

> Médecins spécialistes

Modification 117 à l'Accord-cadre

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et votre fédération ont convenu de la Modification 117 à l'Accord-cadre.

Cette infolettre vous présente les principaux changements. Certains ajustements sont également apportés par concordance. Pour connaître tous les changements, consultez votre [entente](#).

Les changements apportés dans l'Annexe 29 vous sont présentés dans l'[infolettre 294](#).

À moins d'avis contraire, les changements entrent en vigueur le **23 mars 2026**.

Vous avez **90 jours** à compter du **23 mars 2026** pour facturer vos services ou vos activités ou pour les modifier, si requis, rétroactivement à la date indiquée. Pour les modalités nécessitant une désignation, vous aurez **90 jours** à compter de la date de réception de celle-ci pour facturer vos services. À moins que des instructions particulières ne soient précisées dans l'infolettre, nous réévaluerons ou réviserons les activités ou les services déjà facturés. Des ajustements pourraient paraître sur 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)	3
3 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)	3
4 Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle (Annexe 9)	4
5 Lettres d'entente adoptées ou modifiées	4
6 Rémunération différente (Annexe 19)	8
7 Rémunération mixte (Annexe 38)	8
8 Tableaux des suppléments d'honoraires (Annexe 38)	10
9 Rémunération mixte en médecine d'urgence (Annexe 40)	10
10 Programme de congé parental (Annexe 43)	12
11 Gériatre répondant (Annexe 49)	12
12 Protocole d'accord – Télémédecine	14
13 Protocole d'accord – Chef d'équipe en traumatologie	14

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

Les modifications ci-dessous entrent en vigueur rétroactivement au **30 octobre 2024**.

1.1.1 Règle 36 – Intervention clinique à la suite d’une demande d’aide médicale à mourir

L’[article 36.1](#) est remplacé. Vous pouvez facturer l’intervention clinique à la suite d’une demande d’aide médicale à mourir (code de facturation **17000**) dans le cadre du processus entourant la formulation d’une demande anticipée d’aide médicale à mourir en vue d’une administration ultérieure. L’intervention clinique inclut également, le cas échéant, le retrait d’une demande.

1.1.2 Règle 38 – Formulaire dans le cadre de l’aide médicale à mourir

La [Règle 38](#) est remplacée. L’article 38.2 est introduit. En tant que médecin accompagnateur, vous pouvez vous prévaloir d’une rémunération pour le temps consacré à remplir le formulaire de demande anticipée d’aide médicale à mourir et à nous le transmettre, lorsque requis. Nous vous avons demandé de retenir votre facturation dans l’[infolettre 220](#) du 30 octobre 2024. Vous pouvez maintenant facturer le nouveau code de facturation **17007** rétroactivement au 30 octobre 2024.

Si vous êtes un médecin spécialiste désigné qui rend des services en soins palliatifs selon la [Lettre d’entente n° 161 C](#), vous pouvez recevoir un supplément d’honoraires de 50 % pour ce service, conformément à l’article 2 ii) de cette lettre d’entente.

1.2 Addendum 2 – Pédiatrie

Le premier paragraphe de la [Règle 6](#) concernant le supplément pédiatrique aux soins intensifs est modifié conformément à l’Annexe 29. Ainsi, le supplément pédiatrique s’applique dorénavant, en plus du forfait de prise en charge du patient, aux honoraires de la visite principale ou de l’admission réalisées au sein de l’unité de soins intensifs.

Utilisez l’élément de contexte **Première visite du patient aux soins intensifs en pédiatrie** pour obtenir le supplément et inscrivez la date d’entrée en établissement.
Précisez le secteur d’activité **Unité de soins intensifs**.

1.3 Addendum 8 – Anesthésiologie

En lien avec l’Annexe 29, les paragraphes i et ii de l’[article 12.1 de la Règle 12](#) concernant les majorations d’honoraires pour certains services ou durant certaines périodes sont remplacés.

De 15 h à 19 h, du lundi au vendredi, à l’exception des jours fériés, lorsque vos services sont rendus ailleurs que dans une unité de soins intensifs reconnue à la partie 1 de l’Annexe 29 (unité fermée), vous avez droit à une majoration de 29 % de la tarification applicable pour ces services.

