient;
- le tarif est de **38,80 \$**;
- elle ne peut être facturée par le médecin qui, le même jour, a effectué une intervention clinique ou tout autre visite de nature psychiatrique auprès du même patient;
- elle peut être facturée le même jour que les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient (code **08953**);
- elle peut être facturée durant une période de garde en disponibilité du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient des privilèges en psychiatrie;
- elle **ne peut** être facturée dans la clinique externe ou dans l'hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1) ou 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII.

### 2.1.3 Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (code d'acte 08913)

Cette visite est facturée lorsque le médecin doit **effectuer un examen** pour évaluer un problème de santé mentale, initier ou prodiguer un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication. Le médecin peut s'en prévaloir qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient et :

- elle inclut au besoin l'examen physique du patient, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges avec le patient, les proches ou le personnel;
- le médecin doit consigner ses notes au dossier;
- le tarif est de **70,30 \$**;
- elle peut être facturée lorsque le médecin doit revoir le patient le même jour et procéder à un autre examen en raison d'une modification de l'état de santé mentale du patient;
- elle peut être facturée durant une période de garde en disponibilité du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient des privilèges en psychiatrie;
- elle peut aussi être facturée dans la clinique externe ou dans l'hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1) ou 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII.

Toute visite de suivi psychiatrique exigeant un examen, subséquente à la première visite effectuée la même journée auprès d'un patient en raison d'un changement de son état de santé mentale est payée au tarif de 31,45 \$ (code **08942**). Si cette visite survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence, elle sera payée au tarif de 70,30 \$ (code **08913**) en plus du supplément d'honoraires pour le déplacement d'urgence (voir la section 2.1.7). Si le médecin revisite le patient le même jour sans que son état ne requiert un examen, il n'a pas droit à cette visite.

#### 2.1.4 Visite de transfert psychiatrique (code d'acte 08943)

Cette visite de transfert psychiatrique est réalisée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait alors la responsabilité principale des soins psychiatriques d'un patient admis. Le médecin qui assume la responsabilité principale des soins psychiatriques du patient suite à ce transfert procède à une évaluation du patient. Voici les particularités de la visite de transfert psychiatrique :

- l'évaluation inclut, au besoin, l'examen psychiatrique, un examen physique, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges avec le patient, les proches ou le personnel;
- le médecin doit consigner ses notes au dossier;
- le tarif est de **120,55 \$**;
- la visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou jour férié. La visite de suivi psychiatrique (code **08933**) ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (code **08913**) peut alors être facturée;
- de façon exceptionnelle, le médecin qui prend en charge le transfert d'un patient les samedi, dimanche ou jour férié, peut facturer la visite de transfert le jour suivant un de ces jours exclus, à la condition qu'il assume toujours la responsabilité des soins psychiatriques du patient durant la semaine qui suit et qu'il effectue une visite auprès du patient ce jour suivant;
- elle ne peut être facturée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, exception faite du médecin qui se prévaut du mode mixte en association avec les honoraires fixes. Le médecin peut alors facturer, la visite de suivi psychiatrique (code **08933**) ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (code **08913**).

#### 2.1.5 Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (code d'acte 08948)

Cette visite est effectuée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis dans le but d'obtenir l'opinion d'un collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas. Le médecin à qui l'évaluation est demandée, doit détenir des privilèges en psychiatrie. Voici les particularités de la visite d'évaluation psychiatrique :

- l'évaluation inclut l'examen psychiatrique et, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le personnel, le patient ou les proches du patient;
- le tarif est de **133,15 \$**;
- le médecin consulté doit produire un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et du traitement recommandé, le cas échéant;
- lors d'une visite subséquente à la visite d'évaluation, le médecin consulté ne peut facturer la visite d'évaluation psychiatrique, il peut facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (code **08913**), s'il y a lieu;
- elle peut être facturée durant une période de garde en disponibilité du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient des privilèges en psychiatrie;
- elle peut aussi être facturée dans la clinique externe ou dans l'hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1) ou 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII.

### 2.1.6 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (code d'acte 08953)

Ce service peut être facturé lors de discussions de cas concernant les soins psychiatriques d'un ou de plusieurs patients, avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste), avec les intervenants en santé mentale du milieu communautaire ou un agent de probation ou un agent de police dans sa vocation communautaire. Il peut aussi être facturé lors d'échanges avec les proches du patient sur la condition psychiatrique du patient ou ses besoins. De plus :

- les échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute visite visée au paragraphe 2.2.6 G auprès du patient. Ces échanges sont en vue de convenir d'une intervention médicale, d'expliquer les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient;
- le temps consacré aux échanges doit être d'au moins 15 minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées pour une durée ne dépassant généralement pas 60 minutes. Le médecin doit consigner ses notes au dossier;
- sous réserve des conditions prévues, les échanges avec les proches du patient ou avec d'autres intervenants en santé mentale du milieu communautaire (pouvant inclure un médecin de famille ou un médecin spécialiste) peuvent s'effectuer par téléphone dans la mesure où le médecin est présent dans l'établissement;
- le tarif est de **23,78 \$** pour une première période d'au moins 15 minutes et pour chaque période supplémentaire consécutive et complète de 15 minutes;
- elle peut être facturée durant une période de garde en disponibilité du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient des privilèges en psychiatrie;
- elle peut aussi être facturée dans la clinique externe ou dans l'hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1) ou 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII.

### 2.1.7 Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément est accordé pour le déplacement auprès d'un patient admis pour des soins psychiatriques. Les périodes visées sont :

- de 7 h à 16 h, au tarif de **30,15 \$** (code **08966**);
- de 16 h à 24 h, au tarif de **42,15 \$** (code **08967**);
- de 0 h à 7 h, au tarif de **60,25 \$** (code **08968**).

Le supplément peut seulement être facturé pour le service psychiatrique rendu à un patient donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins donnés à tout autre patient admis pour des soins psychiatriques lors d'un même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement.

Le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence peut être facturé durant une période de garde en disponibilité du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient des privilèges en psychiatrie.



## 2.1.8 Secteurs des CHSGS et des CHSP visés par le paragraphe 2.2.6 G

Les unités, services ou partie d'établissements visés par la nomenclature du paragraphe 2.2.6 G sont énumérés au paragraphe 2.04 de l'annexe XXII (0XXX8) et la liste des établissements et installations désignés est disponible à la [partie IV](#) et sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes).

Pour facturer un des codes de visites, d'évaluations, d'échanges ou de supplément d'honoraires, vous devez vous assurer que votre établissement est inscrit dans la liste et utiliser le bon numéro d'établissement pour éviter des refus de paiement.

## 2.1.9 Résumé des exigences des différentes visites prévues dans les unités, services ou départements de soins psychiatriques (2.2.6 G)

Tableau 1 – Exigences des différentes visites (2.2.6 G) pour les médecins détenant des privilèges en psychiatrie

| Visites, évaluations, échanges et suppléments<br>Tarif | Code d'acte | Contact avec le patient | Examen psychiatrique             | Commentaires / restrictions   |
|--|-------------|-------------------------|----------------------------------|---|
| Visite de prise en charge psychiatrique<br>133,15 \$   | 08923       | Oui                     | Oui et examen physique au besoin | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin qui assume la responsabilité principale du patient</li> <li>- Une seule fois par séjour du patient admis</li> <li>- <b>Ne peut</b> être facturée durant la période de garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF<sup>1</sup> ou à TH<sup>2</sup></li> <li>- <b>Peut être</b> facturée dans une clinique externe ou hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII</li> </ul>  |
| Visite de suivi psychiatrique<br>38,80 \$              | 08933       | Au besoin               | Non                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ne peut</b> être facturée le même jour que l'examen psychiatrique, l'intervention clinique ou toute autre visite de nature psychiatrique</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée le même jour que les échanges interdisciplinaires</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> <li>- <b>Ne peut</b> être facturée dans une clinique externe ou hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII</li> </ul> |

<sup>1</sup> HF : mode des honoraires fixes

<sup>2</sup> TH : mode du tarif horaire

| Visites, évaluations, échanges et suppléments<br>Tarif                              | Code<br>d'acte | Contact<br>avec le<br>patient | Examen<br>psychiatrique                   | Commentaires / restrictions   |
|---|----------------|-------------------------------|---|---|
| Visite de suivi<br>psychiatrique exigeant un<br>examen<br><br>70,30 \$              | <b>08913</b>   | Oui                           | Oui<br>et examen<br>physique au<br>besoin | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peut</b> être facturée par le médecin qui assume ou non la responsabilité principale du patient</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée à nouveau le même jour seulement si elle survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence. Sinon la visite codifiée <b>08942</b> doit être facturée</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée dans une clinique externe ou hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII</li> </ul>   |
| Visite de suivi<br>psychiatrique exigeant un<br>examen, subséquente<br><br>31,45 \$ | <b>08942</b>   | Oui                           | Oui<br>et examen<br>physique au<br>besoin | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Doit</b> être facturée lors d'un examen subséquent à la première visite de suivi psychiatrique exigeant un examen effectué auprès d'un patient la même journée lorsqu'elle ne fait pas suite à un déplacement d'urgence</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée par le médecin qui assume ou non la responsabilité principale du patient</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée dans une clinique externe ou hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1) 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII</li> </ul> |
| Visite de transfert<br>psychiatrique<br><br>120,55 \$                               | <b>08943</b>   | Oui                           | Oui<br>et examen<br>physique au<br>besoin | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peut</b> être facturée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait la responsabilité principale</li> <li>- <b>Ne peut</b> être facturée la fin de semaine ni un jour férié</li> <li>- <b>Ne peut</b> être facturée durant la garde en disponibilité du médecin rémunéré à HF ou à TH, sauf pour le médecin qui se prévaut du mode mixte en association avec les honoraires fixes. Le médecin peut alors facturer, la visite de suivi psychiatrique (code <b>08933</b>) ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (<b>08913</b>)</li> </ul>  |

