

> Médecins spécialistes

Modification 111 à l'Accord-cadre

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et votre fédération ont convenu de la Modification 111 à l'Accord-cadre.

Nous vous présentons les principaux changements. Certains ajustements sont apportés par concordance.

À moins d'avis contraire, les changements entrent en vigueur le **25 juillet 2024**.

Certains changements vous ont déjà été présentés dans l'[infolettre](#) du 14 juin 2024.

Vous avez **90 jours** à compter du **25 juillet 2024** pour facturer les services ou les activités ou pour les modifier, si requis, rétroactivement à la date indiquée.

À moins que des instructions particulières ne soient indiquées dans l'infolettre, nous réévaluerons ou réviserons les activités ou les services déjà facturés. Des ajustements pourraient paraître à un prochain état de compte.

SOMMAIRE

1 Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)	2
2 Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)	2
3 Lettres d'entente modifiées ou adoptées (Annexe 11)	4
4 Rémunération mixte (Annexe 38)	8
5 Rémunération mixte en médecine d'urgence (Annexe 40)	9
6 Entente auxiliaire concernant la rémunération des médecins spécialistes dans les centres de traitement de la douleur chronique (Annexe 41)	9
7 Protocole d'accord – Établissement visé	12
8 Protocole d'accord – Activités d'enseignement	12
9 Protocole d'accord – Organisme national	12
10 Protocole d'accord – OPTILAB	12
11 Changement à la Modification 104 à l'Accord-cadre	13

c. c. Agences de facturation commerciales

Courriel et site Web

www.ramq.gouv.qc.ca/courriel

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels

Téléphone

Québec 418 780-4208

Montréal 514 687-3612

Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30
(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

1 Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie (Annexe 4)

1.1 Préambule général

1.1.1 Règle 5 Visites

Le [2^e paragraphe de la règle 5.5](#) est modifié en concordance avec les changements de libellés de certaines visites sous la section [Gériatrie de l'onglet B – Tarification des visites](#). Si vous êtes un médecin gériatre appelé auprès d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée **dans une installation différente de celle où vous exercez de façon principale**, vous pouvez demander le paiement d'une nouvelle visite principale (codes de facturation 15072 et 15073) par mois.

1.1.2 Règle 28 Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional

La [règle 28.3](#) est modifiée. Si vous êtes un médecin classé en médecine interne, les honoraires de sédation-analgésie, bloc veineux ou de bloc régional ne s'appliquent pas au service de *coloscopie du côlon ascendant incluant l'endoscopie avec résection de polypes en un ou plusieurs fragments, incluant l'injection sous-muqueuse, la cautérisation et toute technique hémostatique au site de résection (PG-28)* (codes de facturation 20277 à 20281).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **20 octobre 2023**.

2 Tarif de la médecine et de la chirurgie (Annexe 6)

De nombreux services sont touchés par des modifications. Consultez le [tableau-synthèse](#) et votre entente. La date d'entrée en vigueur des changements apportés est le **25 juillet 2024**.

Toutefois, les changements ci-dessous prennent effet aux dates suivantes :

- L'entrée en vigueur du code de facturation **06250** prend effet le **17 juin 2022**;
- Les modifications au libellé des codes de facturation **09489** à **09491** et **00767** ainsi qu'à la note sous le code de facturation **00767** prennent effet le **29 mars 2021**;
- La modification au code de facturation **04021** prend effet le **5 décembre 2022**;
- La modification au code de facturation **04544** et l'ajout de la note sous ce code prennent effet le **30 novembre 2017**;
- La modification au code de facturation **07560** prend effet le **17 mars 2017**;
- L'abolition de la note sous le code de facturation **15180** prend effet le **1^{er} février 2023**;
- La modification de la note sous les codes de facturation **15004**, **15178**, **15018**, **15181**, **15019** et **15534** prend effet le **5 décembre 2022**;
- Les codes de facturation **15327**, **15362** et **15409** prennent effet le **2 octobre 2023**;
- La modification à la note sous le code de facturation **15694** prend effet le **1^{er} octobre 2021**.

2.1 Soins complets pour polytraumatisme

À l'onglet B – Tarification des visites, la sous-section [Soins complets pour polytraumatisme](#) est modifiée. Les services sont payables en centre hospitalier de courte durée. L'honoraire global est payable seulement au **premier chirurgien général ou vasculaire** qui prend en charge le patient polytraumatisé.

2.2 Visites à la demande d'une infirmière dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal

À l'onglet *B – Tarification des visites*, de nouvelles visites à la demande d'une infirmière dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal sont introduites pour les médecins spécialistes en chirurgie générale (code de facturation **15327**), médecine interne (code de facturation **15409**) et gastroentérologie (code de facturation **15362**).

