

Réorganisation du réseau de la santé et Amendement n° 145

La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (la Loi), entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, a notamment conduit à l'abolition des agences régionales de la santé et des services sociaux (ASSS) et à la création de réseaux territoriaux et de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS).

La Régie vous invite à consulter le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux pour en connaître davantage sur cette réorganisation au www.msss.gouv.qc.ca.

Cette infolettre vous présente quelques généralités sur la réorganisation du réseau de la santé et, principalement, les modifications apportées à l'Entente par la mise en application de la Loi dans le cadre de l'Amendement n° 145 convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération. Cet amendement entre en vigueur le **1^{er} janvier 2016** sous réserve des approbations gouvernementales.

Faits saillants de l'Amendement n° 145

- Abrogation et remplacement du protocole d'accord pour la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux (ASSS);
- Nouveau protocole d'accord pour la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable des régions Nord-du-Québec, Nunavik ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James;
- Nouveau protocole d'accord pour la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un Département régional de médecine générale (DRMG);
- Nouvelle entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence (n° 52) remplaçant les EP – Montréal et Laval (n° 46) et Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (n° 47) qui sont abrogées;
- Nouvelle *Lettre d'entente n° 285* concernant des modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement remplaçant les lettres d'entente n°s 108, 125, 126, 127, 143, 147, 148, 149, 160, 165, 171 et 172 qui sont abrogées.
- Autres modifications à l'Entente et aux ententes particulières n°s 19, 24, 27, 49 et 50.

Sommaire

- 1 Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux..... 2
- 2 Protocole d'accord – Rémunération des activités au bénéfice d'une ASSS 5
- 3 Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités effectuées au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou d'un établissement des régions du Nord 6
- 4 Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un Département régional de médecine générale 8
- 5 Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence 11
- 6 EP – Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement..... 12
- 7 EP – Santé publique 13
- 8 EP – Rémunération chef de département clinique de médecine générale (CHSGS) 13
- 9 EP – Rémunération des activités dans le cadre d'un programme spécifique (CHSGS) 14
- 10 EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle..... 15
- 11 EP – Rémunération des activités médico-administratives au service d'urgence d'un établissement 17
- 12 Lettre d'entente n° 285..... 17
- 13 Services en ligne de la Régie..... 18

Documents de référence

[Partie I](#) Texte paraphé de l' *Amendement n° 145*

[Partie II](#) *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James*

[Partie III](#) *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un Département régional de médecine générale*

[Partie IV](#) *Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence (n° 52)*

[Partie V](#) *Lettre d'entente n° 285*

[Partie VI](#) Autres changements administratifs

[Partie VII](#) Liste des ASSS et des CSSS fermés au 31 décembre 2015

1 Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi confie aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) la gestion de la majorité des services de santé et de services sociaux offerts à la population au cœur d'un réseau territorial de services (RTS).

Cette loi réduit le nombre d'établissements publics de 182 à 34. Elle crée 13 CISSS et 9 CIUSSS auxquels s'ajoutent les 7 établissements du réseau de la santé et des services sociaux non fusionnés. Ces établissements regroupent les centres hospitaliers universitaires (à l'exception du CHU de Sherbrooke qui est intégré dans le CIUSSS de l'Estrie) et les instituts universitaires.

Le modèle administratif des régions sociosanitaires du Nord demeure inchangé en raison des particularités territoriales et juridiques. Ces régions comptent 5 établissements non visés par la Loi qui conservent leur statut actuel.

La nouvelle structure du réseau de la santé et des services sociaux est présentée sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux au www.msss.gouv.qc.ca.

La liste des ASSS et des CSSS qui seront fermés au 31 décembre 2015 à la suite de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux est présentée à la [partie VII](#) de l'infolettre et disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/listes-etabl.

Modifications à l'Entente et à certaines modalités de facturation

L'abolition des ASSS, la fusion des CSSS et d'autres établissements, et la création des CISSS et des CIUSSS engendrent des modifications à votre entente et des changements administratifs à certaines modalités de facturation. Ces changements entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2016** et sont présentés dans cette infolettre.

L'entente générale sera modifiée ultérieurement en remplaçant toute référence aux ASSS ou aux CSSS.

Pour facturer les services rendus **jusqu'au 31 décembre 2015**, vous devez continuer d'utiliser les numéros d'ASSS ou de CSSS habituels. Pour facturer les services que vous rendrez **à compter du 1^{er} janvier 2016**, vous devrez utiliser les numéros attribués aux CISSS et aux CIUSSS lorsque les modalités de facturation le prévoient.

Pour les instructions de facturation complètes, veuillez vous référer aux avis administratifs publiés dans les parties jointes à cette infolettre.

Autorisation de demande de paiement ou de remboursement

Chaque conseil d'administration de CISSS, de CIUSSS ou d'établissement est responsable de nommer les signataires autorisés dans les installations sous sa responsabilité.

Vous devez vous assurer que la personne qui autorisera vos demandes de paiement ou de remboursement (1215, 1216, 1606 et 1988) à compter du 1^{er} janvier 2016, a été nommée signataire autorisé pour l'installation où vous rendez vos services.

Si vous transmettez votre facturation par les services en ligne de la Régie, assurez-vous d'abord que l'association avec votre responsable d'autorisation a été créée par votre établissement.

Pour toute l'information sur la facturation par les services en ligne, la Régie vous invite à consulter l'infolettre 223 du 19 décembre 2015.

1.1 Prolongation de la période transitoire d'activités spécifiques à tout mandat régional et à leur rémunération

Les parties négociantes ont prévu une prolongation de la période transitoire ayant débuté le 1^{er} avril 2015 à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi, jusqu'au **31 décembre 2015**, période durant laquelle les modalités de facturation et de rémunération des activités spécifiques à tout mandat régional autorisé par les ASSS sont maintenues.

Les activités spécifiques effectuées au bénéfice d'une ASSS et rémunérées dans ce cadre sont :

- les activités du médecin expert-conseil;
- la coordination des services préhospitaliers d'urgence;
- les activités dévolues du DRMG relatives aux chefs, aux assistants et aux mandats ad hoc, le cas échéant.

La facturation relative à ces activités se poursuit **jusqu'au 31 décembre 2015** en utilisant le numéro de facturation octroyé à l'agence concernée.

Ces dispositions s'appliquent également aux médecins exerçant dans le cadre de la santé publique en vertu de l'*Entente particulière relative à la santé publique* (n° 24) (voir la section 7 de l'infolettre).

1.2 CISSS et CIUSSS

La liste des établissements par région avec leur numéro d'établissement respectif est présentée dans le tableau 1 ci-dessous et sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/listes-etabl.

Les régions **06** (Montréal), **11** (Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine) et **16** (Montérégie) comprennent plus d'un établissement. Pour chacune de ces régions, un seul établissement se voit attribuer les responsabilités antérieurement dévolues aux ASSS :

- région **06** : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- région **11** : CISSS de la Gaspésie
- région **16** : CISSS de la Montérégie-Centre

Tableau 1 Établissements par région

Région	Établissement	Numéro / code d'établissement (94XXX)
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400
02	CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	94401
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	94403
05	CIUSSS de l'Estrie – CH universitaire de Sherbrooke	94404
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (a intégré le rôle de l'ASSS pour la région 06)	94405
	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	94406
	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	94407
	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	94408
	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	94409
07	CISSS de l'Outaouais	94410
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411
09	CISSS de la Côte-Nord	94412
11	CISSS de la Gaspésie (a intégré le rôle d'ASSS pour la région 11)	94413
	CISSS des Îles	94317
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414
13	CISSS de Laval	94415
14	CISSS de Lanaudière	94416
15	CISSS des Laurentides	94417
16	CISSS de la Montérégie-Centre (a intégré le rôle d'ASSS pour la région 16)	94418
	CISSS de la Montérégie-Est	94419
	CISSS de la Montérégie-Ouest	94420

Les avis administratifs modifiés ou ajoutés à votre entente précisent les modalités de facturation pour chacune des mesures concernées par les changements apportés au réseau de la santé et des services sociaux.

1.3 Définition d'établissement et d'installation

Les termes « établissement » et « installation » sont définis ainsi :

Établissement : CISSS, CIUSSS ou établissement responsable de la région Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ou établissement non fusionné ou non visé par la Loi.

Installation : lieu physique de dispensation de services d'un centre exploité par un établissement.

La terminologie et les dénominations paraissant à l'entente générale incluant ses annexes et aux ententes particulières, lettres d'entente et accords seront modifiées dans de prochains amendements en concordance avec les changements apportés au réseau de la santé et des services sociaux.

1.4 Nouvelle nomination et renouvellement à compter du 1^{er} janvier 2016

Les CISSS et les CIUSSS, issus de la fusion d'établissements publics d'une même région (sauf exception), et, le cas échéant, de l'agence de la santé et des services sociaux de cette région sont désormais responsables de toutes les installations auparavant sous la gouvernance des établissements fusionnés.

À compter du **1^{er} janvier 2016**, les nouveaux CISSS, CIUSSS ou autres établissements seront donc responsables de transmettre à la Régie l'information relative aux nominations ou à leur renouvellement et à l'octroi de privilèges des médecins exerçant au sein des installations dont ils sont responsables.

Avis de service

La fusion des CSSS n'a pas d'incidence sur les nominations en cours pour les médecins exerçant au sein des installations sous la responsabilité des CISSS, des CIUSSS ou des établissements des régions du Nord. En conséquence, aucun avis de service n'est requis.

Les seules situations pour lesquelles l'envoi d'un nouvel avis de service à la Régie est nécessaire sont précisées aux sections 3, 4, 5 et 7 de la présente infolettre.

La Régie transmettra les avis de renouvellement de nomination et privilèges au CISSS, au CIUSSS ou à l'établissement concerné selon la procédure habituelle.

Chaque conseil d'administration de CISSS, de CIUSSS ou d'établissement est responsable de nommer les signataires autorisés dans les installations sous sa gouvernance.

2 Protocole d'accord – Rémunération des activités au bénéfice d'une ASSS

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *PROTOCOLES D'ACCORD*

Le *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux* est abrogé depuis le 1^{er} avril 2015, date d'entrée en vigueur de la Loi (art. 2 de l'*Amendement n° 145*).

Les dispositions de ce protocole d'accord sont maintenues **jusqu'au 31 décembre 2015** en remplaçant la nomenclature « agence de la santé et des services sociaux » par « centre intégré de santé et de services sociaux » ou, selon le cas, par « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ». La mesure transitoire de rémunération des activités spécifiques effectuées au bénéfice d'une ASSS continue également de s'appliquer jusqu'à cette date (art. 3).

Les nominations des médecins pratiquant en vertu de ce protocole d'accord seront fermées au **31 décembre 2015**. Les établissements devront transmettre de nouveaux avis de service pour ces médecins à compter du 1^{er} janvier 2016 (voir les sections 3, 4 et 5 de l'infolettre).

À compter du **1^{er} janvier 2016**, ce protocole d'accord est abrogé et remplacé par les documents suivants :

- *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James;*
- *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un Département régional de médecine générale;*
- *Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence (n° 52).*

Les instructions de facturation relatives à ces protocoles d'accord et entente particulière sont précisées aux sections 3, 4 et 5 de cette infolettre.

Les établissements du réseau de la santé sont informés des modalités et exigences liées à ces ententes par l'infolettre 222 du 19 décembre 2015.

Ces documents et les avis administratifs afférents peuvent être consultés respectivement aux parties [II](#), [III](#) et [IV](#) de l'infolettre.

3 Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités effectuées au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou d'un établissement des régions du Nord

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *PROTOCOLES D'ACCORD*

Le *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James* (PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord) détermine les conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce certaines activités professionnelles au bénéfice d'un CISSS, d'un CIUSSS ou d'un établissement des régions du Nord (art. 4.00), notamment :

- les activités du médecin-conseil (paragr. 4.01);
- les activités faites dans le cadre d'un projet clinique (paragr. 4.02).

Vous pouvez consulter le PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord et les avis administratifs afférents à la [partie II](#) de l'infolettre.

3.1 Avis de service

À la suite de l'entrée en vigueur le **1^{er} janvier 2016** du PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord, les CISSS ou les CIUSSS devront faire parvenir à la Régie un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (3547) ou (1897) selon le mode de rémunération choisi, pour chaque médecin exerçant selon les modalités de rémunération prévues à ce protocole.

Toutefois, si la nomination du médecin qui exerce dans un établissement des régions du Nord en vertu de l'ancien PA – ASSS ne nécessite pas de changement et que la période de validité se termine **après le 31 décembre 2015**, la nomination sera reconduite selon les modalités du PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord à compter du **1^{er} janvier 2016**, et ce, sans incidence sur la rémunération du médecin. Dans cette situation aucun avis de service n'est requis.

Un nouvel avis de service est requis dans le cadre du PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord pour toute nouvelle nomination et tout renouvellement de nomination. Dans ces situations, vous devrez inscrire sur l'avis de service la nouvelle situation d'entente *Protocole d'accord – CISSS – CIUSSS et régions du Nord*.