| Visites, évaluations, échanges et suppléments Tarif  | Code d'acte | Contact avec le patient | Examen psychiatrique | Commentaires / restrictions  |
|--|-------------|-------------------------|----------------------|--|
| <p>Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion</p> <p>133,15 \$</p>    | 08948       | Oui                     | Oui                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opinion d'un collègue ou sa participation au suivi de santé mentale, en raison de la complexité ou de la gravité du cas. Un rapport écrit de l'évaluation et de ses recommandations doit être produit</li> <li>- Si le médecin ayant fait l'évaluation revoit le patient, il doit facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (08913), s'il y a lieu</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> <li>- <b>Peut</b> être facturée dans une clinique externe ou hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII</li> </ul>  |
| <p>Échange interdisciplinaire avec les intervenants en santé mentale ou les proches du patient</p> <p>23,78 \$</p> | 08953       | Non                     | Non                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Peut</b> être facturé lors de discussions de cas concernant les soins psychiatriques d'un ou de plusieurs patients</li> <li>- Doit avoir lieu lors d'une séance distincte de toute visite visée au paragraphe 2.2.6 G</li> <li>- Minimum de 15 minutes consécutives par échange</li> <li>- Des périodes d'échanges supplémentaires de 15 minutes complètes et consécutives peuvent être facturées (ne dépassant généralement pas 60 minutes)</li> <li>- Échange avec les proches du patient peut s'effectuer par téléphone si le médecin est présent dans l'établissement</li> <li>- <b>Peut</b> être facturé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> <li>- <b>Peut</b> être facturé dans une clinique externe ou hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII</li> </ul> |
| <p>Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence</p> <p>30,15 \$</p>  | 08966       | Oui                     | Oui                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- De 7 h à 16 h</li> <li>- Au près d'un patient admis pour des soins psychiatriques</li> <li>- <b>Peut</b> être facturé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH</li> </ul>  |

| Visites, évaluations, échanges et suppléments Tarif            | Code d'acte | Contact avec le patient | Examen psychiatrique | Commentaires / restrictions   |
|--|-------------|-------------------------|----------------------|---|
| Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence<br>42,15 \$ | 08967       | Oui                     | Oui                  | - De 16 h à 24 h<br>- Auprès d'un patient admis pour des soins psychiatriques<br>- <b>Peut</b> être facturé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH |
| Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence<br>60,25 \$ | 08968       | Oui                     | Oui                  | - De 0 h à 7 h<br>- Auprès d'un patient admis pour des soins psychiatriques<br>- <b>Peut</b> être facturé durant la garde en disponibilité par le médecin rémunéré à HF ou à TH   |

## 2.2 Majoration en horaires défavorables – Patient admis (P.G. 2.2.9 A)

La majoration en horaires défavorables s'applique sur les honoraires des visites, échanges et suppléments pour déplacement d'urgence pour les soins psychiatriques et portant la mention « P.G. 2.2.9 A », dispensés par le médecin détenant des privilèges en psychiatrie dans le cadre de la tournée quotidienne auprès d'une personne admise pour des soins psychiatriques dans un CHSGS ou un CHSP.

## 3 Modifications relatives à l'annexe XXII

### ◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXII*

L'annexe XXII est modifiée par l'ajout du paragraphe 2.04 qui spécifie les secteurs de pratique désignés pour les soins psychiatriques. Cette section présente les particularités pour les médecins détenant des privilèges en psychiatrie.

### 3.1 Choix du mode de rémunération

Le médecin doit opter, de façon **exclusive**, pour la rémunération à l'acte ou à tarif horaire. Le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le régime A ou selon le régime B peut changer pour le mode de rémunération à l'acte. De plus, le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le régime A peut conserver son mode de rémunération (paragr. 1.03 de l'annexe XXII).

Malgré le paragraphe 1.01 de l'annexe XXII, le paragraphe 5.01 prévoit des dispositions transitoires qui permettent au médecin sans attendre la date du renouvellement de sa nomination, d'opter, au cours des trois premiers mois d'application de l'annexe XXII dans un secteur de pratique, soit du **1<sup>er</sup> décembre 2015 au 29 février 2016**, pour un autre mode que le sien. Au-delà de cette période, le médecin pourra modifier son ou ses options lors du renouvellement de sa nomination. Par contre, le médecin qui exerce à l'unité de soins de courte durée, à l'unité des soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS doit obligatoirement être rémunéré **à l'acte**, sauf si une disposition contraire est inscrite à l'entente générale ou à une entente particulière.

Les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (n° 38).

### 3.2 Rémunération pour les services de garde sur place du paragraphe 1.06 de l'annexe XXII

Dans certains établissements, la garde sur place effectuée les samedi, dimanche, jour férié ainsi qu'entre 18 h et 8 h les jours de semaine est obligatoirement rémunérée à tarif horaire ou selon le régime A des honoraires fixes, et ce, même si le médecin est rémunéré à l'acte ou selon le régime B du mode des honoraires fixes.

Dans ces situations, l'établissement doit transmettre un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (1897) ou (3547) qui concerne uniquement la garde sur place en précisant qu'il s'agit du paragraphe 1.06 de l'annexe XXII.

Les installations visées sont les suivantes :

#### En milieu psychiatrique :

##### Région 03 – Capitale nationale

Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888)

##### Région 06 – Montréal

Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (Institut universitaire en santé mentale de Montréal (00878)

Hôpital Douglas (00698)

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal – Pavillon Albert-Prévost (07748)

Hôpital Rivière-des-Prairies (00848)

##### Région 14 – Lanaudière

Centre hospitalier régional de Lanaudière (00858)

### 3.3 Particularités pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes selon le régime A

L'introduction du secteur des soins psychiatriques à l'annexe XXII permet à chaque médecin rémunéré à tarif horaire ou selon le régime A des honoraires fixes, qui exerce dans une unité, un service ou un département identifiés au paragraphe 2.04, de choisir l'option individuelle pour un de ces modes ou pour celui de l'acte. Ce choix peut s'exercer sans égard aux choix des autres médecins qui exercent dans la même installation.

Les établissements du réseau de la santé sont avisés des changements introduits par l'*Amendement n° 144* ainsi que des instructions pour le remplissage des avis de service.

#### 3.3.1 Nouvelle nature de service

Une nouvelle nature de service **265XXX** est créée pour les **soins psychiatriques** dispensés aux patients admis dans les unités, services ou départements des soins psychiatriques des établissements ou installations désignés (OXXX8) (P.G. 2.2.6 G). Cette nouvelle nature de service doit être utilisée exclusivement par le médecin détenant des privilèges en psychiatrie rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes selon le régime A.

Quant à la nature de service **027XXX**, elle est réservée aux **soins physiques** dispensés aux patients admis dans les unités, services ou départements de psychiatrie des établissements ou installations désignés (OXXX8) (P.G. 2.2.6 D). Elle doit être utilisée par le médecin ne détenant pas de privilèges en psychiatrie ou par le médecin rémunéré selon le régime B des honoraires fixes dans un département ou une unité de psychiatrie.

### 3.3.2 Prime de responsabilité

Les activités rémunérées à tarif horaire ou à honoraires fixes selon le régime A qui bénéficiaient d'une prime sur 95 % des heures payées donnent toujours droit aux mêmes primes. Ainsi, le médecin qui exerce dans un des secteurs visés au paragraphe 2.04 de l'annexe XXII reçoit une prime de responsabilité de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services et les soins psychiatriques dispensés dans le département ou l'unité de psychiatrie. La prime est de 15,55 \$ par heure.

### 3.3.3 Garde en disponibilité pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes selon le régime A

Du fait que le médecin est rémunéré à l'acte durant la garde en disponibilité, les visites, échanges et suppléments d'honoraires décrits à la section 2.1 (codes **08933**, **08913**, **08942**, **08948** et **08953**) sauf la visite de prise en charge psychiatrique (code **08923**) et la visite de transfert psychiatrique (code **08943**), peuvent être facturés durant la période de garde en disponibilité.

De plus, le médecin peut facturer le supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence (codes **08966**, **08967** ou **08968**) (voir le tableau 1 à la section 2.1.9).

## 3.4 Avis de service requis – Annexe XXII

Pour permettre au médecin détenant des privilèges en psychiatrie dans les unités et départements visés pour les soins psychiatriques auprès des patients admis d'un CHSGS ou d'un CHSP désignés (OXXX8) de se prévaloir de la nouvelle nomenclature, son ou ses établissements doivent transmettre à la Régie un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (3547) pour confirmer l'attribution de privilèges en psychiatrie et préciser le choix du mode de rémunération à l'acte ou à tarif horaire ou un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (1897) pour le médecin qui maintient son mode des honoraires fixes selon le régime A (droits acquis). Ils doivent sélectionner le secteur de pratique *Psychiatrie : soins psychiatriques*.