Pour le professionnel en référence, inscrire le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession.

Pour les infirmières dont le numéro est inconnu, inscrire la profession **Autres**.

La [Règle d'application n° 21 de l'Annexe 8](#) est remplacée. Ces visites sont considérées comme des visites principales.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **2 octobre 2023**.

2.3 Remplacement valvulaire percutané, toutes approches

À la section [Interventions cardiologiques](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, le libellé du service codifié **20527** est modifié pour « Médecin opérateur principal » et un nouveau service est introduit pour le médecin collaborateur au remplacement valvulaire percutané (code de facturation **20545**). Ce dernier service ne peut pas être facturé lors de la même séance que les services des onglets [C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques](#) ou [J – Système cardiaque](#), sauf s'il y a une complication per-procédure demandant d'autres interventions. Le cas échéant, utiliser l'élément de contexte **Intervention requise en raison d'une complication per-procédure**.

Lors du remplacement valvulaire percutané, seul un collaborateur par procédure peut facturer. Il ne peut pas être de la même spécialité que le médecin opérateur principal.

2.4 Intubation endotrachéale

À la section [Intubation endotrachéale](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, un nouveau service d'intubation endotrachéale toutes méthodes (PG-23) (PG-28) (code de facturation **00518**) est introduit. Ce service peut être facturé en hospitalisation et en salle d'urgence. Il ne peut pas être facturé aux soins intensifs, y compris pédiatriques et néonataux. Ce service ainsi que le service codifié **00519** sont mutuellement exclusifs.

2.5 Thérapie immunosuppressive pour transplantation

À la section [Transplantation d'organes](#) de l'onglet *C – Procédés diagnostiques et thérapeutiques*, les termes « pré et postopératoire » sont retirés du libellé de la thérapie immunosuppressive pour transplantation, traitement complet (codes de facturation **09489**, **09490**, **09491** et **00767**). Ces services ne peuvent être facturés avec l'un ou l'autre des codes énoncés dans la note, **par le même médecin, la même journée**.

Cette disposition entre en vigueur rétroactivement au **29 mars 2021**.

2.6 Lambeaux neuroinsulaires

À l'onglet [F – Peau, phanères, tissu cellulaire sous-cutané et muqueuses](#), une sous-section nommée *Lambeau neuroinsulaire* est ajoutée sous la section *Greffe libre*. Une note est ajoutée pour définir un lambeau neuroinsulaire mineur ou majeur.

2.7 Cœur et péricarde

À la sous-section [Réparation](#) de la section *Cœur et péricarde* de l'onglet *J – Système cardiaque*, le service *Procédure de Ross : Remplacement valvulaire aortique par autogreffe de la valve pulmonaire, réimplantation des ostia coronariens et remplacement valvulaire pulmonaire par homogreffe* (PG-23) (code de facturation **04541**) est ajouté. Le supplément pour l'aortoplastie ou l'annuloplastie (toute technique) (code de facturation **04544**) peut s'appliquer à ce nouveau service.

2.8 Prostatectomie – Prostate

À la section [Prostate](#) de l'onglet *N – Appareil génital mâle*, le nouveau service de prostatectomie transurétrale par thérapie aqueuse ou aqua-ablation (code de facturation **06250**) entre en vigueur rétroactivement au **17 juin 2022**.

2.9 Lésions infectieuses et parasitaires – Crâne et encéphale

À la section [Crâne et encéphale](#) de l'onglet *S – Système nerveux*, le libellé du service codifié **07560** est modifié. Le service doit être rendu sans autre intervention d'un **médecin classé en neurochirurgie à la même séance**. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **17 mars 2017**.

3 Lettres d'entente modifiées ou adoptées (Annexe 11)

Les lettres d'entente modifiées ou adoptées sont présentées aux annexes 11.A et 11.B de la *Brochure 1*.

3.1 Lettre d'entente n° 172

Le [1^{er} paragraphe de l'article 1.12](#) de la *Lettre d'entente n° 172* est modifié. Un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) peut être effectué par tout médecin spécialiste, peu importe sa spécialité. De plus, les services liés à un signalement (codes de facturation **98020** et **98021**) sont payables en plus de toute autre rémunération.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} novembre 2023**.

3.2 Lettre d'entente n° 259

La [Lettre d'entente n° 259 concernant la rémunération des services rendus par certains médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie en lien avec l'interruption de grossesse de 23 semaines et plus](#) est introduite. Elle entre en vigueur rétroactivement au **18 mars 2020**, à l'exception des forfaits de disponibilité (article 2) et des modalités relatives au médecin répondant médical provincial (article 3), qui prennent effet au **1^{er} novembre 2023**.