Dans le cas du médecin dont la participation est ponctuelle et temporaire, le PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord tient lieu de nomination et d'autorisation lui permettant de se prévaloir des dispositions prévues à ce protocole (paragr. 5.06) et aucun avis de service n'est requis, sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes choisit de maintenir ce mode de rémunération.

3.2 Instructions de facturation

Pour les situations nécessitant l'envoi d'un avis de service, le médecin doit attendre la lettre de confirmation de la Régie concernant son admissibilité à la rémunération prévue dans le cadre de ce protocole d'accord avant de transmettre sa facturation.

Pour facturer les activités de coordination et d'expertise conseil (paragr 4.01), le médecin continue d'utiliser les codes d'activité suivants :

- **049038** Coordination (coordonnateur);
- **049067** Expertise professionnelle (médecin-conseil).

Deux nouveaux codes d'activité sont créés pour facturer les activités effectuées par un médecin dans le cadre de projets cliniques (paragr. 4.02). Les modalités de rémunération de ces activités étaient auparavant précisées au paragraphe 9.00 A) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (n° 40) :

- **049130** Participation à une réunion;
- **049131** Exécution d'un mandat.

Les codes d'activité **082130** et **082131**, facturés selon les dispositions l'article 9.00 A) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle doivent être utilisés jusqu'au **31 décembre 2015** inclusivement. Ils seront abolis par la suite.

Facturation

À compter du **1^{er} janvier 2016**, les codes d'activité **049038**, **049067**, **049130** et **049131** devront être facturés avec le numéro du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement des régions du Nord. Veuillez vous référer à l'annexe I du PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord à la [partie II](#) de l'infolettre.

La rémunération versée pour les activités visées par ce protocole d'accord n'est pas considérée dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin (paragr. 5.03).

L'*Annexe IX – Conditions d'application des tarifs* de l'entente générale est ajustée par l'ajout d'un deuxième alinéa au paragraphe 5.3 17) (paragr. 1 A)) (voir la [partie I](#) de l'infolettre).

3.3 Banque d'heures

Le comité paritaire détermine la banque d'heures maximale allouée à chaque établissement pour une année civile. Ces heures ne peuvent être facturées que pour des activités effectuées au sein de l'établissement auquel elles sont attribuées.

Dans le cas d'une région comprenant plus d'un CISSS ou d'un CIUSSS, la banque d'heures pour le médecin expert-conseil (paragr. 4.01) est allouée à l'établissement visé par la Loi, soit celui auquel sont attribuées les responsabilités antérieurement dévolues aux ASSS.

Par exemple, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal est l'établissement responsable d'administrer la banque d'heures pour les cinq établissements de la région **06** (voir la section 1 de l'infolettre).

L'annexe I du PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord précise les banques d'heures attribuées pour l'année 2016 à chaque établissement pour les médecins experts-conseils ainsi que pour les projets cliniques. Vous pouvez la consulter à la [partie II](#) de l'infolettre.

4 Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un Département régional de médecine générale

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *PROTOCOLES D'ACCORD*

Le *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un Département régional de médecine générale* (PA – DRMG) détermine les conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce certaines activités professionnelles (art. 4.00) dans le cadre du DRMG d'un CISSS, d'un CIUSSS ou d'un établissement des régions du Nord.

Vous pouvez consulter le PA – DRMG et les avis administratifs afférents à la [partie III](#) de l'infolettre.

4.1 Médecin chef du DRMG

Les médecins chefs des DRMG des CISSS, des CIUSSS et des établissements des régions du Nord au 1^{er} janvier 2016 sont ceux actuellement désignés. Leurs nominations sont reconduites dans le cadre du PA – DRMG sans incidence sur la rémunération. L'établissement n'a pas à retransmettre l'information à la Régie.

Pour une nouvelle nomination, le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement concerné désigne le nouveau chef du DRMG et en informe la Régie par lettre.

Pour facturer ses activités, le médecin chef du DRMG continue d'utiliser le code d'acte **19906** (paragr. 4.01). Les modalités de rémunération de ces activités étaient auparavant précisées au paragraphe 5.03 du PA – Rémunération des activités au bénéfice d'une ASSS.

4.2 Médecin coordonnateur local

Les nominations des médecins coordonnateurs locaux actuellement désignés sont reconduites au 1^{er} janvier 2016 dans le cadre du PA – DRMG, sans incidence sur la rémunération.

Pour une nouvelle nomination, le DRMG désigne le médecin coordonnateur de son territoire et chaque médecin remplaçant. Le comité paritaire transmet l'information à la Régie.

Pour facturer ses activités, le médecin coordonnateur continue d'utiliser le code d'acte **19103** (paragr. 4.04). Les modalités de rémunération de ces activités étaient auparavant précisées au paragraphe 9.00 B) de l'EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (n° 40).

4.3 Médecin élu ou nommé au comité de direction du DRMG

À la suite de l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 du PA – DRMG, les CISSS, les CIUSSS ou les établissements concernés devront faire parvenir à la Régie un nouveau formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (3547) ou (1897) selon le mode de rémunération choisi, pour chaque médecin élu ou nommé au comité de direction du DRMG exerçant selon les modalités prévues au PA – DRMG (paragr. 4.02).

Dans le cas du médecin dont la participation est ponctuelle et temporaire, le PA – DRMG tient lieu de nomination et d'autorisation lui permettant de se prévaloir des dispositions prévues à ce protocole (paragr. 5.10). Aucun avis de service n'est requis, sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes choisit de maintenir ce mode de rémunération.

Instructions de facturation

À compter du 1^{er} janvier 2016, pour facturer ses activités, le médecin rémunéré dans le cadre du PA – DRMG devra inscrire le numéro du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement concerné plutôt que celui de l'ASSS comme précédemment. Veuillez vous référer à l'annexe I du PA – DRMG à la [partie III](#) de l'infolettre.

Le médecin doit **attendre la lettre de confirmation** de la Régie **avant de transmettre sa facturation**.

Un nouveau code d'activité est créé pour la facturation des services du médecin élu ou nommé au comité de direction du DRMG autre que le chef. Les modalités de rémunération de ces activités étaient auparavant précisées au paragraphe 4.03 du PA – Rémunération des activités au bénéfice d'une ASSS :

- **103014** Participation au comité de direction DRMG

Le code d'activité **049014** doit être utilisé jusqu'au **31 décembre 2015** inclusivement. Il sera aboli par la suite.

La rémunération versée pour les activités visées par ce protocole d'accord n'est pas considérée dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin (paragr. 5.07).

L'*Annexe IX – Conditions d'application des tarifs* de l'entente générale est ajustée par l'ajout d'un deuxième alinéa au paragraphe 5.3 17) (paragr. 1 A)) (voir la [partie I](#) de l'infolettre).

4.4 Médecin mandaté pour participer à une table locale ou à un mandat ad hoc

À la suite de l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 du PA – DRMG, les CISSS, les CIUSSS ou les établissements concernés devront faire parvenir à la Régie un nouveau formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (3547) ou (1897) selon le mode de rémunération choisi, pour chaque médecin mandaté pour participer à une table locale ou à un mandat ad hoc exerçant selon les modalités prévues au PA – DRMG (paragr. 4.03).

Dans le cas du médecin dont la participation est ponctuelle et temporaire, le PA – DRMG tient lieu de nomination et d'autorisation lui permettant de se prévaloir des dispositions prévues à ce protocole (paragr. 5.10). Aucun avis de service n'est requis, sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes choisit de maintenir ce mode de rémunération.

Instructions de facturation

À compter du **1^{er} janvier 2016**, pour facturer ses activités, le médecin rémunéré dans le cadre du PA – DRMG devra inscrire le numéro du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement concerné plutôt que celui de l'ASSS comme précédemment. Veuillez vous référer à l'annexe I PA – DRMG à la [partie III](#) de l'infolettre.

Le médecin doit **attendre la lettre de confirmation** de la Régie **avant de transmettre sa facturation**.

Deux nouveaux codes d'activité sont créés pour le médecin participant à une table locale ou à un mandat ad hoc. Les modalités de rémunération de ces activités étaient auparavant précisées au paragraphe 4.04 du PA – Rémunération des activités au bénéfice d'une ASSS :

- **103108** Médecin mandaté pour participer à une table locale;
- **103109** Médecin participant à un mandat ad hoc.

Les codes d'activité **049108** et **049109** doivent être utilisés jusqu'au **31 décembre 2015** inclusivement. Ils seront abolis par la suite.

La rémunération versée pour les activités visées par ce protocole d'accord n'est pas considérée dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin (paragr. 5.07).

L'*Annexe IX – Conditions d'application des tarifs* de l'entente générale est ajustée par l'ajout d'un deuxième alinéa au paragraphe 5.3 17) (paragr. 1 A)) (voir la [partie I](#) de l'infolettre).

4.5 Banque de forfaits et banque d'heures

Le comité paritaire détermine le nombre maximal de forfaits (paragr. 4.01) ainsi que la banque d'heures maximale (paragr. 4.02 et 4.03) alloués à chaque établissement pour une année civile. Ces heures peuvent être facturées uniquement pour des activités effectuées au sein de l'établissement auquel elles sont attribuées.

Par exemple, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal est l'établissement responsable d'administrer la banque d'heures pour les cinq établissements de la région **06** (voir la section 1 de l'infolettre).

Les banques maximales de forfaits et d'heures allouées à chaque établissement pour l'année 2016 sont présentées à l'annexe I du PA – DRMG. Dans le cas d'une région comprenant plus d'un CISSS ou d'un CIUSSS, la banque d'heures est allouée à l'établissement visé par la Loi, soit celui auquel sont attribuées les responsabilités antérieurement dévolues aux ASSS.

L'annexe II de ce protocole d'accord précise le groupe auquel appartient chaque réseau local de santé et de services sociaux (RLS) pour la coordination des services de première ligne (paragr. 4.04).

Vous pouvez consulter les annexes I et II à la [partie III](#) de l'infolettre.

5 Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les ententes particulières Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval (n° 46) et de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (n° 47) sont abrogées au **31 décembre 2015**. Elles sont remplacées par l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* (n° 52) (EP – Services préhospitaliers d'urgence) sections II et III (art. 4).

Le programme de services préhospitaliers cliniques de l'EP – Programme spécifique CHSGS (n° 49) sera dorénavant couvert par les dispositions de l'EP – Services préhospitaliers d'urgence, section I (voir la section 7 de l'infolettre).

L'EP – Services préhospitaliers d'urgence entre en vigueur le **1^{er} janvier 2016** et couvre l'ensemble de ces services. Elle comprend les trois sections suivantes :

- **Section I** : relative aux services préhospitaliers d'urgence régionaux sauf ceux des régions de Montréal et de Laval;
- **Section II** : relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval;
- **Section III** : relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

L'annexe I de l'EP – Services préhospitaliers d'urgence présente respectivement les banques d'heures allouées aux régions autres que Montréal et Laval, à la Corporation d'Urgences-santé et au Département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Vous pouvez consulter l'EP – Services préhospitaliers d'urgence à la [partie IV](#) de l'infolettre.

5.1 Avis de service

Toute nouvelle nomination en vertu des sections I, II ou III de l'EP – Services préhospitaliers d'urgence nécessite l'envoi d'un avis de service selon le mode de rémunération choisi par le médecin.

5.1.1 Section I

À compter du **1^{er} janvier 2016**, les CISSS, les CIUSSS et les établissements concernés devront faire parvenir à la Régie un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (3547) ou (1897) selon le mode de rémunération choisi pour chacun des médecins dont la nomination aura été fermée, en sélectionnant la situation d'entente *EP – Services préhospitaliers d'urgence – Autres régions (section I)* et en **précisant** le nom et le numéro d'installation où le médecin rendra ces services.

5.1.2 Sections II et III

Les nominations des médecins qui exercent à la Corporation d'Urgences-santé et au Département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, dont la date de fin de la nomination est postérieure au **1^{er} janvier 2016**, sont reconduites en vertu des sections II et III de l'EP – Services préhospitaliers d'urgence, sans incidence sur la rémunération des médecins concernés. Aucun avis de service n'est requis.

5.2 Instructions de facturation

5.2.1 Section I

La nouvelle nature de service **225XXX** est créée pour le médecin qui rend des services préhospitaliers d'urgence régionaux **excluant** ceux prodigués dans les régions de Montréal et de Laval.

À compter du **1^{er} janvier 2016**, le code d'activité **225XXX** pourra être facturé avec le numéro du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement des régions du Nord (voir l'annexe I de l'EP – Services préhospitaliers d'urgence à la [partie IV](#) de l'infolettre).

Le médecin doit **attendre la lettre de confirmation** de la Régie **avant de transmettre sa facturation**.

5.2.2 Sections II et III

À compter du **1^{er} janvier 2016**, pour facturer ses activités, le médecin qui pratique en vertu des sections II et III de l'EP – Services préhospitaliers d'urgence doit utiliser les codes d'activité suivants :

- **205XXX** Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et Laval (section II);
- **215XXX** Services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (section III).