Le médecin peut, sans attendre le renouvellement de sa nomination à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2015 jusqu'au 29 février 2016, opter pour le mode de rémunération à l'acte, à tarif horaire ou des honoraires fixes selon le régime A en vertu de l'annexe XXII. Par la suite, le médecin pourra modifier son ou ses options lors du renouvellement de sa ou ses nominations.

Afin d'éviter tout refus de paiement, le médecin doit attendre une lettre de confirmation de la Régie avant de transmettre sa facturation.

Le guide de remplissage des formulaires 1897 et 3547 a été modifié pour permettre le choix du secteur de pratique *Psychiatrie : soins psychiatriques*. Les formulaires sont disponibles sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels) sous *Formulaires* dans *Établissements du réseau de la santé*.

## 4 Dispositions générales du mode de rémunération mixte

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

L'*Amendement n° 144* introduit, par les sections C et C-4 de l'annexe I à l'annexe XXIII, la rémunération mixte et les modalités spécifiques pour le secteur de pratique des soins psychiatriques auprès des patients admis d'un CHSGS ou d'un CHSP désigné.

La rémunération mixte de l'annexe XXIII, constitué d'un forfait horaire et d'un supplément d'honoraires, **est exclusivement rémunérée à l'acte**, à l'exception des modalités spécifiques à la rémunération à honoraires fixes.

Le forfait horaire rémunère les services médicaux convenus pour la première heure complétée en continu et, par la suite, par période de 15 minutes complètes au cours d'une même journée.

Le supplément d'honoraires correspond à un pourcentage du tarif des services déterminés dans un secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte. Les sections C et C-4 de l'annexe I à l'annexe XXIII présentent les services médicaux communs et les suppléments d'honoraires applicables pour les soins psychiatriques auprès des patients admis en établissement dans le secteur de pratique désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP. Les services définis à l'annexe II de l'annexe XXIII sont payables à 100 % du tarif régulier.

Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui opte pour la rémunération mixte maintient son mode de rémunération auquel s'ajoute un pourcentage du tarif des actes (supplément d'honoraires) qui est spécifique aux honoraires fixes.

Le médecin à honoraires fixes qui délaisse ce mode de rémunération pour adhérer au mode de rémunération mixte et dont la nomination dans ce secteur est la seule à honoraires fixes perd ainsi son droit acquis. Il ne pourra de nouveau choisir la rémunération à honoraires fixes, sauf s'il informe l'établissement dans les trois mois suivant la date de son choix du mode de rémunération mixte de son intention de revenir au mode à honoraires fixes dans les douze mois suivant la date de ce choix.

Vous pouvez consulter les sections C et C-4 de l'annexe I, à la [partie II](#) et l'annexe II à la [partie III](#) de l'infolettre.

### Choix du mode de rémunération mixte

Un médecin peut opter pour la rémunération mixte sans attendre le renouvellement de sa nomination du **1<sup>er</sup> décembre 2015 jusqu'au 29 février 2016** pour le secteur de pratique *Psychiatrie (soins psychiatriques) auprès des patients admis en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP*. Au-delà de cette date, le médecin devra attendre la date de renouvellement de sa nomination pour pouvoir effectuer le choix du mode de rémunération mixte.

Le médecin absent durant cette période pour raison d'invalidité totale ou partielle, de congé de maternité ou de congé autorisé par l'établissement peut choisir la rémunération mixte dans les trois mois suivant la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé.

Les modalités relatives à la rémunération mixte couvrent l'ensemble des activités professionnelles effectuées du lundi au dimanche, incluant les jours fériés, de 8 h à 24 h. Les activités effectuées de 0 h à 8 h par le médecin qui opte pour la rémunération mixte sont quant à elles rémunérées selon les dispositions de l'entente générale.

Une rémunération spécifique est prévue pour les activités médico-administratives effectuées dans le cadre de la rémunération mixte sous forme de supplément d'honoraires. Cette rémunération couvre les activités du département clinique et de services cliniques ainsi que les activités aux réunions à titre de membre de comité (paragr. 2.01 *b*) de l'annexe XXIII).

Un médecin peut adhérer à la rémunération mixte lors de son premier avis de service dans un établissement ou une installation désigné ou lors du renouvellement de sa nomination.

La Régie vous invite à consulter les sections 4.4 et 4.5 pour connaître les particularités s'appliquant au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes et l'[infolettre 052](#) du 10 juin 2015, pour tous les détails sur le cadre général du mode de rémunération mixte.

#### 4.1 Majorations – Annexes XII et XII-A (paragr. 2.10 de l'annexe XXIII)

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

#### 4.2 Garde en disponibilité

Les services rendus 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 prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* (n° 38) (paragr. 2.08 de l'annexe XXIII).

#### 4.3 Autres dispositions

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. Cependant s'il rend des services **pour au moins 60 minutes en continu, entre 8 h à 24 h**, il peut choisir d'être rémunéré pour la totalité de ses services selon le mode de rémunération mixte applicable (3<sup>e</sup> alinéa, paragr. 2.05 de l'annexe XXIII).

Si le médecin choisit d'être rémunéré à 100 % du tarif de ses actes, il doit alors inscrire sur la *Demande de paiement – Médecin* (1200) la lettre « E » dans la case *C.S.* Il ne peut pas alors facturer son forfait horaire.

#### 4.4 Particularités pour le médecin à tarif horaire

À compter de la date où le médecin opte pour la rémunération mixte, il met fin à sa rémunération à tarif horaire dans ce secteur de pratique. Par conséquent, il ne peut plus se prévaloir du dépassement du nombre maximal d'heures à tarif horaire, ni obtenir la prime de responsabilité associée à ses heures d'activités professionnelles.

Durant les 24 mois suivant son choix de la rémunération mixte, le médecin peut revenir à la rémunération à tarif horaire, dans ce secteur de pratique au sein de l'installation, et ce, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination. Si durant cette période, 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 de la rémunération mixte est fait dans **les trois mois suivant** la mise en application de ce mode dans le secteur de pratique visé d'une installation en cause, la possibilité de revenir à la rémunération à tarif horaire dans ce secteur est prolongée **au premier renouvellement** de nomination qui survient après les 24 premiers mois du début de sa rémunération mixte. 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 de la rémunération à tarif horaire** au sein du secteur de pratique dans l'installation ayant fait l'objet de son choix de la rémunération mixte (paragraphe 1.03).

#### 4.5 Particularités pour le médecin rémunéré à honoraires fixes

Seul le médecin rémunéré à honoraires fixes ayant 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 des modalités de la formule de rémunération mixte spécifique au mode de rémunération à honoraires fixes.

##### 4.5.1 Formule spécifique à la rémunération à honoraires fixes (paragraphe 2.12)

Le médecin qui choisit la rémunération mixte dans un établissement et un secteur de pratique visé, maintient sa rémunération à honoraires fixes. À cette rémunération s'ajoute les suppléments prévus dans le tableau de la section C-4 (annexe I à l'annexe XXIII).

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

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

- à la prime de responsabilité lorsque prévue à l'annexe XXII pour le secteur de pratique visé. Toutefois, lorsque le médecin assure durant les périodes fixées, la garde sur place obligatoire en milieu psychiatrique dans un des six établissements visés au paragraphe 2.16, il reçoit la prime de responsabilité équivalant à 95 % des heures payées pour cette garde sur place durant les périodes fixées;
- 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.

##### 4.5.2 Autre particularité de la rémunération à honoraires fixes (paragr. 2.15 et 2.16)

Le médecin à honoraires fixes qui choisit la rémunération à honoraires fixes combinée à la rémunération mixte est rémunéré selon le mode des honoraires fixes pour les 35 premières heures de la semaine. 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.

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 selon les modalités générales de la rémunération 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 de rémunération 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 de la rémunération mixte **au-delà de la facturation de ses 35 premières heures hebdomadaires**.

Pour facturer ses heures excédentaires selon les modalités générales de la rémunération 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.

#### 4.5.3 Majorations prévues à l'annexe XX pour la rémunération à honoraires fixes

Pour les détails, veuillez vous référer à la section 5.3.

---

## 5 Particularités de la rémunération mixte pour le secteur des soins psychiatriques

---

La rémunération mixte comporte des particularités pour le secteur de pratique nouvellement introduit, en ce qui concerne les ententes particulières n<sup>os</sup> 29 et 43, les majorations en horaires défavorables et les services de garde sur place.

### 5.1 Rémunération pour les services de garde sur place de l'EP – Garde sur place – Certains établissements (n<sup>o</sup> 43)

Le médecin qui choisit la rémunération mixte dans une unité de soins psychiatriques et qui assure la garde sur place à l'urgence de la même installation et qui est visé par l'article 5 (régime A) ou de l'article 6 (régime B) de l'EP n<sup>o</sup> 43 doit, s'il est appelé à rendre des services dans l'unité psychiatrique, doit facturer ses services selon les modalités de cette entente particulière. Dans un tel cas, les modalités de la rémunération mixte ne s'appliquent pas, et le médecin ne peut donc pas se prévaloir des forfaits horaires, des suppléments d'honoraires ni des activités médico-administratives.