Si vous facturez un service dans une unité de soins intensifs non reconnue à la partie 1 de l’Annexe 29 ou si aucun forfait de prise en charge de l’unité ne s’est appliqué pour la même période, utilisez l’élément de contexte **Service rendu dans une unité de soins intensifs non reconnue à la partie 1 de l’Annexe 29**. Vous n’avez pas à l’utiliser si le service est rendu dans une installation où il n’y a pas d’unité fermée de soins intensifs reconnue à la partie 1 de l’Annexe 29.

L’[article 13.4 de la Règle 13](#) concernant la majoration d’honoraires selon l’âge est modifié. Cette règle ne s’applique pas si vous vous prévaluez, durant la même période, d’un forfait de prise en charge d’une unité fermée de l’Annexe 29.

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

Certains services sont ajoutés ou touchés par des modifications. La date d'entrée en vigueur des changements apportés est le **23 mars 2026**. Toutefois, les changements ci-dessous prennent effet aux dates suivantes :

- L'entrée en vigueur du code de facturation **17007** est rétroactive au **30 octobre 2024**;
- L'entrée en vigueur des codes de facturation **15960**, **15961**, **15963** et **15964** est rétroactive au **26 mars 2025**.

2.1 Dépistage et investigation du cancer du poumon

Si vous exercez en médecine interne ou en pneumologie, vous pouvez facturer une visite initiale demandée dans le cadre d'une investigation du cancer du poumon (code de facturation **15960** ou **15961**). Ce service inclut la rédaction du rapport.

Pour le professionnel de la santé en référence, inscrivez le numéro du professionnel ou son prénom, son nom et sa profession.

De plus, vous pouvez vous prévaloir des services suivants, par période complète de 15 minutes :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
15963	Centre de coordination du dépistage du cancer du poumon : Travail médico-administratif dans le cadre du dépistage du cancer du poumon, notamment pour soutenir l'orientation dans la trajectoire de suivi des patients lors de leur dépistage ou en suivi de leur dépistage	52,75
15964	Centre d'investigation du cancer du poumon : Travail médico-administratif dans le cadre de l'investigation du cancer du poumon, notamment pour évaluer au vu du dossier un patient pour déterminer un plan de traitement, ou les prochaines étapes de l'investigation	52,75

Inscrivez l'heure de début et de fin du service.

3 Tarif de la médecine de laboratoire (Annexe 7)

- À l'[onglet H – Radiologie diagnostique](#) du Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement, le nouveau service Tomographie axiale à faible dose dans le cadre du dépistage du cancer du poumon (code de facturation **08283**) est ajouté rétroactivement au **26 mars 2025**. Le tarif de ce service est de 75,10 \$.

Pour le professionnel en référence, inscrivez le numéro du professionnel référent ou son prénom, son nom et sa profession. Par exemple, pour une infirmière, inscrivez le numéro débutant par 8XXXXX. Si le numéro vous est inconnu, inscrivez son prénom, son nom ainsi que la profession **Autres**.

- À l'[onglet K – Ultrasonographie](#) du Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement, le libellé des examens d'échocardiographie transœsophagienne diagnostique pratiqués en centre hospitalier (codes de facturation **08309**, **08371**, **08372**, **08338** et **60700**) est modifié. Si vous êtes un chirurgien cardio-vasculaire et thoracique (CCVT) qui se prévaut de l'Annexe 29, vous pouvez vous prévaloir de la rémunération de ces examens à la tarification qui y est prévue.

4 Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle (Annexe 9)

L'annexe présente à l'Annexe 9 est retirée du texte de l'entente rétroactivement au **1^{er} janvier 2024**. Les parties nous la transmettront administrativement chaque année civile. Pour plus d'informations concernant l'assurance responsabilité professionnelle, consultez la page [Assurance responsabilité : remboursement de votre prime](#).

Aucune action n'est requise de votre part. Les ajustements nécessaires seront effectués par nos services lors de la réception des tableaux des parties pour les années 2024 et 2025, le cas échéant.