La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est exclue des plafonnements d'activités et des plafonnements de gains de pratique.

3.2.1 Forfaits de disponibilité

La couverture des services prévus à la lettre d'entente est répartie en 4 territoires, lesquels représentent chacun des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS).

Vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de disponibilité lorsque vous êtes un médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui est assigné en disponibilité pendant 24 heures, soit de 7 h à 7 h le lendemain, dans un territoire pour assurer ces services.

Le forfait de disponibilité est de :

- 126 \$ par jour du lundi au vendredi;
- 254 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Voici les codes de facturation à utiliser selon le territoire :

Territoires	Lundi au vendredi	Fin de semaine / Jour férié
RUISSS de l'Université Laval	42276	42277
RUISSS de l'Université McGill	42278	42279
RUISSS de l'Université de Montréal	42284	42285
RUISSS de l'Université de Sherbrooke	42286	42287

En plus de ce forfait, vous pouvez vous prévaloir, le cas échéant, du supplément de garde en disponibilité prévu à l'[Annexe 25](#).

Un seul forfait de disponibilité est payable par période de 24 heures par territoire.

Vous devez vous trouver sur la liste d'assignation du territoire applicable préparée par le médecin répondant (voir la section 3.2.2 de la présente infolettre) pour vous prévaloir de ce forfait.

Instructions de facturation

Utilisez un des codes de facturation **42276** à **42279** ou **42284** à **42287**, en fonction du territoire.

Inscrivez le numéro de l'établissement où vous vous trouvez comme lieu de dispensation.

3.2.2 Médecin répondant médical provincial

Pour agir à titre de médecin répondant, vous devez être un médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie et être désigné par les parties. Les responsabilités du médecin répondant médical provincial sont détaillées à la lettre d'entente.

En tant que médecin répondant, vous avez droit à un montant forfaitaire de 300 \$ par jour (code de facturation **42288**), auquel s'ajoute votre rémunération habituelle, à l'exception de la tarification prévue au *Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique* lorsque l'appel concerne les services prévus à la présente lettre d'entente. Lorsque vous vous prévalez du montant forfaitaire, vous ne pouvez pas facturer le supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25.

Un seul forfait de médecin répondant provincial est payable par jour.

3.2.3 Modalités de rémunération

Le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie ou en anesthésiologie peut se prévaloir des présentes modalités pour les services qu'il rend.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)	Rôle 2
06896	Intervention et/ou injection intra-utérine ou intra-fœtale pour une interruption de grossesse de 23 semaines et plus, incluant le guidage échographique et la visite, 1 ^{er} fœtus	633,30	5
	Intervention et/ou injection intra-utérine ou intra-fœtale pour une interruption de grossesse de 23 semaines et plus, incluant le guidage échographique et la visite, par fœtus additionnel	158,33	
06897	Prise en charge hospitalière d'une patiente pour une interruption de grossesse de 23 semaines et plus, incluant l'échographie fœtale et l'initiation du déclenchement du travail, le cas échéant.	363,60	

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)	Rôle 2
06898	Ensemble des soins prodigués à une patiente pour une interruption de grossesse de 23 semaines et plus pendant la phase de latence et le travail actif, incluant notamment, le cas échéant, la stimulation du travail, la rupture des membranes et la visite, de 7 h à 19 h	207,35	
06899	Ensemble des soins prodigués à une patiente pour une interruption de grossesse de 23 semaines et plus pendant la phase de latence et le travail actif, incluant notamment, le cas échéant, la stimulation du travail, la rupture des membranes et la visite, de 19 h à 7 h	518,40	

Instructions de facturation

- Lorsque vous facturez le service d'intervention et/ou d'injection intra-utérine ou intra-fœtale (code de facturation **06896**), inscrivez le nombre de fœtus ainsi que la date d'entrée en établissement, s'il y a lieu.
- Lorsque vous facturez la prise en charge hospitalière (code de facturation **06897**), inscrivez la date d'entrée en établissement.
- Lorsque vous facturez l'ensemble des soins prodigués (codes de facturation **06898** et **06899**), inscrivez l'heure de début du service ainsi que la date des dernières menstruations.
- Inscrivez l'heure de début pour tous les services rendus à la même patiente le même jour que le service codifié **06898**.
- Inscrivez l'heure de début pour tous les services rendus à la même patiente le même jour que le service codifié **06899** et le jour suivant.

Le service médical codifié **06933** ne peut pas être facturé lorsque l'un ou l'autre des services médicaux codés **06898** ou **06899** est utilisé.