### 5.2 Rémunération des services rendus dans le cadre de l'EP – Malades admis (n<sup>o</sup> 29)

Le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte dans une unité de soins psychiatriques et qui y rend des services en vertu du paragraphe 4.02 (régime A ou B) de l'EP n<sup>o</sup> 29 doit facturer ses services selon les modalités de cette entente particulière. Dans un tel cas, les modalités de la rémunération mixte ne s'appliquent pas, et le médecin ne peut donc pas se prévaloir des forfaits horaires, des suppléments d'honoraires ni des activités médico-administratives.

### 5.3 Majorations en horaires défavorables

Les majorations prévues à l'annexe XX de l'entente générale pour les services rendus en horaires défavorables ne s'appliquent pas sur le forfait horaire. Cependant, un pourcentage différent de celui énoncé à l'annexe XX s'applique sur les suppléments d'honoraires (services énoncés à l'annexe I de l'annexe XXIII). Les actes payés à 100 % de leur tarif de base (annexe II de l'annexe XXIII) sont toutefois sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX.

Malgré les dispositions du paragraphe 2.14 de l'annexe XXIII, le médecin qui a opté pour la rémunération à honoraires fixes combiné à la rémunération mixte facture ses heures à honoraires fixes en inscrivant les secteurs de dispensation précisés dans l'avis administratif du paragraphe 4.02 de l'annexe XX et les suppléments d'honoraires à l'acte, en utilisant les modificateurs prévus pour le mode mixte dans le **secteur de pratique où il exerce**.

Les activités médico-administratives ne peuvent être majorées en horaires défavorables.

L'annexe I de l'annexe XXIII fait état du pourcentage de majoration en horaires défavorables qui s'applique sur le supplément d'honoraires dans les nouveaux secteurs de pratique (art. 3, section C-4) pour les soins psychiatriques.

Les modificateurs **147 à 149** correspondant aux pourcentages de majoration en horaires défavorables sont créés et présentés dans le tableau suivant :

**Tableau 2 – Majorations applicables en horaires défavorables**

| Majoration d'honoraires | Modificateur | Horaire   |
|-------------------------|--------------|---|
| 18,53 %                 | <b>147</b>   | 20 h – 24 h, du lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié |
| 32,78 %                 | <b>148</b>   | 20 h – 24 h, le vendredi, à l'exception d'un jour férié       |
|                         | <b>149</b>   | 8 h – 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié            |

### 5.4 Rémunération pour les services de garde sur place du paragraphe 2.16 de l'annexe XXIII

Dans certains établissements, la garde sur place obligatoire effectuée les samedi, dimanche, jour férié ainsi qu'entre 18 h et 8 h les jours de semaine est rémunérée à tarif horaire ou à honoraires fixes, et ce, même si le médecin est rémunéré selon le mode de rémunération mixte ou le mode des honoraires fixes combiné à la rémunération mixte.

Dans ces situations, l'établissement doit transmettre un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (1897) ou (3547) qui concerne uniquement la garde sur place en précisant qu'il s'agit du paragraphe 2.16 de l'annexe XXIII.

Les installations visées sont les suivantes :

**En milieu psychiatrique :**

**Région 03 – Capitale nationale**

Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888)

## Région 06 – Montréal

Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (Institut universitaire en santé mentale de Montréal) (00878)

Hôpital Douglas (00698)

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal – Pavillon Albert-Prévost (07748)

Hôpital Rivière-des-Prairies (00848)

## Région 14 – Lanaudière

Centre hospitalier régional de Lanaudière (00858)

## 6 Soins psychiatriques auprès d'un patient admis – secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP (annexe I de l'annexe XXIII)

◆ BROCHURE N<sup>o</sup> 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXIII*

Les sections C et C-4 sont ajoutées à l'annexe I de l'annexe XXIII. Ces sections présentent les modalités pour le secteur *Psychiatrie (soins psychiatriques) auprès des patients admis dans les secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP*, incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques.

Vous pouvez consulter les sections C et C-4 de l'annexe I à la [partie II](#) de l'infolettre. Vous y trouverez également les instructions de facturation afférentes.

### 6.1 Forfait horaire

Le forfait horaire est prévu pour rémunérer l'ensemble des activités professionnelles dans ce secteur. Les services médicaux relatifs aux soins psychiatriques **s'adressent exclusivement à une clientèle de patients admis** au département ou à l'unité de psychiatrie d'un CHSGS ou d'un CHSP, incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques (art. 1, section C-4 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42102** et **42103** correspondant au forfait horaire dans le secteur de pratique désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP sont créés et présentés dans le tableau suivant :

Tableau 3 – Forfait horaire

| Soins psychiatriques auprès des patients admis<br>dans les secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP |             |            |  |
|--|-------------|------------|--|
| Forfait horaire  | Code d'acte | Tarif (\$) | Particularités                               |
| Soins psychiatriques dispensés (art. 1, section C-4 de annexe I)                                     | 42102       | 57,12      | 1 <sup>re</sup> heure en continu complétée   |
|  | 42103       | 14,28      | période additionnelle complète de 15 minutes |

## 6.2 Supplément d'honoraires

En plus de son forfait horaire, le médecin reçoit un pourcentage de la rémunération à l'acte (supplément d'honoraires) applicable au sein du secteur de pratique visé par la rémunération mixte. Un tableau des suppléments d'honoraires est présenté à la section C-4 de l'annexe I à l'annexe XXIII pour les soins psychiatriques.

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

Pour les services définis à l'annexe II de l'annexe XXIII, le pourcentage de l'acte applicable est de 100 %. Vous pouvez consulter l'annexe II à la [partie III](#) de l'infolettre.

## 6.3 Intervention clinique individuelle ou collective

Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 90 minutes** lorsqu'il exerce pendant une seule plage horaire (a.m., p.m. ou soir) au cours d'une journée.

Si le médecin pratique au moins quatre heures uniquement pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 135 minutes**.

Il peut facturer l'intervention clinique pour un **maximum de 180 minutes** s'il exerce pendant plus d'une plage horaire au cours d'une même journée (art. 4, section C-4 de l'annexe I).

Le médecin **ne peut facturer plus de 180 minutes** pour l'ensemble des interventions cliniques effectuées durant une journée.

## 6.4 Activités médico-administratives

### 6.4.1 Activités médico-administratives du paragraphe 2.01 *b*) de l'annexe XXIII

Les activités médico-administratives de l'annexe XXIII (paragr. 2.01 *b*) i) et ii)) sont rémunérées selon un **supplément d'honoraires** (art. 2, section C-4 de l'annexe I).

Les codes d'acte **42104** et **42105** correspondant aux activités médico-administratives en lien avec les soins psychiatriques (patients admis) dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP sont créés et présentés dans le tableau suivant :

**Tableau 4 – Activités médico-administratives**

| Soins psychiatriques auprès des patients admis dans les secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP |              |            |                                |
|---|--------------|------------|--------------------------------|
| Activités médico-administratives  | Code d'acte  | Tarif (\$) | Particularités                 |
| Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i> ) i) de l'annexe XXIII)                   | <b>42104</b> | 23,78      | période complète de 15 minutes |
| Activités médico-administratives (paragr. 2.01 <i>b</i> ) ii) de l'annexe XXIII)                  | <b>42105</b> | 23,78      | période complète de 15 minutes |

#### 6.4.2 Services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail

Les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (RLRQ, chapitre A-3.001) et la Loi sur les accidents du travail (RLRQ, chapitre A-3) sont rémunérés selon le mode à l'acte à 100 % du tarif de base (art. 5, section C-4 de l'annexe I et annexe II de l'annexe XXIII)

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin **ne peut facturer le forfait horaire pour la période de temps nécessaire pour remplir les formulaires** prescrits à ces lois (paragr. 2.05, annexe XXIII).

#### 6.5 Avis de service requis – rémunération mixte

Pour accéder à la rémunération mixte, le médecin détenant des privilèges en psychiatrie 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 dans un établissement ou une installation désigné.

Le ou les établissements doivent confirmer l'attribution de privilèges en psychiatrie et préciser le choix du mode de rémunération.

Pour le médecin rémunéré **à l'acte** ou **à tarif horaire** qui désire mettre fin à son mode de rémunération actuel pour choisir la rémunération 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 de la rémunération 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 la rémunération mixte tout en conservant son mode actuel :

- 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 de la rémunération mixte, chaque établissement où le médecin opte pour la rémunération mixte doit transmettre l'avis de service 1897. Le médecin peut faire le choix du mode de rémunération 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.

Le guide remplissage des formulaires 1897 et 3547 a été modifié pour permettre le choix du secteur de pratique *Psychiatrie : soins psychiatriques*. Ils sont disponibles sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels) sous *Formulaires* dans *Établissements du réseau de la santé*.

### Important

Si votre nomination arrive à échéance à la fin de l'année 2015 et que vous optez pour la rémunération 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 avant de transmettre sa facturation selon le mode de rémunération mixte.

## 7 Instructions de facturation pour la rémunération mixte

Le médecin ayant des privilèges en psychiatrie qui opte pour la rémunération mixte dans le secteur *Psychiatrie : soins psychiatriques* auprès des patients admis dans les secteurs désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP, incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques, doit utiliser la *Demande de paiement – Médecin* (1200) pour facturer le forfait horaire et les suppléments d'honoraires correspondant aux services rendus.

En se référant au tableau des suppléments d'honoraires pour les soins psychiatriques rendus, le médecin doit inscrire sur la demande de paiement :

- **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 inscrivant le nombre de périodes dans la case *UNITÉS*;
- **Supplément d'honoraires** : le code d'acte approprié correspondant au service rendu dans la section *Actes*.