5 Lettres d'entente adoptées ou modifiées

5.1 Lettre d'entente n° 221

Le 2^e paragraphe de l'[article 2.1 de la Lettre d'entente n° 221](#) est retiré. Ainsi, votre désignation par les parties négociantes n'a plus besoin d'être renouvelée chaque année pour vos activités accomplies dans un centre de répartition des demandes de services (CRDS).

Cette modification entre en vigueur rétroactivement au **31 décembre 2025**.

5.2 Lettre d'entente n° 268

La [Lettre d'entente n° 268](#) concernant l'interprétation de tests du sommeil est introduite.

Cette lettre d'entente concerne les médecins spécialistes qui ont réalisé l'interprétation et facturé les actes non tarifés ci-dessous entre le **1^{er} janvier 2017 et le 22 mars 2026**. Les parties ont convenu de prévoir la rémunération de ces actes aux tarifs indiqués ci-dessous pour les médecins qui n'ont reçu aucune autre rémunération pour l'interprétation du test facturé en cabinets privés ou en laboratoires médicaux privés. Vous ne pourrez plus utiliser ces codes de référence pour situations spéciales (CRSS) à la RAMQ à compter du **23 mars 2026**.

Code de référence pour situations	Libellé	Tarif (\$)
5012	Étude (polygraphie) cardiorespiratoire du sommeil ou étude polysomnographique nocturne	100,25
5014	Étude (polygraphie) cardiorespiratoire du sommeil ou étude polysomnographique nocturne	100,25
5013	Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne	25,10
5015	Test de provocation bronchique non spécifique (histamine ou méthacholine ou les deux) incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation	40,10
5019	Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil, de 4 à 8 heures	150,45
5020	Évaluation de la mécanique des apnées du sommeil – moins de 4 heures	100,55
5021	Mesures sériées de la latence d'endormissement	90,25
5022	Test de maintien d'éveil	90,25
5033	Épreuves de routine comprenant les volumes pulmonaires	63,15

Si vous avez facturé ces CRSS, afin d'obtenir cette rémunération, vous devrez suivre les instructions que nous vous transmettrons au courant du mois d'avril par votre messagerie sécurisée. Vous aurez **90 jours** pour donner suite à cette communication.

5.3 Lettre d'entente n° 269

La [Lettre d'entente n° 269](#) concernant le transport terrestre interhospitalier d'enfants gravement malades est introduite. Elle entre en vigueur rétroactivement au **11 mai 2025** et prendra fin le **10 mai 2027**, à moins d'un avis contraire des parties.

Cette lettre d'entente prévoit la rémunération des activités effectuées par le [chef d'équipe](#) et le [médecin accompagnateur](#) lors d'un transport réalisé pour les centres hospitaliers universitaires (CHU) pédiatriques désignés.

5.3.1 Chef d'équipe

Lorsque vous réalisez les activités de chef d'équipe pour l'une des installations désignées, vous pouvez vous prévaloir de la rémunération pour la prise en charge de l'appel du centre référent lors d'un transport (code de facturation **16136**). Le tarif est de 202,15 \$ pour ce service.

Vous pouvez facturer ce service un maximum d'une fois par transport. Seul l'un des services de prise en charge (code de facturation **16136**) ou des services de coordination (code de facturation **16141**) (voir ci-dessous) peut être facturé par transport.

Inscrivez le numéro d'assurance maladie du patient faisant l'objet de la prise en charge de l'appel.
Pour le lieu de dispensation, indiquez le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu à partir duquel vous effectuez la prise en charge de l'appel.
Si les services sont rendus ailleurs que dans un CHU pédiatrique désigné, pour le lieu en référence, indiquez :

- le type de référence du lieu en référence **Établissement pour le compte duquel le service est effectué**;
- le numéro du CHU pédiatrique désigné pour lequel vous rendez le service.

Vous pouvez vous prévaloir d'une rémunération de 211 \$ par heure pour vos activités médico-administratives en lien avec le transport terrestre (code de facturation **16137**). La tarification horaire s'applique au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées.

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin du service.
Pour le lieu de dispensation, indiquez le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu à partir duquel vous effectuez vos activités médico-administratives.
Si les services sont rendus ailleurs que dans un CHU pédiatrique désigné, pour le lieu en référence, indiquez :

- le type de référence du lieu en référence **Établissement pour le compte duquel le service est effectué**;
- le numéro du CHU pédiatrique désigné pour lequel vous rendez le service.