5.3 Majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables (annexe XX)

Les majorations en horaires défavorables **ne s'appliquent pas** à la section I de l'EP – Services préhospitaliers d'urgence.

L'*Annexe XX – Majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables* de l'entente générale est modifiée en remplaçant le paragraphe 5.04 par le suivant (art. 1 B)) :

« 5.04 Les dispositions des paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus s'appliquent au médecin qui exerce dans le cadre de la section II ou de la section III de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence. »

6 EP – Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement

La mise en application de la Loi apporte un changement aux modalités de facturation du médecin qui exerce en vertu de l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de l'activité professionnelle effectuée pour le compte d'une agence dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement* (n° 19) (EP – Évaluation multidisciplinaire).

6.1 Instructions de facturation

Le médecin doit continuer à facturer ses activités selon le mode de rémunération choisi, en utilisant le numéro de l'ASSS pour le compte de laquelle il exerce jusqu'au **31 décembre 2015** inclusivement.

À compter du **1^{er} janvier 2016**, le médecin devra facturer ses activités professionnelles en utilisant le numéro du CISSS ou du CIUSSS de sa région, qui sera désormais responsable de la gestion et de la répartition de la banque d'heures allouée aux fins de la rémunération des activités de cette entente particulière.

Le médecin pourra continuer de facturer avec les codes d'activité suivants :

- **050032** Rencontres multidisciplinaires;
- **050043** Tâches médico-administratives et hospitalières.

6.2 Banque d'heures

Le comité paritaire détermine la banque d'heures maximale allouée à chaque établissement pour une année civile. Ces heures ne peuvent être facturées que pour des activités effectuées au sein de l'établissement auquel elles sont attribuées.

L'annexe I de l'EP – Évaluation multidisciplinaire est modifiée et précise les banques d'heures attribuées pour l'année 2016 à chaque CISSS ou CIUSSS. Le nombre d'heures attribué à chacun des CISSS et des CIUSSS sera publié ultérieurement. Vous pouvez consulter l'annexe I à la [partie VI](#) de l'infolettre.

7 EP – Santé publique

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

Les nominations de médecin qui exerce au sein d'une direction régionale de santé publique en vertu de l'*Entente particulière relative à la santé publique* (n° 24) seront fermées au **31 décembre 2015**.

Les CISSS et les CIUSSS devront faire parvenir un nouveau formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien* (3547) ou (1897) selon le mode de rémunération choisi, pour chaque médecin qui exerce en santé publique au sein d'une direction régionale de santé publique à compter du **1^{er} janvier 2016**.

Dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, l'établissement concerné est celui désigné par la Loi, soit celui auquel sont attribuées les responsabilités antérieurement dévolues aux ASSS.

L'annexe III de l'EP – Santé publique est modifiée. Vous pouvez la consulter à la [partie VI](#) de l'infolettre.

8 EP – Rémunération chef de département clinique de médecine générale (CHSGS)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'*Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du Département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)* (n° 27) est modifiée à l'article 4.00 *Mode de rémunération* par le remplacement du paragraphe 4.04 et la modification de l'avis administratif sous le paragraphe 4.03.

8.1 Paragraphe 4.04

Le pourcentage de forfaits alloués au médecin chef de département est modifié (paragr. 4.04), dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale pour l'ensemble des installations. Ce médecin se voit attribuer au moins **10 %** du nombre de forfaits alloués à l'établissement plutôt que 35 % antérieurement (art. 6 A)).

Comme auparavant, dans le cas où l'établissement compte plus d'une installation admissible, mais qu'un médecin assume la fonction de chef dans chaque installation, chacun des médecins se voit attribuer au moins **60 %** du nombre de forfaits alloués pour l'installation.

De même, le médecin qui assume la fonction de chef du département se voit attribuer au moins **60 %** du nombre de forfaits alloués lorsque l'établissement ne compte qu'une installation admissible.

Vous pouvez consulter le paragraphe 4.04 à la [partie I](#) de l'infolettre.

L'annexe I de l'EP – Rémunération du chef de département clinique de médecine générale (CHSGS) est disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes. Cette annexe sera mise à jour conformément à l'entente le **1^{er} janvier 2016** (art. 6 B)).

8.2 Paragraphe 4.03

L'avis sous le paragraphe 4.03 est modifié ainsi :

<i>Nombre de médecins</i>	<i>Forfaits annuels</i>	<i>Dépassement spécifique d'heures</i>
		<i>À partir du 1^{er} avril 2009 (0,71)</i>
<i>Entre 1 et 24 médecins</i>	<i>321</i>	<i>228</i>
<i>Entre 25 et 74 médecins</i>	<i>428</i>	<i>304</i>
<i>Entre 75 et 99 médecins</i>	<i>536</i>	<i>381</i>
<i>100 médecins ou plus</i>	<i>643</i>	<i>457</i>

9 EP – Rémunération des activités dans le cadre d'un programme spécifique (CHSGS)

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'Entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (n° 49) est modifiée par le retrait du programme des services préhospitaliers cliniques de chacun des établissements ou installations visés (art. 5).

Ce programme sera dorénavant couvert par les dispositions prévues à l'EP – Services préhospitaliers d'urgence (section I) (n° 52). Veuillez vous référer à la section 5 de l'infolettre pour l'information sur les avis de service et les instructions de facturation relatives à cette entente particulière.

Les installations n'offrant que le programme des services préhospitaliers cliniques ne seront plus désignées et donc retirées de l'annexe I de l'entente particulière. En conséquence, les nominations de médecins ayant pour seul objet le programme de services préhospitaliers cliniques dans le cadre de l'EP – Programme spécifique CHSGS seront fermées au **31 décembre 2015**.

Dans l'avis sous le paragraphe 3.01 d) *Services préhospitaliers cliniques*, le code d'activité **058037 Planification – Programmes – Évaluation** est retiré et **ne pourra plus être utilisé** pour les services rendus à compter du **1^{er} janvier 2016**.

10 EP – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle (n° 40) est modifiée (art. 7). Des changements administratifs sont également apportés.

10.1 Article 4.00

- À l'article 4.00 *Modalités de rémunération de l'inscription*, sous le paragraphe 4.12 A), l'avis est modifié :

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19957** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas.

Si le patient est référé par un guichet d'accès :

- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- les renseignements obligatoires dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **dans l'ordre suivant** :
 - **N° CISSS ou CIUSSS** : 94XXX
 - **Date réf.** : la date de référence du CISSS ou CIUSSS (AAAA-MM-JJ)
 - **N° séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient sans médecin de famille par le CISSS ou CIUSSS

Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement et à la même date que l'examen ou l'intervention clinique.

- Sous le paragraphe 4.12 B), l'avis est modifié :

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19958** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas.

Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement et à la même date que l'examen ou l'intervention clinique.

- Sous le paragraphe 4.12 C), l'avis est modifié :

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19959** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas.
- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- les renseignements obligatoires dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **dans l'ordre suivant** :
 - **N° CISSS ou CIUSSS : 94XXX**
 - **Date réf.** : la date de référence du CISSS ou CIUSSS (AAAA-MM-JJ)
 - **N° séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient sans médecin de famille par le CISSS ou CIUSSS

Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement et à la même date que l'examen ou l'intervention clinique.

10.2 Article 9.00

À l'article 9.00, le paragraphe 9.00 A) *Organisation des projets cliniques* est retiré et intégré au PA – CISSS, CIUSSS et régions du Nord. Le paragraphe 9.00 B) *Organisation et coordination des services de première ligne* est également retiré et intégré au PA – DRMG. Le paragraphe 9.00 C) *Prise en charge prioritaire de certaines clientèles* est renuméroté et devient 9.00.

10.3 Article 13.00

À l'article 13.00 *Modalités spécifiques à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille*, sous le paragraphe 13.01, l'avis est modifié :

AVIS : Pour facturer le supplément, inscrire sur la Demande de paiement – Médecin (1200) :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- le code d'acte **19960** dans la section Actes;
- le montant facturé dans la case HONORAIRES, selon le lieu de dispensation des services;
- le code de cabinet, de localité (domicile ou cabinet non codifié) ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) dans la section Établissement, selon le cas.
- la lettre « **A** » dans la case C.S.;
- les renseignements obligatoires dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, **dans l'ordre suivant** :
 - **N° CISSS ou CIUSSS : 94XXX**
 - **Date réf.** : la date de référence du CISSS ou CIUSSS (AAAA-MM-JJ)
 - **N° séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient sans médecin de famille par le CISSS ou CIUSSS

Le supplément doit être facturé sur la même demande de paiement et à la même date que l'examen ou l'intervention clinique.

10.4 Article 16.00

À l'article 16.00 *Majoration relative à la pratique polyvalente*, le 3^e alinéa du paragraphe 16.01 est modifié et remplacé par le suivant :

« Les services de constats de décès et de support en ligne dispensés respectivement dans le cadre des sections II et III de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence sont également sujets à la majoration prévue ci-dessous. »

11 EP – Rémunération des activités médico-administratives au service d'urgence d'un établissement

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

L'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement (n° 50) est modifiée pour distinguer les établissements des installations (art. 8).

En conséquence, les paragraphes 1.02, 1.03, 3.03 (2^e alinéa), 3.04, 3.05, 3.06, 4.03 a), 4.03 c) (2^e alinéa) et 4.03 d) sont remplacés. Vous pouvez les consulter à la [partie I](#) de l'infolettre.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef de l'ensemble des services d'urgence des installations visées de l'établissement, ce médecin se voit attribuer au moins **10 %** du nombre de forfaits alloués à l'établissement plutôt que 35 % antérieurement (art. 8 B)).

Les annexes II et III de l'EP – Rémunération des activités médico-administratives au service d'urgence d'un établissement sont disponibles sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes. Ces annexes seront mises à jour conformément à l'entente le **1^{er} janvier 2016**.

12 Lettre d'entente n° 285

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *LETTRES D'ENTENTE*

La *Lettre d'entente n° 285* qui entre en vigueur le **1^{er} janvier 2016**, remplace les lettres d'entente n°s 108, 125, 126, 127, 143, 147, 148, 149, 160, 165, 171 et 172 abrogées au 31 décembre 2015 (art. 9).

Cette lettre d'entente concerne les modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement dans le cadre de la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région sociosanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées d'un établissement (code d'activité **002092**). Les lettres d'entente abrogées couvraient indépendamment chacune des régions. Les régions sont maintenant désignées à l'annexe I de la *Lettre d'entente n° 285*.

Les activités professionnelles visées par cette lettre d'entente sont :

- Les services professionnels rendus auprès des patients d'un CH, d'un CHSLD et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

- Les services professionnels rendus dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;
- Les services professionnels rendus auprès de patients admis dans un centre de réadaptation pour une clientèle ayant une déficience physique.

Les nominations de médecins en vertu de chaque lettre d'entente abrogée sont reconduites selon les modalités de la nouvelle lettre d'entente sans incidence sur la rémunération des médecins concernés. Aucun avis de service n'est requis.

Toute nouvelle nomination en vertu de la *Lettre d'entente n° 285* nécessitera l'envoi d'un formulaire *Avis de service – Médecin omnipraticien (3547)*.

Vous pouvez consulter la *Lettre d'entente n° 285* et son annexe I à la [partie V](#) de l'infolettre.

La liste des régions et des installations visées pour la compensation du temps de déplacement dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 285* sera disponible sur le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

13 Services en ligne de la Régie

La Régie vous invite à consulter l'infolettre 223 du 19 décembre 2015 Pour toute l'information sur la facturation par les services en ligne dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

AMENDEMENT N° 145

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

A) En ajoutant, à l'annexe IX, l'alinéa 17) du paragraphe 5.3 le deuxième alinéa suivant :

« La disposition paraissant à l'alinéa ci-dessus s'applique avant le 1^{er} janvier 2016. À compter du 1^{er} janvier 2016, la rémunération versée au médecin pour l'activité professionnelle effectuée en vertu du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James* et en vertu du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale.* »

B) En remplaçant, à l'annexe XX, le paragraphe 5.04 par le suivant :

« 5.04 Les dispositions des paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus s'appliquent au médecin qui exerce dans le cadre de la section II ou de la section III de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence.* »

2. Le *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux* est abrogé le 1^{er} avril 2015. Il est remplacé, au 1^{er} janvier 2016, par les documents suivants paraissant en annexe I, II et III du présent amendement :

- a) Annexe I : *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.*
- b) Annexe II : *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale.*
- c) Annexe III : *Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence.*

3. Malgré ce qui précède, les dispositions du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux* s'appliquent jusqu'au 31 décembre 2015 en remplaçant l'agence de la santé et des services sociaux par le centre intégré de santé et de services sociaux ou, selon le cas, par le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.