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

Tout médecin qui choisit la rémunération mixte dans un secteur de pratique d'un établissement désigné **doit en informer son agence de facturation** pour assurer la conformité de la facturation de ses services.

### 7.1 Modificateurs en horaires défavorables

Le médecin qui opte pour la rémunération mixte pour les soins psychiatriques rendus auprès des patients admis en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP, incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques, doit utiliser les modificateurs **147, 148 ou 149** pour facturer ses suppléments d'honoraires **en horaires défavorables**. Le forfait horaire et les activités médico-administratives ne peuvent être majorés en horaires défavorables. Référez-vous au tableau 2 à la section 5.3 de l'infolettre.

### 7.2 Plages horaires

La rémunération mixte requiert que le médecin facture le forfait horaire et les services rendus (suppléments d'honoraires) en inscrivant, **en tout temps**, la plage horaire correspondant à la période au cours de laquelle débute le forfait horaire ou pendant laquelle le service a été rendu dans le secteur de l'établissement (OXXX8) où il est rémunéré selon ce mode. Selon le cas, les plages horaires suivantes doivent être inscrites :

**Tableau 5 – Plages horaires**

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

L'inscription de la **plage horaire 5** (de 0 h à 8 h) **est obligatoire** même si les services rendus dans le secteur de l'établissement visé sont payables selon l'entente générale durant cette période.

### Calcul des honoraires

La Régie a mis 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 rémunéré au mode mixte. S'il y a lieu, ce mécanisme de calcul ne tiendra pas compte d'une différence entre les honoraires demandés par le médecin et ceux établis lors du traitement de ces demandes.

S'il y a différence entre les honoraires demandés par le médecin et ceux versés par la Régie, le message explicatif **663** paraîtra à l'état de compte :

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

## 8 Nouveaux services et tarifs

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *B – CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE*

Les services et tarifs suivants seront intégrés au Manuel des médecins omnipraticiens sous l'onglet *B – Consultation, examen et visite*, sous le supplément d'urgence codifié **15635** :

Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée et pour un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) pour sa partie de soins de courte durée ou de longue durée (P.G. 2.2.6 G)

**AVIS** : Pour chacun des actes suivants, à l'exception de **08953**, inscrire **la date d'admission** en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>08923</b> | Visite de prise en charge psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)   | 133,15 \$ |
| <b>08933</b> | Visite de suivi psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)   | 38,80 \$  |
| <b>08913</b> | Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (P.G. 2.2.9 A)  | 70,30 \$  |
| <b>08942</b> | Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen, subséquente (P.G. 2.2.9 A)                           | 31,45 \$  |
| <b>08943</b> | Visite de transfert psychiatrique (P.G. 2.2.9 A)   | 120,55 \$ |
| <b>08948</b> | Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (P.G. 2.2.9 A) | 133,15 \$ |



|   |   |          |
|---|---|----------|
| <p>Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée et pour un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) pour sa partie de soins de courte durée ou de longue durée (P.G. 2.2.6 G)</p> <p><b>AVIS :</b> Pour chacun des actes suivants, à l'exception de <b>08953</b>, inscrire <b>la date d'admission</b> en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).</p> |   |          |
| <b>08953</b>  | <p>Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient (P.G. 2.2.9 A)</p> <p><b>AVIS :</b> Pour le code d'acte <b>08953</b>, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS. Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section <b>4.2.4.2</b> de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.</p> | 23,78 \$ |
| Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence   |   |          |
| <b>08966</b>  | période de 7 h à 16 h (P.G. 2.2.9 A)  | 30,15 \$ |
| <b>08967</b>  | période de 16 h à 24 h (P.G. 2.2.9 A)   | 42,15 \$ |
| <b>08968</b>  | période de 0 h à 7 h (P.G. 2.2.9 A)   | 60,25 \$ |
| <p><b>AVIS :</b> Pour les codes d'acte <b>08966</b>, <b>08967</b> et <b>08968</b>, vous référer au point 7 de la section 2.2.6 G du préambule général.</p>  |   |          |

## 9 Autres modifications à l'entente

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE – ANNEXE XXII*

### Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Le médecin rémunéré selon le régime A des honoraires fixes et le médecin rémunéré à tarif horaire peuvent se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence lorsqu'ils assurent une période de garde en disponibilité au cours de laquelle ils auront à facturer des visites, évaluations et échanges prévus au paragraphe 2.2.6 G.

En conséquence, les paragraphes 3.02 et 4.01 de l'annexe XXII sont modifiés comme suit :

#### 3.02 Régime A

La rémunération à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département apparaissant à un des paragraphes 2.01, 2.02, 2.03 et 2.04 ci-dessus couvre, sous réserve du paragraphe 1.02 de la présente annexe, l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes :

[...]

c) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence tel que paraissant aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9), 2.2.6 F 8) ou 2.2.6 G 7) du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

4.01 La rémunération à tarif horaire du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département apparaissant à un des paragraphes 2.01, 2.02, 2.03 et 2.04 ci-dessus, sous réserve du paragraphe 1.02 de la présente annexe, couvre l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes :

[...]

c) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence tel que paraissant aux paragraphes 2.2.6 D 6), 2.2.6 E 9), 2.2.6 F 8) ou 2.2.6 G 7) du préambule général de l'annexe V de l'entente générale. »

Les modifications apportées à ces deux paragraphes entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> décembre 2015 et seront introduites dans un prochain amendement.

## 10 Autres changements administratifs relatif à l'Amendement n° 144

- ◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLET *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT*
- ◆ BROCHURE N° 1 → ONGLETS *ENTENTE ET ENTENTES PARTICULIÈRES*

### 10.1 Onglet Rédaction de la demande de paiement

- À la section 4.6.2 *Annexe II – Liste des modificateurs*, sous Annexe XXIII, trois modificateurs sont créés pour les soins psychiatriques :

**Paragraphe 3.1** : Majoration de 18,53 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins psychiatriques rendus les lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié ..... **MOD 147**

**Paragraphe 3.2** : Majoration de 32,78 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins psychiatriques rendus le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié ..... **MOD 148**

**Paragraphe 3.3** : Majoration de 32,78 % en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires pour les soins psychiatriques rendus les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h ..... **MOD 149**

- À la section *Modificateurs multiples*, des modificateurs multiples sont créés :

| Combinaison | Modificateur multiple | Constante |
|-------------|-----------------------|-----------|
| 094 – 147   | 747                   | 1,1853    |
| 094 – 148   | 748                   | 1,3278    |
| 094 – 149   | 749                   | 1,3278    |

### 10.2 Onglet Entente – Annexe XXIII

- Au paragraphe 2.16, l'avis existant est remplacé par celui-ci :

**AVIS** : *Les établissements visés sont les suivants :*

- *En milieu psychiatrique*

*Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888), Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (Institut universitaire en santé mentale de Montréal) (00878), Hôpital Douglas (00698), Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal - Pavillon Albert-Prévost (07748), Hôpital Rivière-des-Prairies (00848), Centre hospitalier régional de Lanaudière (00858)*

**AVIS :** La nature de service à utiliser est **265XXX** Soins psychiatriques.

**Rémunération à tarif horaire, utiliser les codes d'activité suivants :**

Les médecins qui ont opté pour le mode de rémunération mixte ou des honoraires fixes combiné au mode mixte selon l'annexe XXIII, et qui facturent de la garde sur place à tarif horaire, sont appelés « médecins visés par le paragraphe 2.16 ».

- **Pour les médecins visés par le paragraphe 2.16 durant les heures de garde sur place obligatoire (18 h à 8 h du lundi au vendredi et 0 h à 24 h les samedi, dimanche et jours fériés) :**
  - **XXX270** Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)  
**en-dehors des heures de garde sur place obligatoire (8 h à 18 h du lundi au vendredi) :**
  - **XXX063** Garde sur place
  - **XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures
- **Pour les autres médecins rémunérés à tarif horaire – en tout temps**
  - **XXX063** Garde sur place
  - **XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures

**Rémunération à honoraires fixes – en tout temps, utiliser les codes d'activité suivants :**

- **XXX063** Garde sur place
- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles

Les plages admissibles pour la garde sur place obligatoire sont :

| <b>Jours concernés</b>                           | <b>Heures concernées</b> |
|--|--------------------------|
| Lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié | 18 h à 8 h               |
| Samedi, dimanche ou jour férié                   | 0 h à 24 h               |

**AVIS :** Pour tous les médecins rémunérés selon le mode de rémunération mixte ou selon le mode de rémunération mixte combiné au mode de rémunération à honoraires fixes dans les établissements mentionnés précédemment, l'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour le mode du tarif horaire ou un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) pour le mode des honoraires fixes, sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII ainsi que le secteur de pratique concernant la garde sur place seulement et inscrire la période couverte par l'avis de service.



## Amendement n° 144

### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

#### 1. L'entente générale est modifiée comme suit :

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

- a) En ajoutant au préambule général, le paragraphe 2.2.6 G suivant pour les soins psychiatriques en établissement :

« 2.2.6 G Visites, évaluations et échanges applicables aux services dispensés dans les programmes, unités, services ou départements visés au paragraphe 2.04 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les programmes, unités, services ou départements visés au présent paragraphe sont identifiés au paragraphe 2.04 de l'annexe XXII de l'entente générale.