L'ensemble des soins prodigués (codes de facturation **06898** ou **06899**) n'est pas sujet à la majoration prévue à la Règle 14 du Préambule général.

3.2.4 Modalités particulières

En tant que médecin classé en obstétrique-gynécologie, lorsque vous rendez des services de l'onglet *P – Gynécologie* et de l'onglet *Q – Obstétrique* à une patiente pour une interruption de grossesse de 23 semaines et plus, ces services sont majorés de 30 %, à l'exception du service médical codifié **06928**. Vous devez utiliser l'élément de contexte **Service médical rendu dans le cadre de la LE 259**.

Vous ne pouvez pas facturer l'intervention et/ou l'injection intra-utérine ou intra-fœtale (code de facturation **06896**) et la prise en charge hospitalière (code de facturation **06897**) pour la même admission.

La prise en charge hospitalière (code de facturation **06897**) peut être facturée une seule fois par patiente pour la même admission.

Au cours de la période couverte par l'ensemble des soins prodigués (codes de facturation **06898** et **06899**), vous ne pouvez pas facturer :

- les services d'accouchement (code de facturation **06903**);
- les services de césarienne (codes de facturation **06912** et **06913**);
- l'ensemble des soins prodigués lors d'une manœuvre obstétricale intrapartum durant le 2^e ou le 3^e stade du travail (code de facturation **06929**).

Un seul forfait pour l'ensemble des soins prodigués à une patiente (codes de facturation **06898** et **06899**) peut être facturé par période de 12 heures, par patiente.

Si vous êtes rémunéré selon le mode mixte, vous pouvez vous prévaloir des suppléments d'honoraires suivants :

- pour le service codifié **06896** : 95 %;
- pour le service codifié **06897** : 60 %;
- pour le service codifié **06898** : 75 %.

3.3 Lettre d'entente n° 260

La [Lettre d'entente n° 260 concernant les modalités transitoires visant la continuité des soins et services du programme de transplantation rénale du CHUM](#) est introduite. Elle est entrée en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2022** et s'est terminée le **31 décembre 2023**.

Elle prévoit des modalités de rémunération particulières afin d'assurer la continuité du programme de transplantation rénale du CHUM, et ce, par la disponibilité d'un médecin spécialiste ayant une expertise en greffe rénale.

Si vous avez assumé la garde en disponibilité au CHUM, vous avez droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25 (greffe rein et pancréas), à un montant par jour de :

- 750 \$ du lundi au vendredi (code de facturation **42289**);
- 1 200 \$ le samedi, le dimanche ou un jour férié (code de facturation **42290**).

Pendant votre garde en disponibilité, vous pouvez uniquement facturer :

- vos activités accomplies au CHUM;
- vos services de prélèvement d'organe hors du CHUM et les [frais de déplacement](#) rattachés ([article 1 de l'Annexe 23](#)).

Un seul médecin peut se prévaloir de ces modalités de rémunération par période continue de 24 heures entre 8 h et 8 h le lendemain.

3.4 Lettre d'entente n° 262

La [Lettre d'entente n° 262 concernant la prestation continue des services obstétricaux par les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie à l'hôpital de Sept-Îles](#) est introduite. Elle entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2024**.

À titre de médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie remplaçant désigné qui assure la garde en disponibilité de l'Hôpital de Sept-Îles, vous avez droit aux montants ci-dessous (article 2.1 de la *Lettre d'entente n° 234*), en plus de la rémunération à laquelle vous avez droit selon l'Entente :

- 750 \$ par jour, du lundi au vendredi (code de facturation **42291**);
- 1 200 \$ par jour, le samedi, le dimanche ou un jour férié (code de facturation **42292**).

Vous avez droit à ces montants en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25.

En assurant la prestation continue des services médicaux, vous avez aussi droit au montant forfaitaire prévu à l'article 1.2.1 a) de cette lettre d'entente, soit 1 000 \$ par jour (code de facturation **42293**).

En raison des modalités et conditions prévues à l'Annexe 38, si vous êtes rémunéré selon le mode mixte et que vous ne pouvez pas vous prévaloir d'un *per diem* ou d'un demi-*per diem*, vous avez droit à un forfait de 250 \$ par demi-journée (période moyenne de 3 h 30, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés) (code de facturation **42294**). Ce forfait remplace alors le demi-*per diem* de l'Annexe 38.

À l'exception du forfait de 250 \$, les montants prévus à la lettre d'entente ne sont pas sujets à la majoration prévue à l'Annexe 19 et ne sont pas pris en compte dans l'application des plafonnements de gains de pratique.