En ce qui a trait aux dispositions relatives aux services préhospitaliers et celles relatives au DRMG, dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, l'établissement en cause est celui désigné par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

4. *L'Entente particulière relative aux services préhospitaliers des régions de Montréal et de Laval et l'Entente particulière relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal* sont abrogées au 31 décembre 2015 et remplacées respectivement, au 1^{er} janvier 2016, par les sections II et III de *l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence*.
5. L'annexe I de *l'Entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* est modifiée en y retirant le programme des services préhospitaliers cliniques de chacun des établissements ou installations visés.
6. *L'Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)* est modifiée de la façon suivante :
- A) En remplaçant le paragraphe 4.04 par le suivant :
- « 4.04 Dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale.
- Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale pour l'ensemble des installations, il se voit attribuer au moins 10 % du nombre de forfaits alloués à l'établissement.
- Dans le cas où l'établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente mais qu'un médecin assume la fonction de chef du département de médecine générale dans chaque installation, chacun de ces médecins se voit attribuer 60 % du nombre de forfaits calculé pour l'installation conformément au paragraphe 4.03 de la présente entente. »
- B) En remplaçant l'annexe I par celle paraissant en annexe IV du présent amendement.
7. *L'Entente particulière relative à la médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* est modifiée de la façon suivante :
- A) En biffant les paragraphes 9.00 A) et 9.00 B) et renumérotant le paragraphe 9.00 C) qui devient le paragraphe 9.00.
- B) En remplaçant le troisième alinéa du paragraphe 16.01 par le suivant :
- « Les services de constats de décès et de support en ligne dispensés respectivement dans le cadre des sections II et III de *l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* sont également sujets à la majoration prévue ci-dessous. »
8. *L'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement* est modifiée de la façon suivante :
- A) En remplaçant les paragraphes 1.02 et 1.03 par les suivants :
- « 1.02 Est considéré comme admissible à la présente entente, toute installation qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés au sein d'un établissement et qui répond aux conditions suivantes :
- a) Elle opère un service d'urgence ouvert 24 heures par jour, tous les jours de la semaine;
- b) Elle dispense des services en anesthésie et en chirurgie.

1.03 Exceptionnellement, malgré le paragraphe 1.02 b), l'installation qui opère un service d'urgence distinct au sein d'un établissement et qui ne dispense pas des services en anesthésie et en chirurgie, peut, avec l'approbation du comité paritaire, être admissible à la présente entente.

Malgré ce qui précède, cette approbation par le comité paritaire ne peut être accordée, dans le cas de la rémunération du chef du service d'urgence (paragraphe 3.00 ci-dessous), que si le chef du département de médecine générale de l'installation n'est pas déjà rémunéré ou qu'il n'assume pas la responsabilité du service d'urgence de l'installation. »

B) En remplaçant le second alinéa du paragraphe 3.03 par le suivant :

« Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef de l'ensemble des services d'urgence, le pourcentage du nombre de forfaits attribué à ce médecin est d'au moins 10 % du total des forfaits alloués aux installations de l'établissement. »

C) En remplaçant au paragraphe 3.04 les termes « au service d'urgence de l'établissement » par les termes « au service d'urgence de l'installation ou de l'établissement, selon le cas ».

D) En remplaçant le paragraphe 3.05 par le suivant;

« 3.05 Tout médecin qui se prévaut des dispositions de l'Entente particulière relative à la rémunération du chef de département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dans le cadre d'une installation ou d'un établissement, selon le cas, ne peut, dans la même installation ou établissement, selon le cas, se prévaloir de plus de 50 % des forfaits alloués à l'installation ou à l'établissement, selon le cas, en vertu du présent article. »

E) En remplaçant le paragraphe 3.06 par le suivant :

« 3.06 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque installation selon le groupe auquel elle appartient en vertu de la classification découlant des dispositions de l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Le nombre de forfaits alloué par groupe est le suivant :

- Installation (ou établissement, selon le cas) du groupe I : 520 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe II : 312 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe III : 208 forfaits par année

Le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations selon les modalités décrites au premier alinéa du présent sous-paragraphe. L'annexe II de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à chacune des installations sous la responsabilité de chacun des établissements. »

F) En remplaçant le sous-paragraphe 4.03 a) par le suivant :

« a) Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque installation selon le groupe auquel elle appartient en vertu de la classification découlant des dispositions de l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré. Toutefois, aux fins de la présente entente, les installations du groupe I ont été subdivisées en trois sous-groupes. Le nombre de forfaits de base est sujet au rajustement prévu au paragraphe 4.03 b) ci-dessous.

Le nombre de forfaits de base alloué par groupe est le suivant :

- Installation (ou établissement, selon le cas) du groupe IA : 1 584 forfaits par année
- Installation (ou établissement, selon le cas) du groupe IB : 1 188 forfaits par année
- Installation (ou établissement, selon le cas) du groupe IC : 792 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe II : 594 forfaits par année
- Installation (ou établissement selon le cas) du groupe III : 396 forfaits par année

Le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations selon les modalités décrites au premier alinéa du présent sous-paragraphe et peuvent servir à rémunérer la participation d'un médecin aux activités visés dans chaque installation en cause. L'annexe III de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à chacune des installations sous la responsabilité de chacun des établissements. »

G) En remplaçant au second alinéa du sous-paragraphe 4.03 c) le terme « un établissement » par « une installation ou un établissement » et l'expression « l'établissement » par « l'installation ou l'établissement. »

H) En remplaçant le sous-paragraphe 4.03 d) par le suivant :

« d) L'annexe III de la présente entente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'installation ou à l'établissement, selon le cas, selon les dispositions du paragraphe 4.00 de la présente entente. Le comité paritaire peut modifier ces banques par voie administrative. »

I) Les annexes II et III sont remplacées par les annexes II et III paraissant à l'annexe V du présent amendement.

9. Les Lettres d'entente n^{os} 108, 125, 126, 127, 143, 147, 148, 149, 160, 165, 171 et 172 sont abrogées et remplacées par la Lettre d'entente n^o 285 paraissant en annexe VI du présent amendement

10. Le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

ce _____^e jour de _____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

PROTOCOLE D'ACCORD AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE D'UN CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, D'UN CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX OU DE L'ÉTABLISSEMENT RESPONSABLE DE LA RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC, DE LA RÉGION DU NUNAVIK OU DE LA RÉGION DES TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- 1.01** Ce protocole d'accord a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent certaines activités professionnelles décrites au paragraphe 4.00 ci-dessous au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux (ci-après établissement), d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (ci-après établissement) ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (ci-après établissement).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- 2.01** Les dispositions de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

- 3.01** Outre les parties, la Régie et le médecin, le présent protocole d'accord lie l'établissement.

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

- 4.01** Pour le médecin qui, en-dehors du cadre du comité de direction du DRMG de la région ou d'un mandat donné par celui-ci, en cette qualité, agit, sous la responsabilité de l'établissement, à titre de médecin-conseil auprès d'un établissement, l'activité professionnelle est celle qui, reliée à la mission d'un établissement, est relative à l'exercice, sur le plan médical, des attributions suivantes :
- a) les activités de conseil ou de coordination, au regard de dossiers relevant du domaine de la planification, de la programmation, de l'organisation et de l'évaluation;
 - b) la gestion de certains dossiers spécifiques notamment les activités médicales particulières, le monitoring des effectifs médicaux ainsi que les mesures incitatives;
 - c) les interventions faites auprès de différentes organisations;
 - d) les activités de concertation inter-régionale et intersectorielle;
 - e) l'exécution de tout mandat confié au médecin par le directeur de l'établissement.

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **049038** Coordination (coordonnateur)
- **049067** Expertise professionnelle (médecin-conseil)

4.02 Pour le médecin qui, sous la responsabilité de l'établissement et dans le cadre de l'organisation des services de première ligne reliés aux projets-cliniques de son territoire, en lien avec le DRMG de la région, effectue l'activité professionnelle qui, reliée à la mission d'un établissement, est relative à l'exercice, sur le plan médical, de l'attribution suivante :

- les activités faites dans le cadre de projets-cliniques sous la forme de participation à des réunions tenues sous l'égide de l'établissement ou encore de réalisation de mandats confiés par l'établissement.

AVIS : Utiliser les codes d'activité suivants :

- **049130** Participation à une réunion
- **049131** Exécution d'un mandat

La demande de paiement doit être signée par le médecin et par une personne autorisée du CISSS, du CIUSSS ou du CRSSS de la Baie-James.

AVIS : Le numéro d'établissement à utiliser est celui attribué au centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), au centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou à l'établissement visé à l'annexe I du présent protocole.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire selon les dispositions de l'annexe XIV de l'Entente ou, lorsqu'il est déjà rémunéré à honoraires fixes au sein de l'établissement, selon les dispositions du mode des honoraires fixes prévues au paragraphe 13.01 de l'Entente.

AVIS : Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.

5.02 Au-delà du plafond annuel déterminé par le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente générale, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités professionnelles exercées par un médecin rémunéré en vertu du présent protocole d'accord.

5.03 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

5.04 Aux fins de l'application des annexes VI et XII de l'Entente et de l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières, la rémunération versée en vertu du présent protocole constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'une installation exploitant un centre hospitalier.

Toutefois, pour la partie des activités effectuées en dehors du territoire de l'établissement en vertu du paragraphe 5.11 ci-dessous, la majoration applicable en vertu de l'annexe XII est fonction du lieu effectif de dispensation de services. Cette rémunération est exclue du calcul de la pratique totale au sens du paragraphe 3.1 de la section I de l'annexe XII. Elle n'est pas retenue aux fins de l'application de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

5.05 Le médecin doit détenir une nomination de l'établissement pour bénéficier des dispositions du présent protocole d'accord. Aux fins de l'application du présent protocole d'accord, la nomination fait référence au contrat de services professionnels passé entre le médecin et le directeur général de l'établissement.

AVIS : *Le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement responsable d'une des régions du Nord doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin qui exerce les activités décrites aux paragraphes 4.01 et 4.02 du présent protocole d'accord. Il doit sélectionner la situation d'entente Protocole d'accord CISSS – CIUSSS et régions du Nord et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

5.06 Dans le cas où la participation du médecin est ponctuelle et temporaire et qu'il ne détient pas de nomination de l'établissement, le présent protocole d'accord tient lieu de nomination et autorisation permettant au médecin de se prévaloir des dispositions du présent protocole d'accord.

AVIS : *Un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) est requis pour chaque médecin qui désire maintenir le mode de rémunération à honoraires fixes pour ces activités.*

5.07 L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à honoraires fixes, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

5.08 La définition des activités professionnelles ainsi que leur répartition relèvent du directeur général de l'établissement ou de celui qu'il désigne.

5.09 Le relevé d'honoraires du médecin est contresigné par le représentant autorisé de l'établissement.

5.10 L'établissement informe la Régie de l'identité des médecins à qui s'applique le présent protocole d'accord.

5.11 Sur demande de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, un médecin peut exercer des activités prévues au paragraphe 4.01 a) ci-dessus à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est situé l'établissement dont il relève.

AVIS : *Remplir une Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et une Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est situé l'établissement, inscrire :

- la lettre « A » dans la case C.S.;

- le numéro de localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

- le numéro de l'établissement auprès duquel vous détenez une nomination dans la section Établissement.

5.12 La mise en œuvre du présent paragraphe est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités qu'édicte le paragraphe 6.00 ci-dessous.

6.00 BANQUE D'HEURES

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale détermine la banque d'heures maximale allouée à chaque établissement, sur une base annuelle, pour rémunérer les activités professionnelles prévues au présent protocole d'accord selon des critères définis par le comité paritaire en tenant compte, notamment, pour les régions socio-sanitaires comptant plus d'un établissement, des mandats régionaux pouvant être confiés à certains d'entre eux.

6.02 L'annexe I du présent protocole fait état de la banque d'heures allouée à chaque établissement.

6.03 L'année d'application est l'année civile.

6.04 Le comité paritaire est responsable de la mise en œuvre et du suivi du présent protocole d'accord.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} janvier 2016 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce _____^e jour de 2015.

GAÉTAN BARRETTE

Ministre

Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, m.d.