Les modalités de rémunération paraissant ci-après remplacent les examens et consultations prévus aux paragraphes 2.1 et 2.2 du préambule général pour les soins psychiatriques exclusivement. Au besoin, lorsque le médecin effectue une intervention clinique ou une psychothérapie ou qu'il rend d'autres services prévus au tarif, il réclame ces services. Le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie et qui exerce de façon régulière ou ponctuelle dans les lieux visés, peut se prévaloir de la tarification des services décrits aux alinéas ci-dessous. Ces services s'appliquent exclusivement au médecin qui détient des privilèges en psychiatrie dans un établissement visé où sont dispensés des soins psychiatriques.

***AVIS :*** *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin qui choisit la nomenclature à l'acte pour les soins psychiatriques afin de confirmer l'attribution de privilèges en psychiatrie. Il doit sélectionner la situation d'entente Annexe XXII ainsi que le secteur de pratique Psychiatrie : soins psychiatriques et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Les modalités s'appliquent également au médecin visé aux présentes lorsqu'il est appelé auprès d'un patient admis qui séjourne dans le service d'urgence d'un établissement visé où sont dispensés des soins psychiatriques.

***AVIS :*** *Le médecin détenant des privilèges en psychiatrie qui doit se rendre dans le service de l'urgence auprès d'un patient admis doit facturer ses services psychiatriques en tenant compte du type de visite effectuée et en utilisant son secteur de provenance (OXXX8).*

***AVIS :*** *Pour chacun des actes suivants, à l'exception de l'acte codifié 08953, inscrire la date d'admission en établissement ou, s'il y a lieu, la date du rendez-vous dans le cas d'un patient vu en ambulatoire à la clinique externe ou à l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques reliés à l'unité, au service ou au département visé d'un établissement désigné à l'annexe de l'annexe XXII, paragraphe 2.04 – P.G.2.2.6 G (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).*

Les modalités ne s'appliquent toutefois pas lorsqu'il s'agit d'un patient inscrit au service d'urgence. Dans un établissement visé où sont dispensés des services psychiatriques, le médecin doit alors réclamer les codes et les tarifs prévus pour les soins psychiatriques dans un service d'urgence (examen ou consultation).

#### 1) Visite de prise en charge psychiatrique

La visite de prise en charge psychiatrique consiste en l'évaluation d'un patient nouvellement admis pour des soins psychiatriques. Elle comprend l'examen psychiatrique du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, le cas échéant l'évaluation physique et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être facturée qu'une seule fois par séjour hospitalier d'un patient admis pour des soins psychiatriques et elle ne peut être réclamée que par le médecin qui assume la responsabilité principale des soins psychiatriques du patient.

Cette visite ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi psychiatrique.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de prise en charge psychiatrique lors de l'évaluation initiale du patient dont il assurera le suivi ambulatoire dans ce milieu.

**AVIS** : Voir le code d'acte **08923** sous l'onglet B.

#### 2) Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique est une visite à l'occasion de laquelle le médecin assure la gestion des problèmes courants de santé mentale du patient admis, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient. Elle inclut la consultation sur place du dossier, des échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements qui s'imposent. Lorsque requis, elle comprend un contact avec le patient. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite ne peut être réclamée par un médecin qui, le même jour, a effectué un examen psychiatrique, une intervention clinique ou toute autre visite de nature psychiatrique auprès du même patient. Elle peut être réclamée le même jour que les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé au paragraphe 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale ne peut facturer la visite de suivi psychiatrique.

**AVIS** : Voir le code d'acte **08933** sous l'onglet B.

### 3) Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen

La visite de suivi psychiatrique exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin procède à un examen, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient, qu'il assure le suivi du patient ou qu'il intervienne de façon ponctuelle. Elle peut être réclamée lorsque l'examen est rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un problème de santé mentale, initier ou prodiguer un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.

**AVIS** : *Pour la facturation de la première visite de suivi psychiatrique exigeant un examen auprès d'un patient au cours d'une journée, voir le code d'acte **08913** sous l'onglet B.*

Cette visite inclut au besoin, l'examen physique du patient, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.

Le médecin consigne ses notes au dossier.

Le médecin qui doit revoir le patient suite à une visite de suivi psychiatrique exigeant un examen effectuée le même jour, et qui doit procéder à un autre examen en raison d'une modification de l'état de santé mentale du patient, peut alors facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen. Toute visite subséquente de suivi psychiatrique exigeant un examen effectuée la même journée est payée à un tarif moindre sauf si elle survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence.

**AVIS** : *Pour toute visite de suivi psychiatrique exigeant un examen subséquent à la première visite effectuée auprès d'un patient la même journée, voir le code d'acte **08942** sous l'onglet B. Si la visite survient à l'occasion d'un déplacement d'urgence, facturer le code d'acte **08913**.*

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen.

### 4) Visite de transfert psychiatrique

La visite de transfert psychiatrique est réalisée par le médecin qui prend la relève du médecin qui assumait jusqu'alors la responsabilité principale des soins psychiatriques d'un patient admis. Le médecin qui assume la responsabilité principale des soins psychiatriques du patient suite à ce transfert procède à une évaluation du patient. Son évaluation inclut, au besoin, l'examen psychiatrique du patient, un examen physique, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.

La visite de transfert ne peut être facturée les samedi, dimanche ou un jour férié. Le médecin qui voit le patient peut alors réclamer la visite de suivi psychiatrique ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen. Toutefois, de façon exceptionnelle, le médecin qui doit prendre charge du transfert d'un patient les samedi, dimanche ou un jour férié, peut facturer la visite de transfert le jour suivant un de ces jours exclus, à la condition qu'il assume toujours la responsabilité des soins psychiatriques du patient durant la semaine qui suit et qu'il effectue une visite auprès du patient ce jour suivant.

La visite de transfert ne peut être réclamée durant une période de garde en disponibilité par un médecin rémunéré, pour les services rendus à la clientèle visée, selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes, exception faite du médecin qui se prévaut des honoraires fixes du mode mixte en association avec les honoraires fixes. Le médecin peut alors facturer la visite de suivi psychiatrique ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen.

**AVIS** : *Pour la facturation de la visite de transfert psychiatrique du lundi au vendredi sauf un jour férié, voir le code d'acte 08943 sous l'onglet B. Lorsque la visite est rendue exceptionnellement la fin de semaine ou un jour férié, le professionnel peut facturer un jour suivant un de ces jours exclus selon les conditions énoncées précédemment.*

5) Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion

La visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins d'un patient admis. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi en santé mentale, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

**AVIS** : *Voir le code d'acte 08948 sous l'onglet B.*

Un médecin qui procède à une visite d'évaluation psychiatrique produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

En plus de l'examen psychiatrique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation psychiatrique, il ne peut réclamer la visite d'évaluation psychiatrique.

Le médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique externe ou d'un hôpital de jour visé aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale peut facturer la visite d'évaluation psychiatrique lorsqu'il évalue un patient à la demande d'un médecin exerçant en soins de première ligne ou exerçant en établissement, dans les circonstances énoncées.

**AVIS** : *Inscrire le numéro de pratique du professionnel qui a demandé l'évaluation psychiatrique dans la case PROFESSIONNEL RÉFÉRANT de la Demande de paiement – Médecin (1200).*

6) Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient

Ce service peut être réclaté pour la participation à des discussions de cas concernant les soins psychiatriques d'un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste), avec les intervenants en santé mentale du milieu communautaire ou avec un agent de probation ou un agent de police dans sa vocation communautaire et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé mentale d'un patient. Les échanges doivent viser la condition psychiatrique du patient ou ses besoins. Ne sont pas visés les échanges avec un professionnel dans le cadre d'un processus judiciaire ou en préparation d'un tel processus.

**AVIS** : *Voir le code d'acte 08953 sous l'onglet B.*



Ce service vise notamment les échanges du médecin avec un proche du patient en vue de convenir du niveau d'intervention médicale, d'expliquer les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute visite visée aux présentes effectuée auprès du patient.

Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

**AVIS** : *Pour le code d'acte **08953**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre de périodes dans la case UNITÉS. Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.*

Lorsque le médecin est sur place au sein d'un établissement visé par les présentes, les échanges avec les proches du patient ou avec des intervenants en santé mentale du milieu communautaire (pouvant comprendre un médecin de famille ou un médecin spécialiste), peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

Le médecin, dans le cadre des services dispensés dans une clinique externe visée aux paragraphes 2.04 a) 1), 2.04 b) 1) ou 2.04 b) 2) de l'annexe XXII de l'entente générale, peut se prévaloir des présentes dispositions.

**AVIS** : *Si l'échange concerne plusieurs patients, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'admission ou de rendez-vous de chacun.*

#### 7) Supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence

Dans les situations prévues au sous-paragraphe 2.4.7.1 du préambule général, un supplément d'honoraires est accordé durant certaines périodes de la journée pour le déplacement auprès d'un patient admis pour des soins psychiatriques. Les périodes visées sont de 7 h à 16 h, 16 h à 24 h et de 0 h à 7 h.