Les parties mettront fin aux désignations en vertu des lettres d'entente n^{os} 102 et 112 pour les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie rétroactivement au **31 décembre 2023**. Les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie établis pourront continuer d'être désignés en vertu de la *Lettre d'entente n° 102*.

Comme la *Lettre d'entente n° 262* est ajoutée à l'[article 1.3 h\) de l'Annexe 23](#), si vous êtes un médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie qui se déplace dans le cadre de cette lettre d'entente, vous avez droit à l'indemnité de 115 \$ l'heure pour le temps de déplacement.

4 Rémunération mixte (Annexe 38)

4.1 Ajout de protocoles d'accord à la liste des exceptions

Le [2^e paragraphe de l'article 13.1](#) est modifié. Le *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux* et le *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (Optilab)* s'ajoutent aux exceptions. Vous pouvez facturer les activités liées à ces protocoles en plus des modalités de l'Annexe 38.

Les modifications liées au Protocole d'accord – Organisme national entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juin 2020**.

Les modifications liées au Protocole d'accord – Optilab entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} décembre 2020**.

Pour plus de détails, consultez les sections [9](#) et [10](#) de la présente infolettre.

4.2 Tableaux de l'Annexe 38

4.2.1 Chirurgie générale

Le code de facturation **15327** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 55 %. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **2 octobre 2023**.

4.2.2 Endocrinologie

Le supplément d'honoraires de 75 % est ajouté. Il inclut les codes de facturation **06480** à **06483** et **06487** à **06492**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **15 novembre 2021**.

4.2.3 Gastro-entérologie

Le code de facturation **15362** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 77 %. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **2 octobre 2023**.

4.2.4 Médecine interne

Le code de facturation **15409** est ajouté à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 60 %. Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **2 octobre 2023**.

4.2.5 Rhumatologie

Le [dernier paragraphe des modalités particulières de la rhumatologie](#) est modifié. Le mode de rémunération mixte à la clinique externe s'applique pour le rhumatologue qui exerce de façon principale ou exclusive en rhumatologie pédiatrique, et ce, peu importe l'installation. Les parties négociantes nous informeront des désignations des médecins selon s'ils exercent exclusivement ou principalement pour la patientèle pédiatrique.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **6 novembre 2019**.

Si vous exercez de façon principale en rhumatologie pédiatrique, vous devez utiliser l'élément de contexte ***Pratique en rhumatologie pédiatrique au cours de cette journée*** pour tous les services médicaux effectués à la clinique externe.

4.2.6 Urologie

Le code de facturation **06250** est ajouté au premier paragraphe de la liste des services médicaux des suppléments d'honoraires de 60 % et de 100 %.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **17 juin 2022**.

5 Rémunération mixte en médecine d'urgence (Annexe 40)

Le [2^e alinéa de l'article 9.1 de l'Annexe 40](#) est modifié. Si vous facturez un montant forfaitaire au cours d'une journée, vous ne pouvez pas être rémunéré pour les activités effectuées au cours de la période pour laquelle s'applique ce montant, à l'exception de celles des protocoles d'accord suivants :

- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé. Utilisez la nature de service **251XXX**;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes. Utilisez la nature de service **253XXX**;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes coordonnateurs en don et transplantation d'organes et de tissus. Utilisez la nature de service **258XXX**;*
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux. Utilisez la nature de service **094XXX**.*

Cette modification entre en vigueur le **25 juillet 2024**, sauf les modalités concernant le protocole d'accord – Organisme national qui entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juin 2020**.

6 Entente auxiliaire concernant la rémunération des médecins spécialistes dans les centres de traitement de la douleur chronique (Annexe 41)

L'[Annexe 41](#) est remplacée et s'adresse désormais à toutes les spécialités.

Cette entente auxiliaire prévoit la rémunération des activités médicales accomplies dans un centre de douleur chronique lorsque vous détenez des privilèges et obligations en médecine de la douleur dans une installation. Ces activités comprennent les activités cliniques, le travail en équipe multidisciplinaire et les activités d'enseignement. Ces dernières excluent celles pour lesquelles vous recevez une rémunération du milieu universitaire.

Le médecin visé à la présente annexe est rémunéré selon un mode forfaitaire exclusif.

6.1 Rémunération

6.1.1 Forfait d'activités professionnelles

Lorsque vous exercez dans un centre de traitement de la douleur chronique, vous pouvez vous prévaloir d'un forfait de participation de 372 \$ (code de facturation **42295**) pour chaque période d'activités minimale de 3 h 30 consécutives, de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés. Vous pouvez facturer un maximum de 2 forfaits par jour, par installation.