Président

Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Annexe I

Banques d'heures relatives à la rémunération des activités professionnelles visées par le paragraphe 4.00 du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un CISSS ou, selon le cas, d'un CIUSSS

Établissements		Banque d'heures médecins experts- conseil (paragr. 4.01)	Banque d'heures projets-cliniques (paragr. 4.02)
94400	CISSS du Bas-St-Laurent	1 446	662
94401	CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean	1 386	850
94402	CIUSSS de la Capitale-Nationale	4 708	1 855
94403	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	1 435	1 480
94404	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	1 896	1 578
94406	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal		955
94407	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal		1 035
94405	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2 772	805
94408	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal		1 290
94409	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal		1 535
94410	CISSS de l'Outaouais	1 848	915
94411	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1 386	455
94412	CISSS de la Côte-Nord	1 386	290
94109	CRSSS de la Baie-James	693	60
94413	CISSS de la Gaspésie	1 386	310
94317	CISSS des Îles		60
94414	CISSS de Chaudière-Appalaches	1 559	1 180
94415	CISSS de Laval	1 386	810
94416	CISSS de Lanaudière	1 386	1 145
94417	CISSS des Laurentides	1 713	1 340
94418	CISSS de la Montérégie-Centre	3 079	682
94419	CISSS de la Montérégie-Est		1 345
94420	CISSS de la Montérégie-Ouest		1 030
94179	RRSSS du Nunavik	577	
94183	CCSSS de la Baie-James	462	

PROTOCOLE D'ACCORD AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE D'UN DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (RLRQ, chapitre R-5)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Ce protocole d'accord a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent certaines activités professionnelles décrites au paragraphe 4.00 ci-dessous, dans le cadre du département régional de médecine générale (ci-après DRMG) d'un centre intégré de santé et de services sociaux (ci-après établissement), d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (ci-après établissement) de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec ou de la région du Nunavik (ci-après l'établissement).

Dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, l'établissement en cause est celui désigné par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

3.01 Outre les parties, la Régie et le médecin, le présent protocole d'accord lie l'établissement.

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

4.01 Pour le médecin, élu ou nommé au comité de direction, qui assume les fonctions de chef du DRMG, l'activité professionnelle qui découle des responsabilités dévolues au DRMG en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

AVIS : *Le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement responsable d'une des régions du Nord doit informer la Régie par lettre, des nom et numéro de pratique du médecin qui assume le rôle de chef du département régional de médecine générale pour sa région lors d'une nouvelle nomination, en prenant soin d'inscrire la date de prise d'effet de la nomination. Il doit transmettre la lettre :*

par télécopieur au 418 646-8110

ou par la poste à l'adresse suivante :

*Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7P4*

4.02 L'activité du médecin, élu ou nommé au comité de direction du DRMG autre que celui visé au paragraphe 4.01 ci-dessus, qui est liée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'activité professionnelle découlant des responsabilités dévolues au DRMG en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- b) l'activité professionnelle requise pour l'exécution d'un mandat qui, relié aux services médicaux généraux relevant de l'établissement, est confié au comité de direction du DRMG par le directeur général de l'établissement.

AVIS : *Utiliser le code d'activité suivant :*

- **103014** *Participation au comité de direction DRMG*

4.03 L'activité du médecin mandaté par le chef du DRMG réalisée dans le cadre d'un mandat ad hoc ou d'une table locale lorsque, dans ce dernier cas, les conditions suivantes sont rencontrées :

- a) le DRMG transmet au comité paritaire la description du fonctionnement des tables locales de sa région, la planification de leurs travaux ainsi que l'estimation des heures/médecin requises;
- b) le comité paritaire autorise le DRMG à se prévaloir du présent protocole pour la rémunération des activités faites dans le cadre des tables locales.

AVIS : *Utiliser les codes d'activité suivants :*

- **103108** *Médecin mandaté pour participer à une table locale, ou*
- **103109** *Médecin participant à un mandat ad hoc*

AVIS : *Le numéro d'établissement à utiliser est celui attribué au centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), au centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou à l'établissement visé à l'annexe I du présent protocole.*

4.04 Les activités d'organisation et de coordination des services de première ligne relèvent du comité de direction du DRMG. Ce dernier met sur pied une table locale du DRMG dans chacun des territoires de RLS afin de l'appuyer dans ce mandat.

Un médecin de famille est nommé à titre de médecin coordonnateur par le comité de direction du DRMG pour chacun des RLS et ce, après recommandation de l'exécutif du CMDP de l'établissement. Les coordonnateurs sont sous l'autorité du comité de direction du DRMG.

Selon les priorités déterminées par le comité de direction du DRMG, le médecin coordonnateur local des services de première ligne assume, au niveau du RLS, les fonctions suivantes :

- En soutien au DRMG, il collabore et participe au fonctionnement des tables générales locales de médecine générale pour le RLS;
- Il agit à titre de répondant médical pour le guichet d'accès à la médecine de famille (GAMF). À ce titre, il participe à la référence de certains patients de son territoire en attente au guichet, notamment ceux qui attendent au-delà des délais prescrits pour l'inscription. Il octroie aussi aux médecins de famille, conformément aux critères convenues par les parties négociantes, le supplément pour l'inscription de certains patients particulièrement vulnérables;
- Il assure la liaison entre l'établissement et les médecins des GMF, des GMF-R, des GMF-U, des cliniques réseau, des UMF, des CLSC et des cabinets du territoire;
- Il participe à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique);
- Il facilite le fonctionnement des réseaux de première ligne particulièrement au regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de services pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et de la définition des projets-cliniques sur son territoire;
- Il participe, en soutien au comité de direction du DRMG, à l'élaboration des priorités de recrutement dans la région, notamment pour les services médicaux de première ligne afin d'alimenter les réflexions sur les plans des effectifs médicaux en établissement et hors établissement qui sont proposés au ministère.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

Modalités applicables au chef du DRMG

5.01 Le chef du DRMG est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites au paragraphe 4.01 ci-dessus selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Le montant du forfait est de 67,65 \$;

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

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19906** dans la case CODE de la section Actes;
- le lieu de facturation correspondant au numéro du centre intégré ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de chaque région ou de l'établissement (94XXX) dans la section Établissement;
- le nombre de forfaits hebdomadaires dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

- 2) La banque de forfaits alloués est gérée sur une base annuelle. Toutefois, lorsque plus d'un médecin assume les fonctions de chef de DRMG au cours d'une année, la Régie s'assure que la proportion de forfaits réclamés par chacun n'excède pas la proportion de semaines de leur nomination comme chef par rapport au nombre de semaines dans l'année. La Régie procède par récupération, le cas échéant;

- 3) Exception faite des situations où il agit dans le cadre d'un mandat spécifique à titre de médecin-conseil en vertu du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux* et non inclus dans son mandat de chef du DRMG, le chef du DRMG ne peut, durant la période où il assume les fonctions prévues au paragraphe 4.01, se prévaloir des banques d'heures allouées dans le cadre du protocole précité ou de celles allouées pour les activités professionnelles relevant des paragraphes 4.02 et 4.03 ci-dessus.

Modalités applicables aux membres du comité de direction du DRMG et aux médecins mandatés par le chef du DRMG

5.02 Pour les activités décrites aux paragraphes 4.02 et 4.03 ci-dessus, le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire selon les dispositions de l'annexe XIV de l'Entente ou, lorsqu'il est déjà rémunéré à honoraires fixes au sein de l'établissement, selon les dispositions du mode des honoraires fixes prévues au paragraphe 13.01 de l'Entente.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

5.03 Au-delà du plafond annuel déterminé par le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente générale, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités professionnelles exercées par un médecin rémunéré en vertu des paragraphes 4.02 et 4.03 ci-dessus.

5.04 Un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités décrites au paragraphe 4.02 du présent protocole, autorisé jusqu'à concurrence de 220 heures par année, au bénéfice du médecin qui a atteint le maximum d'heures prévu au paragraphe 5.02 ou 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente ou au 3^e alinéa du paragraphe 15.01 de l'entente générale.

AVIS : *Utiliser le code d'activité suivant :*

- **103014** *Participation au comité de direction DRMG*

5.05 L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à honoraires fixes visé aux paragraphes 4.02 et 4.03, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

Modalités applicables aux médecins coordonnateurs des services de première ligne et de ceux qui l'assistent au niveau des RLS

5.06 Le médecin coordonnateur est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites au paragraphe 4.04 ci-dessus selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :

- 1) Le montant du forfait est de 67,65 \$;

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Médecin (1200) et inscrire :*

- *le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code d'acte 19103 dans la case CODE de la section Actes;*

- le lieu de facturation correspondant au numéro du centre intégré ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de chaque région ou de l'établissement (94XXX) visé dans la section Établissement;
- le nombre de forfaits hebdomadaires en considérant le groupe auquel appartient le RLS dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

- 2) Sous réserve de l'alinéa 4) ci-dessous, un nombre de forfaits est alloué pour chaque territoire de RLS selon le groupe auquel il appartient en vertu d'une classification basée sur les caractéristiques de la population du territoire, pour chacun des RLS. Le comité paritaire détermine les critères utilisés;
- 3) Sur la base de l'année civile, le nombre de forfaits alloué pour chacun des territoires de RLS, selon le groupe auquel il appartient est le suivant :

Groupe 1	954 forfaits
Groupe 2	787 forfaits
Groupe 3	653 forfaits
Groupe 4	536 forfaits
- 4) Le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, exclure certains territoires de RLS ne comptant pas ou comptant peu de médecins qui pratiquent en cabinet privé de l'application des dispositions du présent paragraphe ayant trait à la désignation et à la rémunération d'un médecin coordonnateur au plan local;
- 5) Aux fins de l'application de l'annexe XII, la rémunération des services dispensés par le médecin coordonnateur constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier.

Aux fins de l'application de l'annexe XII-A, la rémunération des services dispensés par le médecin coordonnateur constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte du centre inscrit à l'annexe XII-A et exploité par l'établissement duquel il détient une nomination.

Modalités générales

- 5.07** La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.
- 5.08** Aux fins de l'application des annexes VI et XII de l'Entente et de *l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières*, la rémunération versée en vertu du présent protocole constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'une installation exploitant un centre hospitalier.
- 5.09** Le médecin doit détenir une nomination de l'établissement pour bénéficier des dispositions du présent protocole d'accord. Aux fins de l'application du présent protocole d'accord, la nomination fait référence au contrat de services professionnels passé entre le médecin et le directeur général de l'établissement.

AVIS : *Le Département régional de médecine générale (DRMG) doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin qui exerce les activités décrites aux paragraphes 4.02 et 4.03 du présent protocole d'accord. Il doit sélectionner la situation d'entente Protocole d'accord – DRMG et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

5.10 Dans le cas où la participation du médecin est ponctuelle et temporaire et qu'il ne détient pas de nomination de l'établissement, le présent protocole d'accord tient lieu de nomination et autorisation permettant au médecin de se prévaloir des dispositions du présent protocole d'accord.

AVIS : *Un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (1897) est requis pour chaque médecin qui désire maintenir le mode de rémunération à honoraires fixes pour ces activités.*

5.11 La définition des activités professionnelles ainsi que leur répartition relèvent du directeur général de l'établissement ou de celui qu'il désigne.

5.12 Le relevé d'honoraires du médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes est contresigné par le représentant autorisé de l'établissement.

5.13 Le DRMG informe la Régie de l'identité des médecins à qui s'applique le présent protocole d'accord le nom du médecin coordonnateur pour chacun des RLS et de chaque médecin remplaçant.

5.14 La mise en œuvre du présent paragraphe est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités qu'édicte le paragraphe 6.00 ci-dessous.

6.00 BANQUE D'HEURES

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale détermine le nombre maximal de forfaits (paragraphe 4.01 ci-dessus) ainsi que la banque d'heures maximale (paragraphes 4.02 et 4.03 ci-dessus) allouée à chaque établissement, sur une base annuelle, pour rémunérer les activités professionnelles prévues au présent protocole d'accord. L'annexe I du présent protocole fait état de la banque de forfaits et de la banque d'heures allouée à chaque établissement;

6.02 Aux fins des activités prévues au paragraphe 4.04 ci-dessus, le groupe auquel appartient chaque RLS paraît en annexe II du présent protocole;

6.03 L'année d'application est l'année civile;

6.04 Le comité paritaire est responsable de la mise en œuvre et du suivi des banques allouées en vertu du présent protocole.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} janvier 2016 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce _____^e jour de 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

Annexe I

Banques de forfaits et d'heures relatives à la rémunération des activités professionnelles visées par les paragraphes 4.01, 4.02 et 4.03 du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un département régional de médecine générale

Numéro	Établissements	Banque de forfaits (paragr. 4.01)	Banque d'heures (paragr. 4.02 et 4.03)
94400	CISSS du Bas-St-Laurent	1 341	1 097
94401	CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean	1 341	1 189
94402	CIUSSS de la Capitale-Nationale	1 676	1 452
94403	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	1 341	1 456
94404	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	1 509	1 466
94405	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	1 928	2 844
94410	CISSS de l'Outaouais	1 341	1 288
94411	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1 341	1 025
94412	CISSS de la Côte-Nord	1 341	965
94109	CRSSS de la Baie-James	1 006	203
94413	CISSS de la Gaspésie	1 341	964
94414	CISSS de Chaudière-Appalaches	1 341	1 345
94415	CISSS de Laval	1 341	1 316
94416	CISSS de Lanaudière	1 341	1 380
94417	CISSS des Laurentides	1 341	1 505
94418	CISSS de la Montérégie-Centre	1 508	2 103
94179	RRSSS du Nunavik	1 006	199

Annexe II

Groupe auquel appartient chaque RLS pour la coordination des services de première ligne en vertu du paragraphe 4.04 du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un département régional de médecine générale