Le supplément d'honoraires s'applique seulement au service donnant lieu au déplacement d'urgence. Les soins dispensés à tout autre patient admis pour des soins psychiatriques lors du même déplacement doivent être facturés au tarif du lieu de dispensation sans déplacement. »

**AVIS** : *Voir les codes d'acte **08966**, **08967** et **08968** sous l'onglet B.*

**AVIS** : *- Incrire le NAM réel de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ainsi que l'heure de début du déplacement dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

*- Incrire le modificateur **094** ou un de ses multiples pour la facturation du deuxième supplément d'honoraires ou des suivants, le cas échéant, ainsi que pour les services facturés, et ce, au cours de la même période. L'utilisation du modificateur **094** ou un de ses multiples est également valable pour le deuxième déplacement d'urgence et les suivants auprès d'un patient différent au cours d'une même période.*

- B) En ajoutant à l'onglet « **CONSULTATION, EXAMEN ET VISITE** » sous le supplément pour déplacement d'urgence codé 15635 (P.G. 2.2.6 F), la rubrique, les services et les tarifs suivants :

« Dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour sa partie de soins de courte durée et pour un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) pour sa partie de soins de courte durée ou de longue durée (P.G. 2.2.6 G)

**AVIS :** Pour chacun des actes suivants, à l'exception de **08953**, inscrire la **date d'admission** en établissement (voir Rédaction de la demande de paiement, Section 5 – Établissement).

|  |           |
|--|-----------|
| <b>08923</b> Visite de prise en charge psychiatrique.....  | 133,15 \$ |
| <b>08933</b> Visite de suivi psychiatrique.....  | 38,80 \$  |
| <b>08913</b> Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen .....  | 70,30 \$  |
| <b>08942</b> Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen, subséquente.....  | 31,45 \$  |
| <b>08943</b> Visite de transfert psychiatrique.....  | 120,55 \$ |
| <b>08948</b> Visite d'évaluation psychiatrique en vue d'un suivi conjoint<br>ou pour donner une opinion.....             | 133,15 \$ |
| <b>08953</b> Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale<br>ou avec les proches du patient ..... | 23,78 \$  |

**AVIS :** Pour le code d'acte **08953**, utiliser une seule ligne en inscrivant le nombre total de périodes dans la case UNITÉS. Si l'échange concerne plusieurs patients, vous référer à la section **4.2.4.2** de l'onglet Rédaction de la demande de paiement.

Suppléments d'honoraires pour déplacement d'urgence

|  |            |
|--|------------|
| <b>08966</b> période de 7 h à 16 h.....  | 30,15 \$   |
| <b>08967</b> période de 16 h à 24 h..... | 42,15 \$   |
| <b>08968</b> période de 0 h à 7 h.....   | 60,25 \$ » |

**AVIS :** Pour les codes d'acte **08966**, **08967** et **08968**, vous référer au point 7 de la section 2.2.6 G du préambule général.

- C) L'annexe XXII est modifiée de la façon suivante :

- a) En remplaçant le deuxième alinéa du paragraphe 1.03 par le suivant :

« À l'exclusion d'un régime B pour les soins psychiatriques à honoraires fixes en courte durée ou en longue durée en milieu psychiatrique, les modes admissibles sont l'acte, le tarif horaire et, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes le régime A ou le régime B. »

- b) En ajoutant le paragraphe 2.04 suivant et en remplaçant les paragraphes 2.04 et 2.05 actuels par les paragraphes 2.05 et 2.06 suivants :

« **2.04** Sont visés par les dispositions paraissant au paragraphe 2.2.6 G du préambule général de l'annexe V de l'entente générale :

- 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) le département de psychiatrie (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour en psychiatrie (pour les soins psychiatriques).

**AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement OXXX8**

**AVIS : Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire du médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, veuillez :**

- Utiliser le numéro d'établissement **OXXX8**;

- Utiliser les codes d'activité suivants :

**265015** Examens relatifs à l'hépatite C

**265030** Services cliniques

**265032** Rencontres multidisciplinaires

**265037** Planification – Programmation – Évaluation

**265043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**265055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**265063** Garde sur place

**265071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)

**265098** Services de santé durant le délai de carence

**265132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

**265270** Garde sur place obligatoire (**TH** seulement)

b) Lorsqu'exploités par un établissement, une partie d'établissement ou un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) :

1) l'unité de soins de courte durée et l'unité de lits en psychiatrie (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques;

**AVIS : Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement OXXX8**

**AVIS : Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire du médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, veuillez :**

- Utiliser le numéro d'établissement **OXXX8**;

- Utiliser les codes d'activité suivants :

**265015** Examens relatifs à l'hépatite C

**265030** Services cliniques

**265032** Rencontres multidisciplinaires

**265037** Planification – Programmation – Évaluation

**265043** Tâches médico-administratives et hospitalières

**265055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)

**265063** Garde sur place

**265071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)

**265098** Services de santé durant le délai de carence

**265132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)

**265270** Garde sur place obligatoire (**TH** seulement)

- 2) l'unité d'hébergement et de soins de longue (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques.

**AVIS** : *Rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement OXXX8*

**AVIS** : *Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire du médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, veuillez :*

- *Utiliser le numéro d'établissement OXXX8;*

- *Utiliser les codes d'activité suivants :*

**265015** *Examens relatifs à l'hépatite C*

**265030** *Services cliniques*

**265032** *Rencontres multidisciplinaires*

**265037** *Planification – Programmation – Évaluation*

**265043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*

**265055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

**265063** *Garde sur place*

**265071** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

**265098** *Services de santé durant le délai de carence*

**265132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

**265270** *Garde sur place obligatoire (TH seulement)*

- 2.05** Le comité paritaire transmet à la Régie, pour chacun des programmes, unités, services, départements ou leur regroupement portant un numéro de référence tel qu'identifiés ci-dessus, la liste des unités ou services des établissements ou partie d'établissements visés par chacun des paragraphes 2.01, 2.02, 2.03 et 2.04 ainsi que dans le cas, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la liste de ses installations physiques. Cette liste paraît en annexe de la présente annexe. Les modifications apportées ultérieurement à cette liste sont transmises par le comité paritaire à la Régie.
- 2.06** L'indicateur A ou B paraissant au paragraphe 2.01, à chacun des programmes, unités, services, départements ou leur regroupement selon la catégorisation du paragraphe 2.01 ci-dessus indique le niveau de tarif applicable à chacun. L'indicateur applicable à chaque établissement est inscrit à l'annexe de la présente annexe. »

**D) L'annexe XXIII est modifiée de la façon suivante :**

a) En ajoutant l'alinéa suivant au paragraphe 3.01 a) :

« 6) le département de psychiatrie (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques. »

**AVIS** : *Rémunération mixte, utiliser le numéro d'établissement OXXX8.*

**AVIS** : *Rémunération à honoraires fixes du médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, veuillez utiliser les codes d'activité suivants :*

- **265015** *Examens relatifs à l'hépatite C*

- **265030** *Services cliniques*

- **265032** *Rencontres multidisciplinaires*

- **265037** *Planification – Programmation – Évaluation*

- **265043** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- **265055** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- **265063** *Garde sur place*
- **265098** *Services de santé durant le délai de carence*
- **265132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

- b) En ajoutant les alinéas suivants au paragraphe 3.01 c) :
  - « 2) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée (pour les soins psychiatriques) incluant la clinique externe et l'hôpital de jour pour les soins psychiatriques;
  - 3) l'unité de soins de courte durée et l'unité de lits en psychiatrie (pour les soins psychiatriques incluant la clinique externe et l'hôpital de jour en psychiatrie. »
- c) En ajoutant à l'annexe I de l'annexe XXIII, la section C intitulée « Services rendus en établissement autres que CLSC et UMF-CH ». Elle est en annexe I du présent amendement.
- d) En ajoutant la section C-4 intitulée « Psychiatrie (soins psychiatriques) auprès des patients admis en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP » à la section C de l'annexe XXIII. Elle est en annexe I du présent amendement.

2. Le présent amendement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_,

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> 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 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)

#### Section C – Services rendus en établissement autres que CLSC et UMF-CH

##### Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau-Phanères – Tissu cellulaire sous cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Le service médical portant le code **06310** à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographe » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

## Section C-4

### Psychiatrie (soins psychiatriques) auprès des patients admis en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP

#### Services spécifiques

| Supplément d'honoraires  |  |
|--|--|
| %  | Services médicaux  |
| 70,16  | Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.6 B, 2.2.6 C, certains services du paragraphe 2.2.6 G ainsi que le paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08800, 08803, 08813, 08862, 08863, 08864, 08865, 08913, 08923, 08926, 08933, 08942, 08943, 08948, 15066 et 15067.<br><br>Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012.<br><br>Autres services médicaux soit : 09070, 09073, 09077 et 15188.<br><br>L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs. |
| 62,15  | 08858, 08860, 08867, 08869 et 08953.   |
| %  | Services médico-administratifs   |
| 40   | 42104, 42105.  |
| Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes |  |
| %  | Services médicaux  |
| 40,28  | Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.6 B, 2.2.6 C, certains services du paragraphe 2.2.6 G ainsi que le paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08800, 08803, 08813, 08862, 08863, 08864, 08865, 08926, 08913, 08923, 08933, 08942, 08943, 08948, 15066 et 15067.<br><br>Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012.<br><br>Autres services médicaux soit : 09070, 09073, 09077 et 15188.<br><br>L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs. |
| 19,4   | 08858, 08860, 08867, 08869 et 08953  |

- 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 les soins psychiatriques dispensés à des patients admis dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP.

|   |          |
|---|----------|
| <b>42102</b> Forfait horaire relatif aux soins psychiatriques dispensés<br>(première heure complétée) ..... | 57,12 \$ |
| <b>42103</b> Par période additionnelle complète de 15 minutes .....   | 14,28 \$ |



**AVIS :** *Pour le forfait horaire en psychiatrie (soins psychiatriques) et la période additionnelle, utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- 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 dans la case P.H.;
- pour l'acte **42103**, 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 (OXXX8) dans la section Établissement.