6.1.2 Autres modalités de rémunération

En plus du montant forfaitaire, vous pouvez facturer les services suivants pendant la durée du forfait de participation :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
09257	Rencontre et prise en charge initiale d'un patient avec douleur chronique, durée minimale de 45 jusqu'à 90 minutes	210
09258	Rencontre et prise en charge initiale d'un patient avec douleur chronique, durée de plus de 90 minutes	280
09259	Visite de suivi d'un patient à la clinique de douleur chronique, durée minimale de 15 jusqu'à 45 minutes	70
09260	Visite de suivi d'un patient à la clinique de douleur chronique, durée de plus de 45 minutes	140
09261	Consultation à la demande d'un autre médecin de la clinique pour un cas complexe ou demandant une expertise particulière	210

Vous ne pouvez pas facturer une rencontre de prise en charge (codes de facturation **09257** et **09258**) et une visite de suivi (codes de facturation **09259** et **09260**) le même jour pour un même patient.

Un même médecin ne peut pas facturer la rencontre de prise en charge (code de facturation **09257**) moins de 24 mois suivant la dernière visite d'un patient pour un même problème à la même clinique.

La rencontre de prise en charge (code de facturation **09258**) ne peut pas être facturée moins de 24 mois suivant la dernière visite d'un patient pour un même problème à la même clinique.

Si vous facturez une rencontre de prise en charge moins de 24 mois suivant la dernière visite d'un patient, mais pour un **problème différent**, utilisez l'élément de contexte **Prise en charge d'un patient avec douleur chronique en raison d'un problème différent**.

Lorsque l'avis d'un autre médecin est requis dans un cas complexe ou exigeant une expertise particulière, ce médecin peut se prévaloir d'un montant de 210 \$ pour la consultation à la demande d'un autre médecin de la clinique (code de facturation **09261**). Pour le professionnel en référence, vous devez indiquer comme type de référence *Professionnel référent* ainsi que son numéro de professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

Certains procédés diagnostiques et thérapeutiques peuvent être facturés pendant la même période que celle où le montant forfaitaire (code de facturation **42295**) s'applique. Ils peuvent également être facturés en plus des services médicaux codifiés **09257** et **09259**. Consultez la [liste](#) en annexe de la présente infolettre.

Le temps cumulé des rencontres de prise en charge, des visites de suivi, des consultations à la demande d'un autre médecin et des procédés diagnostiques et thérapeutiques ne peut dépasser le temps total inscrit pour le forfait d'activités professionnelles (code de facturation **42295**). De plus, aucun chevauchement de temps n'est permis entre ces différentes activités.

Vous avez également droit aux suppléments d'honoraires pour les services médicaux suivants :

- services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (Annexe 24 de l'Entente) : 100 %;
- activités médico-administratives accomplies en vertu du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé* : 50 %;
- activités accomplies en vertu du *Protocole d'accord relatif à la rémunération des médecins spécialistes participant au conseil numérique* : 50 %;

- réunions cliniques multidisciplinaires : 50 %;
- activités d'enseignement accomplies en vertu de la partie II : Autres activités d'enseignement et d'évaluation du *Protocole relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement* : 50 %.

6.1.3 Instructions de facturation

Pour toutes les activités et tous les services prévus à l'Annexe 41, inscrivez :

- l'heure de début et l'heure de fin;
- le secteur d'activité *Centre de douleur chronique*.

Vous devez également inscrire l'heure de début de tous les autres services facturés la même journée que ceux de l'Annexe 41.

Lorsque vous facturez des activités pour le Protocole d'accord – Activités d'enseignements et le Protocole d'accord – Activités médico-administratives, vous devez :

- utiliser la nature de service **251XXX** ou **253XXX**;
- indiquer le secteur de dispensation **12**.

6.2 Désignations

Les établissements nous aviseront des médecins à qui des privilèges de pratique en médecine de la douleur sont accordés au moyen du formulaire [Avis d'assignation – Octroi de privilèges de pratique – Médecins spécialistes](#). Veuillez noter que les anesthésiologistes actuellement désignés par les parties négociantes sont considérés comme ayant les privilèges requis. Il n'est donc pas nécessaire que l'établissement nous transmette le formulaire pour ces médecins.

Les centres de douleur chronique sont désignés par les parties négociantes. De plus, les parties peuvent permettre la désignation d'un lieu ayant conclu une entente en vertu de l'article 108 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Dans ces lieux, seuls les codes de facturation **42295**, **09259** et **09260** ainsi que les procédés diagnostiques et thérapeutiques prévus en annexe de l'infolettre sont alors payables.

Pour plus d'information sur vos privilèges de pratique, adressez-vous à votre établissement.