Numéro	Établissements et réseaux locaux de santé et de services sociaux	Groupe (paragr. 5.06)
94400	CISSS du Bas-St-Laurent	
	RLS de Rimouski	3
	RLS de la Mitis	4
	RLS de Matane	3
	RLS de la Matapédia	4
	RLS des Basques	4
	RLS de Témiscouata	3
	RLS Rivière-du-Loup	3
	RLS de Kamouraska	4
94401	CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean	
	RLS de La Baie	3
	RLS de Chicoutimi	2
	RLS de Jonquière	3
	RLS du Domaine-du-Roy	3
	RLS de Maria-Chapdelaine	3
	RLS de Lac-St-Jean-Est	3
94402	CIUSSS de la Capitale-Nationale	
	RLS de Portneuf	3
	RLS de Québec-Sud	1
	RLS de Québec-Nord	1
	RLS de Charlevoix	3
94403	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	
	RLS du Haut-St-Maurice	4
	RLS de la Vallée de la Bastican	3
	RLS du Centre-de-la-Mauricie	3
	RLS de Maskinongé	3
	RLS de Trois-Rivières	2
	RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	3
	RLS de Drummond	2
	RLS d'Arthabaska-de-l'Érable	2
94404	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	
	RLS du Granit	4
	RLS d'Asbestos	4
	RLS du Haut-St-François	4
	RLS de Val Saint-François	3
	RLS de Coaticook	4
	RLS de Memphrémagog	3

Numéro	Établissements et réseaux locaux de santé et de services sociaux	Groupe (paragr. 5.06)
	RLS de Sherbrooke	2
	RLS de la Pommeraie	3
	RLS de la Haute-Yamaska	2
94406	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
	RLS de Pierrefonds-Lac-St-Louis	1
	RLS de Dorval-Lachine-Lasalle	2
	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
94407	RLS de Côte-des-Neiges-Métro-Parc-Extension	1
	RLS de Côte-Saint-Luc-NDG-Montréal-Ouest	2
94405	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	
	RLS des Faubourgs-Plateau Mont-Royal-St-Louis-du-Parc	2
	RLS de Verdun-Côte-St-Paul-St-Henri-Pointe-St-Charles	2
94408	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	
	RLS d'Ahuntsic-Montréal-Nord	1
	RLS du Nord de l'Île-St-Laurent	2
	RLS de la Petite Patrie-Villeray	2
94409	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
	RLS de Rivière-des-Prairies-Anjou-Montréal-Est	1
	RLS de St-Léonard-St-Michel	2
	RLS de Hochelaga-Mercier-Ouest-Rosemont	1
94410	CISSS de l'Outaouais	
	RLS de Grande-Rivière-Hull-Gatineau	1
	RLS de la Vallée-de-la-Gatineau	4
	RLS des Collines-de-l'Outaouais	4
	RLS de la Vallée-de-la-Lièvre et de la Petite-Nation	3
	RLS du Pontiac	4
94411	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	
	RLS du Témiscaming	4
	RLS de Rouyn-Noranda	3
	RLS de la Vallée-de-l'Or	3
	RLS de l'Abitibi	3
	RLS de l'Abitibi-Ouest	4
94412	CISSS de la Côte-Nord	
	RLS de la Haute-Nord-Manicouagan	4
	CSSS de Manicouagan	3
	RLS de Port-Cartier	4
	RLS de Sept-Îles	3
	RLS de Canapiscu	
	RLS de la Minganie	
	RLS de la Basse-Côte-Nord	
	RLS de Kawawachikamach	

Numéro	Établissements et réseaux locaux de santé et de services sociaux	Groupe (paragr. 5.06)
94314	Nord du Québec	
	Nord du Québec	4
94413	CISSS de la Gaspésie	
	RLS de la Baie-des-Chaleurs	3
	RLS du Rocher Percé	4
	RLS de la Côte-de-Gaspé	4
	RLS de la Haute-Gaspésie	4
94317	CISSS des Îles	
	RLS des Iles-de-la-Madeleine	4
94414	CISSS de Chaudière-Appalaches	
	RLS des Etchemins	4
	RLS Alphonse-Desjardins	1
	RLS de Beauce	3
	RLS de la région de Thetford	3
	RLS de Montmagny-L'Islet	3
94415	CISSS de Laval	
	RLS de Laval	1
94416	CISSS de Lanaudière	
	RLS de Lanaudière-Nord	1
	RLS de Lanaudière-Sud	1
94417	CISSS des Laurentides	
	RLS des Deux-Montagnes-Mirabel-Sud	2
	RLS de la Rivière-du-Nord-Mirabel-Nord	2
	RLS de Thérèse-de-Bainville	2
	RLS d'Antoine-Labelle	3
	RLS des Pays-d'en-Haut	3
	RLS des Laurentides	3
	RLS d'Argenteuil	3
94418	CISSS de la Montérégie-Centre	
	RLS de Champlain	1
	RLS du Haut-Richelieu-d'Youville	1
94419	CISSS de la Montérégie-Est	
	RLS Pierre-de-Saurel	3
	RLS de Richelieu-Yamaska	1
	RLS Pierre-Boucher	1
94420	CISSS de la Montérégie-Ouest	
	RLS de Vaudreuil-Soulanges	2
	RLS du Suroît	3
	RLS de Jardins-Roussillon	1
	RLS du Haut-St-Laurent	3

ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance-maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- 1.01** Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence tant au niveau des services directs régionaux qu'au niveau des activités périphériques de support, de formation et de celles relatives aux protocoles d'intervention et à la recherche.

Elle comprend trois sections :

- a) La section I relative aux services préhospitaliers d'urgence régionaux sauf ceux des régions de Montréal et de Laval.
- b) La section II relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval.
- c) La section III relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- 2.01** Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

SECTION I : SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE RÉGIONAUX EXCLUANT CEUX PRODIGUÉS DANS LES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE LAVAL

1.00 OBJET

- 1.01** Cette section a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin régional responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste. Cette section couvre les services dispensés dans toute autre région que celles de Montréal et de Laval.

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- 2.01** La rémunération prévue à cette section couvre les fonctions dévolues au directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence selon les dispositions de l'article 17 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Aux fins de la présente section, l'appellation « directeur médical régional » ne réfère pas à la fonction de gestionnaire cadre au sein de l'organisme régional mais à la responsabilité clinique énoncée à la Loi encadrant les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2). De façon plus spécifique, la rémunération prévue à cette section couvre, notamment, les activités suivantes :

- a) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessous incluant les activités du médecin responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence;
- b) les activités de contrôle, d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ainsi que les activités de formation requises;
- c) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les responsables régionaux;
- d) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente section et est rémunérée en conséquence.

AVIS : *Utiliser le numéro de l'établissement inscrit à l'annexe I de la présente section ou selon les instructions de facturation reçues, et les codes d'activité suivants :*

- **225075** *Témoin période régulière*
- **225159** *Assurance-qualité*
- **225161** *Activités liées au plan des mesures d'urgence*
- **225163** *Participation aux comités nationaux*
- **225164** *Activités médico-administratives autorisées*

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de l'établissement responsable des services préhospitaliers d'urgence (ci-après l'instance responsable) un contrat de services professionnels.

Le contrat de services professionnels tient lieu de nomination.

3.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire. Ces modalités doivent faire partie du contrat de services professionnels convenu avec le directeur général de l'instance responsable.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Autres régions (section I) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le directeur général de l'instance responsable (paragr. 3.03), l'établissement doit cocher la case appropriée sur le formulaire 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

- 3.03** La rémunération prévue à la présente section est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le directeur général de l'instance responsable.
- 3.04** Les avis de services sont envoyés à la Régie par l'instance responsable et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le directeur général de l'instance responsable ou la personne qui le remplace.

4.00 BANQUE D'HEURES

- 4.01** Les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites au paragraphe 2.00 ci-dessus à chacune des instances responsables. Cette banque d'heures apparaît à l'annexe I de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.
- 4.02** La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le médecin responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence.
- 4.03** Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.
- 4.04** L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

SECTION II : SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DES RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE LAVAL

1.00 OBJET

- 1.01** Cette section a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès de la Corporation d'Urgences-santé.

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

- 2.01** La rémunération prévue à cette section couvre, de façon exclusive, les activités suivantes :

- a) les activités de contrôle, d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ainsi que les activités de formation requises;
- b) les constats de décès;
- c) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les établissements responsables des mesures d'urgence des régions de Montréal et de Laval ainsi qu'avec les autres intervenants concernés;
- d) la participation aux réunions du comité médical prévu au paragraphe 3.00 ci-dessous;

AVIS : *Seuls les membres du comité médical identifiés annuellement par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence (voir l'avis sous le paragraphe 3.01), peuvent facturer cette activité.*

- e) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;

- f) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessus telles que déterminées par le comité médical prévu à l'article 3.00 de la présente section ou par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, incluant, au besoin et selon l'évaluation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, les activités du médecin responsable d'assurer la direction clinique des activités médicales au sein d'un secteur d'activité.

Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente section et est rémunérée en conséquence.

AVIS : *Utiliser le numéro d'établissement 99101, et les codes d'activité suivants :*

- **205063** *Garde sur place*
- **205071** *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)*
- **205075** *Témoin période régulière*
- **205132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
- **205159** *Assurance-qualité*
- **205160** *Constat de décès*
- **205161** *Activités liées au plan des mesures d'urgence*
- **205162** *Participation aux réunions du comité médical (seul le médecin membre du comité médical selon le paragraphe 4.01 peut facturer cette activité)*
- **205163** *Participation aux comités nationaux*
- **205164** *Activités médico-administratives autorisées*
- **205165** *Garde en disponibilité – Constat décès*

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

3.00 COMITÉ MÉDICAL

3.01 Le comité médical est formé minimalement de cinq (5) personnes dont le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de trois (3) représentants des médecins qui exercent dans le cadre de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence en assume la présidence.

Les représentants des médecins doivent provenir des principaux secteurs d'activités de la Corporation d'Urgences-santé dont ceux décrits aux alinéas a) et b) du paragraphe 2.01 ci-dessus. Leur mandat a une durée d'un an et peut être renouvelé.

AVIS : *Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence doit informer la Régie annuellement du nom des personnes qui forment le comité médical qu'il préside et transmettre ces renseignements (noms et numéros de pratique) par lettre, en prenant soin de spécifier le rôle de chaque personne. Il doit également informer la Régie de toute modification apportée à la formation de ce comité et préciser la date à laquelle la modification a eu lieu.*

Le directeur doit envoyer la lettre :
par télécopieur au 418 646-8110
ou par la poste à l'adresse suivante :
Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

3.02 Le comité médical donne son avis au directeur général de la Corporation d'Urgences-santé sur les objets suivants :

- a) l'organisation des services cliniques assurés par les médecins de la Corporation d'Urgences-santé, incluant la gestion de la liste de garde pour les différents services;
- b) les aspects pertinents de l'organisation technique et scientifique de la Corporation d'Urgences-santé;
- c) la définition des qualifications et de la compétence requises d'un médecin pour exercer à la Corporation d'Urgences-santé;
- d) le niveau des effectifs médicaux et le besoin de recrutement de médecins;
- e) toute autre question portée à son attention par le directeur général ou le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS : Utiliser le code d'activité **205162** – Participation aux réunions du comité médical

3.03 Lorsque requis et pertinent, le comité médical assiste le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence dans les fonctions qui lui sont dévolues par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence ou encore dans le cadre d'un mandat confié à la Corporation d'Urgences-santé par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

AVIS : Utiliser le code d'activité **205162** – Participation aux réunions du comité médical

3.04 Le comité médical tient au moins quatre (4) réunions par année.

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé d'un contrat de services professionnels spécifiant le ou les secteur(s) d'activités où il peut exercer.

Un contrat peut être à durée déterminée (temporaire) ou indéterminée. Le contrat à durée déterminée vise à recruter un médecin pour la réalisation d'un mandat spécifique ou pour remplacer un médecin en absence temporaire pour cause de maladie ou pour toute autre cause acceptée par la Corporation et ne peut se prolonger au-delà de l'absence du médecin remplacé. Le contrat à durée indéterminée vise à assurer, pour une durée indéterminée, les activités énumérées au paragraphe 2.01 de la présente section. Tout médecin exerçant au sein de la Corporation le 24 avril 2011 détient un contrat à durée indéterminée.

À moins d'un avis contraire de la part du médecin, le contrat de services à durée indéterminée se renouvelle à tous les deux ans selon les termes du dernier contrat. Dans le cas où des modifications apportées à l'organisation ou à la nature des services de la Corporation d'Urgences-santé ont pour effet d'amener les parties négociantes à réviser la liste des services énumérés au paragraphe 2.01 ou à réduire le nombre d'heures allouées, les contrats des médecins, une fois cette révision complétée, peuvent être modifiés en conséquence. À défaut d'entente avec les médecins concernés dans les soixante (60) jours

suivant la révision précédemment mentionnée, les modifications apportées aux contrats sont faites au moment du renouvellement de ces derniers, et ce, en fonction du degré d'implication des médecins dans le ou les services visés et de l'importance de la réduction du nombre d'heures qui s'y rattachent.

Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé peut refuser de renouveler le contrat d'un médecin en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres à la Corporation d'urgences-santé. Pour ce faire, le directeur général doit obtenir une recommandation de non-renouvellement d'un sous-comité de trois (3) membres formés pour l'occasion par le comité médical.

Ce sous-comité est composé du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou du chef de département de médecine préhospitalière et de deux (2) médecins nommés par le comité médical et qui exercent des activités cliniques au sein de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé doit donner au médecin concerné l'occasion de se faire entendre sur les motifs appuyant la recommandation de non-renouvellement avant de rendre sa décision.

Un médecin peut être dispensé des engagements à son contrat de service durant une période de maladie ou, sur recommandation du directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence, pour toute autre période. Le contrat de service à durée indéterminée fait alors l'objet de renouvellement durant la période d'absence selon les règles applicables.

Un médecin peut résilier un contrat de services professionnels en donnant un préavis écrit de soixante (60) jours.

- 4.02** Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire. Ces modalités doivent faire partie du contrat de services professionnels convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé.

AVIS : *La Corporation d'Urgences-santé (99101) doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Régions de Montréal et de Laval et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé (paragraphe 4.04), l'établissement doit cocher la case appropriée sur le formulaire 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

- 4.03** Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine.

AVIS : *Pour les services rendus en établissement, utiliser les codes d'activité suivants :*

- **205063** *Garde sur place*

- **205071** *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)*

- **205132** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

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

- 4.04** La rémunération prévue à la présente entente est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.
- 4.05** Les services visés à l'alinéa 2.01 b) de la présente section peuvent, avec l'autorisation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, être dispensés en disponibilité. Dans ce cas, cette garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes selon le cas. Aux fins du présent paragraphe, les vocables « taux horaire normal applicable » signifient, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale et, pour le médecin rémunéré à tarif horaire, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

AVIS : Utiliser le code d'activité suivant :

- **205165** Garde en disponibilité – Constat décès

- 4.06** Les avis de services sont envoyés à la Régie par la Corporation d'Urgences-santé et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé ou la personne qui le remplace.

5.00 BANQUE D'HEURES

- 5.01** Après consultation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites à l'article 2.00 ci-dessus, incluant, le cas échéant, les heures de garde faites en disponibilité. Cette banque d'heures paraît en annexe I de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.
- 5.02** La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.
- 5.03** Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.
- 5.04** L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

SECTION III : SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL

1.00 OBJET

- 1.01** Cette section a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans ou auprès de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal dans le cadre de son département de médecine préhospitalière.

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

2.01 La rémunération prévue à cette section couvre, de façon exclusive, les activités suivantes :

- a) les activités médicales reliées à la formation donnée dans le cadre des soins avancés des techniciens ambulanciers tant au plan théorique que celles faites sur les lieux de l'intervention ainsi que celles faites dans le cadre de la formation collégiale en techniques de soins préhospitaliers faite sur les lieux de stages;
- b) les activités médicales requises pour le support en ligne tant pour les soins avancés que pour les soins primaires;
- c) les activités médicales liées à l'évaluation des protocoles d'intervention ainsi qu'à celles reliées à l'élaboration et à l'évaluation des activités de recherche;
- d) les activités médico-administratives découlant des activités prévues ci-dessus ainsi qu'à la coordination des activités du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avec la Corporation d'Urgences-santé;
- e) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

AVIS : Utiliser le numéro d'établissement **0027X**, et les codes d'activité suivants :

- **215063** Garde sur place
- **215071** 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)
- **215132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)
- **215163** Participation aux comités nationaux
- **215164** Activités médico-administratives autorisées
- **215166** Formation donnée
- **215167** Support en ligne
- **215168** Élaboration et évaluation de protocoles ou activités
- **215169** Garde en disponibilité – Support en ligne

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

2.02 Les modalités de rémunération prévues à la présente section s'appliquent également lorsque, dans le cadre d'une entente de services convenue par l'Hôpital du Cœur-de Montréal avec la Corporation d'Urgences-santé ou, le cas échéant, avec un établissement d'une région autre que Montréal et Laval pour ses services préhospitaliers d'urgence, le médecin réalise ces activités dans ou auprès de l'organisme ou de l'établissement en cause.

AVIS : Utiliser le code d'activité **215164** – Activités médico-administratives autorisées

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit détenir une nomination de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avec privilèges d'exercice au département de médecine préhospitalière.

3.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

AVIS : *Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) ou (1897) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Hôp. du Sacré-Coeur de Montréal et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (paragr. 3.04), l'établissement doit cocher la case appropriée sur le formulaire 1897 ou 3547. Le médecin sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

AVIS : *Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) si vous êtes rémunéré à honoraires fixes et la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215) si vous êtes rémunéré à tarif horaire.*

3.03 Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20 h à 8 h les autres jours de la semaine.

AVIS : *Pour les services rendus en établissement, utiliser les codes d'activité suivants :*

- **215063** Garde sur place
- **215071** 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)
- **215132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)

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

3.04 La rémunération prévue à la présente section est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

3.05 Les services visés à l'alinéa 2.01 b) ci-dessus peuvent, avec l'accord du chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, après entente avec le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, être dispensés en disponibilité. Ils sont rémunérés selon les modalités de rémunération apparaissant aux paragraphes ci-dessus et sont réputés, aux fins des dispositions du paragraphe 5.04 de l'annexe XX, être dispensés sur place.

AVIS : *Utiliser le code d'activité 215169 – Garde en disponibilité – Support en ligne*

3.06 Les avis de services sont envoyés à la Régie par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le chef du département de médecine préhospitalière de cet établissement ou le médecin qui le remplace.

4.00 BANQUE D'HEURES

- 4.01** Après consultation du chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites à l'article 2.00 ci-dessus. Cette banque d'heures apparaît en annexe I de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.
- 4.02** La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le chef du département de médecine préhospitalière de l'établissement.
- 4.03** Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.
- 4.04** L'année d'application de la présente entente est du 1^{er} janvier au 31 décembre suivant.

SECTIONS I, II ET III

- 1.01** La présente entente particulière entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____

ce _____^e jour de _____ 2015.

GAETAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I

Section I : Banque d'heures allouées aux régions autres que Montréal et Laval

Heures de coordination des services préhospitaliers d'urgence auxquelles s'ajoutent les heures allouées aux CH pour le contrôle de la qualité.

Numéro	Établissement	Banque d'heures
94400	CISSS du Bas-St-Laurent	2 202
94401	CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean	2 288
94402	CIUSSS de la Capitale-Nationale	3 652
94403	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	3 116
94404	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	2 321
94410	CISSS de l'Outaouais	2 301
94411	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	1 844
94412	CISSS de la Côte-Nord	1 673
94109	CRSSS de la Baie-James	917
94413 / 94317	CISSS de la Gaspésie/ CISSS des Îles	1 851
94414	CISSS de Chaudière-Appalaches	2 527
94416	CISSS de Lanaudière	2 628
94417	CISSS des Laurentides	2 892
94418	CISSS de la Montérégie-Centre	5 166
94179	RRSSS du Nunavik	917
94183	CCSSS de la Baie-James	917

Section II : Banque d'heures allouées à la Corporation d'Urgences-santé

La banque d'heures allouée pour la rémunération des activités prévues à l'article 2.00 de la présente entente est de 20 000 heures par année. Elle comprend les heures faites sur place et, le cas échéant, les heures faites en disponibilité.

Section III : Banque d'heures allouées au département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

La banque d'heures allouée pour la rémunération des activités prévues à l'article 2.00 de la présente entente est de 20 000 heures par année. Elle comprend les heures faites sur place et, le cas échéant, les heures faites en disponibilité.

LETTRE D'ENTENTE N° 285

Concernant des modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement dans le cadre de la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région socio-sanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées d'un établissement.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. **Objet**

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans une ou plusieurs installation(s) désignée(s) par les parties d'un établissement d'une région socio-sanitaire admissible.

2. **Champ d'application**

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. **Activités professionnelles**

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

- a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;
- b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;
- c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. **Région socio-sanitaire admissible et installation désignée**

Sur la base d'une pénurie significative d'effectifs médicaux dans une ou des installations d'un centre intégré de services de santé et de services sociaux ou, selon le cas, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux et de l'étendue du territoire à couvrir, une région socio-sanitaire est admissible aux dispositions de la présente lettre d'entente suite à sa désignation par le comité paritaire. L'annexe I à la présente lettre d'entente fait état des régions désignées et de la durée de la désignation.

Le département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'installation ou les installations en pénurie d'effectifs médicaux devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région socio-sanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien (3547) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 285 – Temps de déplacement et inscrire la période couverte par l'avis de service. La période de l'avis ne doit pas dépasser la période de désignation de l'installation visée à la Lettre d'entente n° 285.*

Sur demande du DRMG, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque installation désignée aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région socio-sanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe le DRMG ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

- a) son lieu de pratique principal se situe dans la région socio-sanitaire du DRMG qui fait la demande et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'installation désignée. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;
- b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'installation désignée. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n° 154*.

Dans tous les cas, le médecin ne doit pas diminuer sa prestation de services dans l'installation exploitée par l'établissement où il exerce habituellement ni, autrement que dans le cadre du mécanisme de dépannage, pratiquer dans une installation (exploitée par un établissement) qui a recours au mécanisme du dépannage au cours de la période concernée.

7. Modalités de rémunération

La compensation du temps de déplacement du domicile ou du lieu de pratique principal, selon le cas, à l'installation désignée se fait sur la base du tarif horaire selon les dispositions de l'annexe XIV de l'entente générale, en se limitant, le cas échéant, au déplacement effectué à l'intérieur de la région socio-sanitaire dans laquelle se situe l'installation. Le remboursement des frais de déplacement à l'intérieur de la région socio-sanitaire et de séjour, s'il y a lieu, est à la charge de l'établissement.

La compensation versée en vertu des présentes n'est pas considérée aux fins d'application des annexes IX et XIV de l'entente générale.

AVIS : *Utiliser le formulaire Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215), en inscrivant les renseignements suivants :*

- sous **numéro** : *le numéro de l'installation désignée de la région visée;*
- sous **quantième** : *la journée du déplacement;*
- sous **mode de rémunération** : *le mode TH;*
- sous **plage horaire** : *la ou les plages horaires concernées;*
- sous **code d'activité** : *le code 002092 (temps de déplacement);*
- sous **secteur disp.** : *ne rien inscrire;*
- sous **heures travaillées** : *le nombre d'heures de déplacement;*
- sous **total des heures travaillées** : *le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être signée par le médecin et par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Présomption

Le médecin qui se prévaut de la présente lettre d'entente pour dispenser des services médicaux est présumé répondre aux exigences de l'article 1.2 de la Section I de l'annexe XII de l'entente générale, lorsque applicable.

9. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

10. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____

ce _____^e jour de _____ 2015.

GAETAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

Annexe I

Régions socio-sanitaires admissibles et durée de la désignation

Région 01 : Bas-St-Laurent

Région 02 : Saguenay-Lac-St-Jean

Région 03 : Capitale-Nationale

Région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec

Région 05 : Estrie

Région 07 : Outaouais

Région 08 : Abitibi-Témiscamingue

Région 09 : Côte-Nord

Région 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Région 12 : Chaudière-Appalaches

Région 14 : Lanaudière

Région 15 : Laurentides

Région 16 : Montérégie

Autres changements administratifs

1 Entente générale

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTE*

Des modifications sont apportées à l'entente générale dans le cadre de l'*Amendement n° 145*.