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

*Le forfait horaire (première heure et périodes additionnelles) n'est pas sujet aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.*

2. 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.

|   |          |
|---|----------|
| <b>42104</b> Activités médico-administratives (paragr. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)<br>Période complète de 15 minutes..... | 23,78 \$ |
| <b>42105</b> Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)<br>Période complète de 15 minutes.....   | 23,78 \$ |

**AVIS :** *Pour la rémunération des activités médico-administratives en psychiatrie (soins psychiatriques), utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- 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 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 (OXXX8) dans la section Établissement.

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

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.

3. Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) tel que prévu au paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII sont les suivants :

3.1 18,53 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 147 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris les examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (OXXX8) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 18,53 %.*

3.2 32,78 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 148 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris les examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (OXXX8) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 32,78 %.*

3.3 32,78 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

**AVIS**: *Inscrire le modificateur 149 ou un de ses multiples pour chacun des suppléments d'honoraires facturés (y compris les examens et consultations) dans la section Actes et le code d'établissement (OXXX8) dans la section Établissement. Inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 32,78 %.*

4. Le médecin rémunéré selon le mode mixte ne peut facturer l'intervention clinique que pour un maximum de 90 minutes s'il n'exerce que pendant une plage horaire (AM, PM ou soir) dans une journée ou d'un maximum de 180 minutes s'il exerce pendant plus d'une plage horaire dans une journée.

Si le médecin pratique au moins quatre (4) heures pendant la plage horaire de l'après-midi, il peut alors réclamer l'intervention clinique pour un maximum de 135 minutes.

Le médecin ne peut toutefois réclamer plus de 180 minutes pour les interventions cliniques effectuées durant une journée.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, 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 sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

## 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**);
- Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille non vulnérable référé ou non par un guichet d'accès (code **19957**);
- Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable non référé par un guichet d'accès (code **19958**);
- Supplément pour le premier examen ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable référé par un guichet d'accès (code **19959**);
- Supplément pour le premier examen ou la première intervention fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille très vulnérable référé par un guichet d'accès (code **19960**);
- 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**).

**LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES POUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES  
SECTION C-4 DE L'ANNEXE I DE L'ANNEXE XXIII (paragr. 2.04 de l'annexe XXII)**

| <b>RÉGION</b>   | <b>CISSS, CIUSSS OU ÉTABLISSEMENT<br/>Installation désignée</b>  | <b>DATE DE DÉBUT</b> |
|---|--|----------------------|
| <b>Région 01</b>  |  |                      |
| 03348   | CISSS du Bas-Saint-Laurent<br>• Hôpital régional de Rimouski   | 2015-12-01           |
| <b>Région 02</b>  |  |                      |
| 02478<br>02458<br>02528                                     | CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean<br>• Hôpital de Chicoutimi<br>• Hôpital d'Alma<br>• Hôpital de Roberval  | 2015-12-01           |
| <b>Région 03</b>  |  |                      |
| 02048<br>02138<br>02038<br>07868                            | Centre Hospitalier Universitaire de Québec<br>• Hôtel-Dieu de Québec<br>• Centre hospitalier de l'Université Laval<br>• Hôpital de l'Enfant-Jésus<br>• Centre pédopsychiatrique – Résidence Sacré-Cœur   | 2015-12-01           |
| 00888<br>00898<br>02378                                     | CIUSSS de la Capitale-Nationale<br>• Institut universitaire de santé mentale de Québec<br>• Centre d'hébergement du Sacré-Cœur<br>• Hôpital de Baie-Saint-Paul   | 2015-12-01           |
| <b>Région 04</b>  |  |                      |
| 01778<br>02758<br>02778<br>01858<br>01808<br>02788<br>01838 | CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec<br>• CSSS du Haut-Saint-Maurice<br>• Hôtel-Dieu-d'Arthabaska<br>• Hôpital Sainte-Croix<br>• Hôpital du Centre-de-la-Mauricie<br>• Centre régional de santé mentale<br>• Centre d'hébergement et Hôpital Christ-Roi<br>• Pavillon Sainte-Marie | 2015-12-01           |
| <b>Région 05</b>  |  |                      |
| 01108<br>01038  | CIUSSS de l'Estrie – CHUS<br>• Hôtel-Dieu de Sherbrooke<br>• Hôpital de Granby   | 2015-12-01           |
| <b>Région 06</b>  |  |                      |
| 00348   | CHU Sainte-Justine   | 2015-12-01           |
| 00798   | Institut Philippe-Pinel de Montréal  | 2015-12-01           |
| 00068<br>00208<br>00308                                     | Centre Hospitalier de l'Université de Montréal<br>• Hôtel-Dieu du CHUM<br>• Hôpital Notre-Dame du CHUM<br>• Hôpital Saint-Luc du CHUM  | 2015-12-01           |
| 00188<br>08038<br>00258                                     | Centre Universitaire de Santé McGill<br>• Hôpital général de Montréal<br>• Site Glen<br>• Hôpital Royal Victoria   | 2015-12-01           |
| 00878   | CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal<br>• Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (Institut universitaire de santé mentale de Montréal)   | 2015-12-01           |
| 00158   | • Pavillon Maisonneuve/Pavillon Marcel Lamoureux   | 2015-12-01           |
| 00408<br>00318<br>00698                                     | CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal<br>• Hôpital général du Lakeshore<br>• Centre Hospitalier St. Mary<br>• Hôpital Douglas   | 2015-12-01           |
| 00118   | CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal<br>• Hôpital général juif  | 2015-12-01           |
| 00058<br>00108<br>07748<br>00848                            | CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal<br>• Hôpital Fleury<br>• Hôpital Jean-Talon<br>• Pavillon Albert-Prévost<br>• Hôpital Rivière-des-Prairies   | 2015-12-01           |

| RÉGION                                    | CISSS, CIUSSS OU ÉTABLISSEMENT<br>Installation désignée   | DATE DE DÉBUT |
|---|---|---------------|
| <b>Région 07</b>                          |   |               |
| 01338<br>07698<br>01268<br>00828          | CISSS de l'Outaouais <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital de Maniwaki</li> <li>Hôpital de Gatineau</li> <li>Hôpital de Hull</li> <li>Centre hospitalier Pierre-Janet</li> </ul>   | 2015-12-01    |
| <b>Région 08</b>                          |   |               |
| 01528<br>01508<br>01538<br>01548<br>00778 | CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue <ul style="list-style-type: none"> <li>Centre de soins de courte durée La Sarre</li> <li>Hôpital d'Amos</li> <li>Hôpital de Rouyn-Noranda</li> <li>Hôpital et CLSC de Val-d'Or</li> <li>Hôpital psychiatrique de Malartic</li> </ul> | 2015-12-01    |
| <b>Région 09</b>                          |   |               |
| 07548<br>02698                            | CISSS de la Côte-Nord <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital Le Royer</li> <li>Hôpital et Centre d'hébergement de Sept-Îles</li> </ul>  | 2015-12-01    |
| <b>Région 11</b>                          |   |               |
| 03418<br>03308<br>04958                   | CISSS de la Gaspésie <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts</li> <li>Hôpital de Maria</li> <li>Centre d'hébergement Mgr-Ross-de-Gaspé</li> </ul>   | 2015-12-01    |
| <b>Région 12</b>                          |   |               |
| 02808<br>03038<br>02878<br>03008          | CISSS de Chaudières-Appalaches <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital de Thetford-Mines</li> <li>Hôpital de Montmagny</li> <li>Hôpital de Saint-Georges</li> <li>Hôtel-Dieu de Lévis</li> </ul>   | 2015-12-01    |
| <b>Région 13</b>                          |   |               |
| 00448                                     | CISSS de Laval <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital Cité de la santé</li> </ul>   | 2015-12-01    |
| <b>Région 14</b>                          |   |               |
| 01418<br>00858                            | CISSS de Lanaudière <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital Pierre-Le Gardeur</li> <li>Centre hospitalier régional de Lanaudière</li> </ul>  | 2015-12-01    |
| <b>Région 15</b>                          |   |               |
| 00788<br>01448<br>01278                   | CISSS des Laurentides <ul style="list-style-type: none"> <li>Centre de services de Rivière-Rouge</li> <li>Hôpital régional de Saint-Jérôme</li> <li>Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil</li> </ul>  | 2015-12-01    |
| <b>Région 16</b>                          |   |               |
| 07538<br>00928<br>00948                   | CISSS de la Montérégie-Est <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital Pierre-Boucher</li> <li>Hôtel-Dieu de Sorel</li> <li>Hôpital Honoré-Mercier</li> </ul>  | 2015-12-01    |
| 01148<br>07768                            | CISSS de la Montérégie-Ouest <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital du Suroît</li> <li>Centre hospitalier Anna-Laberge</li> </ul>   | 2015-12-01    |
| 00428<br>00958                            | CISSS de la Montérégie-Centre <ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital du Haut-Richelieu</li> <li>Hôpital Charles LeMoine</li> </ul>  | 2015-12-01    |