6.3 Autres modifications découlant du remplacement de l'Annexe 41

Les modalités suivantes ont été modifiées considérant qu'elles font référence à l'Annexe 41 :

- Règle 34 Réunion clinique multidisciplinaire (Préambule Général)
La règle 34.4 est modifiée par la suppression du 1^{er} tiret à la suite du 5^e paragraphe.
- Article 15.2 vi de l'Annexe 38
Le mode de rémunération mixte prévu à la présente annexe ne s'applique pas lorsque vous rendez des soins dans un centre de douleur chronique dans le cadre d'un forfait de participation. Par ailleurs, vous pouvez demander le paiement des activités prévues à l'Annexe 41 la même journée que vous facturez un *per diem* pour des activités effectuées ailleurs qu'en centre de douleur chronique, pourvu que les périodes ne se chevauchent pas.
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé*
Le 1^{er} tiret de l'article 5.4 v est retiré.
- *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes*
Le 1^{er} tiret de l'article 13.2.5 est retiré.

7 Protocole d'accord – Établissement visé

L'[article 8.1](#) du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un établissement visé* est remplacé. Une banque de 6 558 heures est allouée à la rémunération des activités professionnelles à l'échelle provinciale. Les parties établissent le nombre maximal d'heures de la banque allouées annuellement à un établissement visé selon le mode du tarif horaire.

L'annexe 1 listant les banques d'heures allouées aux établissements est retirée du protocole d'accord. Vous trouverez désormais la liste dans la page [Listes de désignations et listes de garde](#).

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2023**.

8 Protocole d'accord – Activités d'enseignement

L'[article 11.2](#) du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes* est remplacé. Les activités d'enseignement et d'évaluation visées peuvent être effectuées dans une **installation d'un établissement de santé** où un contrat d'affiliation ou de service a été conclu avec une université et où des programmes de formation universitaire en médecine sont offerts, y compris ceux visés par le programme de formation médicale décentralisée.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} octobre 2021**.

9 Protocole d'accord – Organisme national

Le [1^{er} alinéa de l'article 4.1](#) du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux* est modifié. Les activités décrites au présent protocole sont rémunérées selon le mode du tarif horaire, lequel s'applique au prorata **par période de 15 minutes continues et complétées**. Il n'est plus nécessaire d'avoir effectué un minimum de 60 minutes d'activités pour se prévaloir des modalités du protocole d'accord.

L'article 4.3 est ajouté. La rémunération d'une activité est déterminée selon le mode de rémunération qui s'applique à vous au cours de la période pendant laquelle vous effectuez cette activité. Dans les cas où le mode de rémunération applicable est le mode mixte (annexe 38 ou 40), cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

Utilisez la nature de service **094XXX**.

Si vous êtes un médecin spécialiste en anesthésiologie, malgré toute disposition contraire prévue au modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie, ce supplément d'honoraires de 50 % s'applique pour toute la période de 7 h à 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés. De plus, si vous facturez le paiement des honoraires prévus au présent protocole de 7 h à 8 h ou de 15 h à 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, vous ne pouvez alors pas vous prévaloir de la rémunération prévue par l'[article 5 du modèle de rémunération mixte de l'anesthésiologie](#) au cours de la même période.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} juin 2020**.

10 Protocole d'accord – OPTILAB

L'article 4 du *Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre de l'optimisation des services offerts par les laboratoires du Québec (OPTILAB)* est remplacé.

La participation à une réunion visée au protocole est rémunérée au tarif horaire de 211 \$ lequel s'applique du lundi au vendredi et au prorata **par période de 15 minutes continues et complétées**. Il n'est plus nécessaire d'avoir effectué un minimum de 60 minutes d'activités pour se prévaloir des modalités du protocole d'accord.

La rémunération d'une activité prévue au protocole est déterminée selon le mode de rémunération qui s'applique à vous au cours de la période pendant laquelle vous effectuez cette activité. Si le mode de rémunération applicable est le mode mixte (Annexe 38), cette activité est rémunérée selon un supplément d'honoraires de 50 %.

Utilisez la nature de service **295XXX**.

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} décembre 2020**.

L'article 8 est remplacé. Une banque d'heures de **2 960 heures** est allouée à la rémunération des activités professionnelles à l'échelle provinciale.

L'annexe 1 listant les banques d'heures allouées aux établissements regroupés par grappe de services est retirée. Vous trouverez la liste dans la page [Listes de désignations et listes de garde](#).

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **1^{er} janvier 2023**.