1.1 Chapitre I – Définitions et clauses organiques

À l'article 17.00 *Modes de rémunération*, sous le paragraphe 17.01, le deuxième avis est modifié :

AVIS : Pour facturer le forfait de santé au travail, sur la Demande de paiement – Médecin (1200), inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date qui doit se situer à l'intérieur de la période pour laquelle le forfait est attribué et le code d'acte **19931** dans la section Actes;
- le nombre d'heures effectuées dans la case UNITÉS;
- le lieu de la facturation correspondant au numéro du centre intégré, du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement (**94XXX**) responsable de votre nomination en santé au travail dans la section Établissement;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

Tableau – RÉPARTITION RÉGIONALE DES FORFAITS

Numéro / Code d'établissement	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Nombre de forfaits
94400	Région 01 – CISSS du Bas-Saint-Laurent	140
94401	Région 02 – CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	371
94402	Région 03 – CIUSSS de la Capitale-Nationale	994
94403	Région 04 – CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	539
94404	Région 05 – CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	254
94405	Région 06 – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	1232
94410	Région 07 – CISSS de l'Outaouais	294
94411	Région 08 – CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	210

Numéro / Code d'établissement	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Nombre de forfaits
94412	Région 09 – CISSS de la Côte-Nord	175
94109	Région 10 – Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	84
94413	Région 11 – CISSS de la Gaspésie	203
94414	Région 12 – CISSS de Chaudière-Appalaches	623
94415	Région 13 – CISSS de Laval	203
94416	Région 14 – CISSS de Lanaudière	329
94417	Région 15 – CISSS des Laurentides	287
94418	Région 16 – CISSS de la Montérégie-Centre	1027
94179	Région 17 – Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	35
94183	Région 18 – Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	0
	Total	7000

1.2 Annexe XX

À l'annexe XX, dans l'avis sous le paragraphe 5.04, les appellations sont modifiées :

- *Corporation d'Urgences-santé* devient *Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval*
- *Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal* devient *Services préhospitaliers d'urgence de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal*

1.3 Annexe XXIII

À l'annexe I de l'annexe XXIII *Suppléments d'honoraires, règles et modalités particulières par secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte (paragr. 2.06 de l'annexe XXIII)*, pour les secteurs santé publique et santé et sécurité du travail, l'avis sous le paragraphe 3.1 est modifié :

Région	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Numéro / Code d'établissement
Région 01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400
Région 02	CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	94401

Région	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Numéro / Code d'établissement
Région 03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402
Région 04	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	94403
Région 05	CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	94404
Région 06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	94405
Région 07	CISSS de l'Outaouais	94410
Région 08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411
Région 09	CISSS de la Côte-Nord	94412
Région 11	CISSS de la Gaspésie	94413
Région 12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414
Région 13	CISSS de Laval	94415
Région 14	CISSS de Lanaudière	94416
Région 15	CISSS des Laurentides	94417
Région 16	CISSS de la Montérégie-Centre	94418

2 EP – Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement

L'annexe I de l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de l'activité professionnelle effectuée pour le compte d'une agence dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement* (n° 19) est modifiée. Le nombre d'heures attribué à chacun des CISSS et des CIUSSS sera publié ultérieurement.

Banques annuelles d'heures allouées pour les services médicaux dispensés dans le cadre de l'évaluation des besoins des personnes en attente d'hébergement et des services qu'elles requièrent.

Pour la période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier et se terminant le 31 décembre, les banques d'heures allouées se détaillent comme suit :

CISSS/CIUSSS	Heures
CISSS du Bas-St-Laurent	
CIUSSS du Saguenay – Lac-St-Jean	
CIUSSS de la Capitale-Nationale	

CISSS/CIUSSS	Heures
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	
CIUSS de l'Estrie – CH universitaire de Sherbrooke	
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (a intégré le rôle de l'ASSS pour la région 06)	
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	
CISSS de l'Outaouais	
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	
CISSS de la Côte-Nord	
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	
CISSS de la Gaspésie (a intégré le rôle de l'ASSS pour la région 11)	
CISSS des Îles	
CISSS de Chaudière-Appalaches	
CISSS de Laval	
CISSS de Lanaudière	
CISSS des Laurentides	
CISSS de la Montérégie-Centre (a intégré le rôle de l'ASSS pour la région 16)	
CISSS de la Montérégie-Est	
CISSS de la Montérégie-Ouest	

- L'avis sous le paragraphe 6.01 est modifié :

AVIS : Le numéro attribué au CISSS ou au CIUSSS concerné ou au CRSSS de la Baie-James doit être inscrit dans la case NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT.

3 EP – Santé publique

◆ BROCHURE N° 1 → ONGLET *ENTENTES PARTICULIÈRES*

À l'Entente particulière relative à la santé publique (n° 24), à l'article 4.00 *Garde en disponibilité*, dans l'avis sous le paragraphe 4.01, le tableau est modifié :

Région 01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400
Région 02	CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	94401
Région 03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402
Région 04	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	94403
Région 05	CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	94404
Région 06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	94405
Région 07	CISSS de l'Outaouais	94410
Région 08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411
Région 09	CISSS de la Côte-Nord	94412
Région 10	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	94109
Région 11	CISSS de la Gaspésie	94413
Région 12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414
Région 13	CISSS de Laval	94415
Région 14	CISSS de Lanaudière	94416
Région 15	CISSS des Laurentides	94417
Région 16	CISSS de la Montérégie-Centre	94418
Région 17	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	94179
Région 18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	94183

- À l'article 5.00 *Modes de rémunération*, dans l'avis au sous-paragraphe 5.10.02, le premier avis est modifié :

AVIS : *Pour facturer le forfait de santé publique, sur la Demande de paiement – Médecin (1200), inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date qui doit se situer à l'intérieur de la période pour laquelle le forfait est attribué et le code d'acte **19930** dans la section Actes;
- le nombre d'heures effectuées dans la case UNITÉS;
- le lieu de la facturation correspondant au numéro du centre intégré, du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement (**94XXX**) responsable de votre nomination en santé publique dans la section Établissement;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

- À l'annexe III *Forfaits de santé publique alloués à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ et à la Direction générale de santé publique*, le tableau est modifié :

Région	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Numéro / Code d'établissement	Nombre de forfaits
Région 01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	94400	650
Région 02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	94401	1230
Région 03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	94402	1560
Région 04	CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec	94403	720
Région 05	CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	94404	1066
Région 06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	94405	2580
Région 07	CISSS de l'Outaouais	94410	280
Région 08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94411	390
Région 09	CISSS de la Côte-Nord	94412	370
Région 10	Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	94109	60
Région 11	CISSS de la Gaspésie	94413	430
Région 12	CISSS de Chaudière-Appalaches	94414	1260
Région 13	CISSS de Laval	94415	810

Région	Directions (CISSS ou CIUSSS)	Numéro / Code d'établissement	Nombre de forfaits
Région 14	CISSS de Lanaudière	94416	580
Région 15	CISSS des Laurentides	94417	1440
Région 16	CISSS de la Montérégie-Centre	94418	2214
Région 17	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	94179	250
Région 18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	94183	120
INSPQ		94559	2260
Direction générale de santé publique		94509	1730
		Total	20 000

4 Manuel des médecins omnipraticiens

◆ MANUEL DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS → ONGLETS *RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT, MESSAGES EXPLICATIFS ET F – PEAU – PHANÈRES – TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ*

- À l'onglet *Rédaction de la demande de paiement*, au sous-paragraphe 4.6.4 *Annexe IV – Numéro d'établissement*, sous *II – Système de codification des établissements*, *B – Autres établissements au Québec*, la mention « Agences de la santé et des services sociaux 94XX9 ASSS » est remplacée par :

Centres intégrés ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ou établissement : 94XXX CISSS, CIUSSS ou établissement
- À l'onglet *Messages explicatifs*, le message **381** est modifié ainsi :

381 Il est obligatoire d'inscrire, dans l'ordre, le numéro du CISSS ou du CIUSSS valide (944XX ou 94XXX), la date de référence du CISSS ou du CIUSSS et le numéro séquentiel attribué par le CISSS ou le CIUSSS au patient sans médecin de famille dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Inscrire la lettre « A » dans la case C.S.
- À l'onglet *F – Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous-cutané*, à la section *Seins*, deux avis sont modifiés.

Sous *Réparation*, l'avis est modifié ainsi :

AVIS : Lorsque les codes d'acte **01401, 01402, 01407, 01410, 01419 et 01465** sont facturés, inscrire le numéro de l'autorisation accordée au préalable par la Régie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

*Toutefois, toute intervention chirurgicale liée à un processus de reconstruction ipsi ou controlatérale à la suite d'une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré, est d'emblée autorisée. Ceci s'applique aux codes d'acte **01401, 01402, 01403, 01407, 01410, 01419 et 01465**. Dans ce cas, inscrire la mention « post chirurgie mammaire assurée » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

*Lorsque le code d'acte **01435** est facturé pour une réduction mammaire bilatérale de 250 grammes et plus par sein, inscrire le nombre de grammes de tissu enlevé par sein dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

Sous l'acte **01435**, l'avis est modifié ainsi :

AVIS : *La réduction mammaire unilatérale ne s'applique que pour la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 grammes) et la réduction mammaire bilatérale ne s'applique que pour la correction d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 grammes par sein).*

Numéros d'établissement fermés au 31 décembre 2015

Tableau 1 Agences de santé et de services sociaux fermées

Région	Établissement	Numéro d'établissement (94XXX)
01	ASSS du Bas-Saint-Laurent	94019
02	ASSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean	94029
03	ASSS de la Capitale-Nationale	94039
04	ASSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	94049
05	ASSS de l'Estrie	94059
06	ASSS de Montréal	94069
07	ASSS de l'Outaouais	94079
08	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue	94089
09	ASSS de la Côte-Nord	94099
11	ASSS de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	94119
12	ASSS de Chaudière-Appalaches	94129
13	ASSS de Laval	94139
14	ASSS de Lanaudière	94149
15	ASSS des Laurentides	94159
16	ASSS de la Montérégie	94169

Tableau 2 Centres de santé et de services sociaux fermés par région

Région	Établissement	Numéro d'établissement (94XXX)
01	CSSS des Basques	94250
	CSSS de Kamouraska	94251
	CSSS de La Mitis	94252
	CSSS de Témiscouata	94253
	CSSS de La Matapédia	94254
	CSSS de Matane	94255
	CSSS de Rimouski-Neigette	94256
	CSSS de Rivière-du-Loup	94257
	02	CSSS Maria-Chapdelaine
CSSS Cléophas-Claveau		94259
CSSS de Jonquière		94260
CSSS de Lac-Saint-Jean-Est		94261
CSSS Domaine-du-Roy		94262
CSSS de Chicoutimi		94263
03	CSSS de Portneuf	94264
	CSSS de Québec-Nord	94265
	CSSS de la Vieille-Capitale	94266
	CSSS de Charlevoix	94267

Région	Établissement	Numéro d'établissement (94XXX)	
04	CSSS du Haut-Saint-Maurice	94268	
	CSSS de Maskinongé	94269	
	CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	94270	
	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	94272	
	CSSS Drummond	94273	
	CSSS de l'Énergie	94274	
	CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	94275	
	CSSS de Trois-Rivières	94347	
	05	CSSS du Haut-Saint-François	94276
		CSSS des Sources	94277
CSSS du Val-Saint-François		94278	
CSSS de la MRC-de-Coaticook		94279	
CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke		94280	
CSSS de Memphrémagog		94281	
CSSS du Granit		94282	
CSSS de la Haute-Yamaska (auparavant dans la région 16)		94336	
CSSS la Pommeraie (auparavant dans la région 16)		94342	

Région	Établissement	Numéro d'établissement (94XXX)
06	CSSS de l'Ouest-de-l'Île	94283
	CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	94284
	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	94285
	CSSS Cavendish	94286
	CSSS de la Montagne	94287
	CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	94288
	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	94289
	CSSS du Cœur-de-l'Île	94290
	CSSS Jeanne-Mance	94291
	CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	94292
	CSSS de Lucille-Teasdale	94293
	CSSS de la Pointe-de-l'Île	94294
	07	CSSS du Pontiac
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau		94296
CSSS des Collines		94297
CSSS de Gatineau		94298
CSSS de Papineau		94299
08	CSSS du Témiscamingue	94300
	CSSS des Aurores-Boréales	94301
	CSSS Les Eskers de l'Abitibi	94303
	CSSS de Rouyn-Noranda	94304
	CSSS de la Vallée-de-l'Or	94305

Région	Établissement	Numéro d'établissement (94XXX)
09	CSSS de la Minganie	94307
	CSSS de Port-Cartier	94308
	CSSS de Sept-Îles	94309
	CSSS de la Basse-Côte-Nord	94310
	CSSS de l'Hématite	94311
	CSSS de la Haute Côte-Nord - Manicouagan	94313
11	CSSS de la Haute-Gaspésie	94315
	CSSS du Rocher-Percé	94316
	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	94318
	CSSS de La Côte-de-Gaspé	94319
12	CSSS des Etchemins	94320
	CSSS de la région de Thetford	94321
	CSSS de Montmagny-L'Islet	94322
	CSSS de Beauce	94324
	CSSS Alphonse-Desjardins	94346
13	CSSS de Laval	94325
14	CSSS du Sud de Lanaudière	94326
	CSSS du Nord de Lanaudière	94327

Région	Établissement	Numéro d'établissement (94XXX)
15	CSSS des Pays-d'en-Haut	94328
	CSSS d'Argenteuil	94329
	CSSS de Thérèse-De Blainville	94330
	CSSS des Sommets	94331
	CSSS d'Antoine-Labelle	94332
	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	94333
	CSSS de Saint-Jérôme	94334
	16	CSSS du Haut-Saint-Laurent
CSSS de Pierre-Boucher		94337
CSSS du Haut-Richelieu-Rouville		94338
CSSS Champlain - Charles Le Moyne		94339
CSSS du Suroît		94340
CSSS Jardins-Roussillon		94341
CSSS Richelieu-Yamaska		94343
CSSS de Vaudreuil-Soulanges		94344
CSSS Pierre-de Saurel		94345

Note : Le CSSS de la Haute-Yamaska (94336) et le CSSS la Pommeraie (94342) auparavant dans la région 16 se trouvent désormais dans la région 05.