11 Changement à la Modification 104 à l'Accord-cadre

La date de prise d'effet de l'ajout de la [règle 9.3 de l'Addendum 4 Chirurgie](#) est remplacée rétroactivement au **10 décembre 2021**. L'ophtalmologiste surspécialisé doit utiliser l'élément de contexte ***Chirurgie distincte pratiquée à la même séance par un ophtalmologiste surspécialisé***.

La date de prise d'effet de la modification au libellé du code de facturation **08329** est remplacée rétroactivement au **22 février 2022**.

Liste des procédés diagnostiques et thérapeutiques pouvant être facturés dans les centres de douleur chronique
(Annexe 41)

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
07101	Rhizotomie percutanée branche médiane thoracique ou lombaire Neurolyse par radiofréquence* de branche médiane thoracique ou lombaire sous fluoroscopie, un ou plusieurs niveau(x), unilatéral ou bilatéral Toutes voies d'approche	210
07102	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion Implantation d'électrodes percutanées ou cathéter intrathécal	280
07103	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion Implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion	350
20031	Bloc nerf splanchnique, plexus coeliaque ou plexus hypogastrique Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie	210
20282	- Avec neurolyse supplément	140
20032	Bloc chaîne sympathique thoracique ou lombaire Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique sous fluoroscopie ou tomodensitométrie d'une chaîne sympathique thoracique ou lombaire par approche paravertébrale (unilatéral ou bilatéral)	140
20283	- Avec neurolyse supplément	140
20033	Épidurale foraminale lombaire ou sacrée Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique : infiltration dans le foramen sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie Une racine ou plus	70
20034	Épidurale foraminale cervicale ou thoracique Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique : infiltration dans le foramen sous fluoroscopie ou tomodensitométrie Une racine ou plus	210
20035	Cyphoplastie ou vertébroplastie Sous fluoroscopie ou tomodensitométrie, vertébroplastie percutanée, incluant l'injection de substance de contraste et l'injection de ciment. Un ou plusieurs niveaux	280
20077	Épidurale cervicale Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique : infiltration péridurale cervicale par approche interlaminaire, médiane ou paramédiane, sous fluoroscopie ou	140

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
	tomodensitométrie	
20078	Neurostimulateur ou pompe à perfusion implantée Changement de pile	280
20079	Neurostimulateur ou pompe à perfusion implantée Retrait d'un neurostimulateur ou d'une pompe à perfusion implantée, incluant les électrodes	280
20284	Bloc ganglion Impar Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie	70
20285	—Avec neurolyse supplément	140
20286	Bloc racine nerveuse thoracique ou cervicale Blocage nerveux diagnostique ou thérapeutique : infiltration à l'extérieur du foramen (latérale au foramen) sous fluoroscopie, tomodensitométrie ou échographie Une racine ou plus	140
20287	Rhizotomie percutanée branche médiane cervicale Neurolyse par radiofréquence* de branche médiane cervicale sous fluoroscopie, un ou plusieurs niveau(x), unilatéral ou bilatéral Toutes voies d'approche	280
20288	Rhizotomie percutanée pour dénervation de l'articulation sacro-iliaque Neurolyse par radiofréquence* multiniveaux de branches médianes lombaires et sacrées, sous fluoroscopie, pour dénervation de l'articulation sacro-iliaque, unilatéral ou bilatéral Toutes voies d'approche	280
20289	Lyse d'adhérence épidurale lombaire Sous fluoroscopie, insertion d'un cathéter péri-dural par approche caudale et positionnement de ce cathéter dans la zone d'adhérence péri-durale ou foraminale lombaire, incluant les injections (solutions de contraste, solutions de cortisone, solutions analgésiques et solutions lytiques)	210
20290	Dénervation sensitive du genou Sous fluoroscopie ou échographie, neurolyse par radiofréquence*, des branches nerveuses terminales sensibles du genou (nerf géniculaire) dans les 3 quadrants suivants : supéro-latéral, supéro-médial et inféro-médial	210
20291	Neurolyse d'un nerf périphérique Sous fluoroscopie, échographie ou tomodensitométrie, destruction nerveuse par alcoolisation, phénolisation ou thermofréquence* d'un nerf majeur. Les nerfs majeurs sont les suivants : grand occipital, médian, radial, cubital, musculo-cutané, intercostal, obturateur, ilio-inguinal,	140

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
	ilio-hypogastrique, génito-fémoral, sciatique, sciatique poplitée externe, fémoral, fémoro-cutané, saphène, tibial postérieur, sural	

**Lorsque la radiofréquence ou thermofréquence est appliquée pour effectuer la neurolyse, la température doit être supérieure à 44 °C pendant un minimum de 5 minutes ou supérieure à 48 °C pendant un minimum de 80 secondes.*