Si vous êtes rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, les services codifiés **16136** et **16137** sont rémunérés selon un supplément d'honoraires respectivement de 100 % et de 50 % lorsque l'activité est réalisée pendant la période où le mode de rémunération mixte s'applique.

5.3.2 Médecin accompagnateur

Disponibilité immédiate

Lorsque vous êtes disponible pour agir en tant que médecin accompagnateur dans le cadre d'un transport, vous pouvez vous prévaloir d'un montant forfaitaire selon la période de disponibilité. La disponibilité immédiate de 24 heures continue peut être divisible en 2 ou 3 périodes. Une disponibilité immédiate continue s'entend d'une disponibilité de votre part dans un délai maximum de 20 minutes à compter du moment où vous êtes appelé en lien avec un transport urgent.

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
16138	Disponibilité immédiate continue de 24 heures	1 319

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
16139	Disponibilité immédiate continue de 12 heures	660
16140	Disponibilité immédiate continue de 8 heures	443

Inscrivez l'heure de début du service.
Pour le lieu de dispensation, inscrivez le numéro du CHU pédiatrique désigné pour lequel vous rendez le service.

Le nombre maximum de forfaits est limité à 1 par 24 heures (ou par périodes équivalentes à 24 heures) par installation désignée.

En plus de cette rémunération, vous pouvez facturer tous les services médicaux de l'Accord-cadre lors de la même période, à l'exception des services suivants :

- Honoraires prévus pour les services médicaux paraissant à la nomenclature et aux tableaux d'honoraires de l'Annexe 6 et dont les unités de base anesthésiologiques (rôle 2) sont facturées à la même séance;

Utilisez l'élément de contexte ***Service rendu sans la participation d'un anesthésiologiste*** lorsque le médecin facture un service faisant l'objet d'une tarification en unités de base anesthésiologiques au cours de la période de disponibilité sans la participation d'un anesthésiologiste.

- Supplément de garde en disponibilité prévu à l'[Annexe 25](#);
- Forfait de prise en charge d'une unité prévu à l'[Annexe 29](#);
- Forfait de disponibilité immédiate du [Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie \(trauma team leader\) dans un centre de traumatologie désigné](#);
- Montant forfaitaire du [Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en pédiatrie](#).

Si vous êtes rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, les services codifiés **16138**, **16139**, et **16140** sont rémunérés selon un supplément d'honoraires de 100 %.

Coordination

En tant que médecin accompagnateur, lorsque vous n'êtes pas présent dans l'ambulance, vous avez droit à une rémunération pour la coordination des actions de réanimation, de stabilisation et de réalisation du bilan des enfants gravement malades, durant le transfert (code de facturation **16141**). Le tarif est de 202,15 \$ pour ce service.

Ce service peut être facturé un maximum d'une fois par transport. Seul l'un des services de prise en charge (code de facturation **16136**) (voir ci-dessus) ou des services de coordination (code de facturation **16141**) peut être facturé par transport.

Inscrivez le numéro d'assurance maladie du patient pris en charge par l'équipe spécialisée.
Pour le lieu de dispensation, indiquez le numéro de l'établissement, le code du cabinet, le code de localité ou le code postal du lieu à partir duquel vous effectuez la prise en charge de l'appel.
Si les services sont rendus ailleurs que dans un CHU pédiatrique désigné, pour le lieu en référence, indiquez :
• le type de référence du lieu en référence **Établissement pour le compte duquel le service a été effectué**;
• le numéro du CHU pédiatrique désigné pour lequel vous rendez le service.

Si vous êtes rémunéré selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, le service codifié **16141** est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 100 %.

Surveillance du patient

Lorsque vous effectuez la surveillance du patient dans l'ambulance pendant un transfert ambulancier interhospitalier, vous pouvez vous prévaloir d'une rémunération (code de facturation **09246**). Pour ce service, le tarif est de 82,30 \$ pour la première demi-heure ainsi que pour chaque quart d'heure additionnel.

Si votre rémunération est selon le mode mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, le service codifié **09246** est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 100 %, et ce, même si vous n'êtes pas le médecin accompagnateur de garde, mais que vous devez accompagner un patient, lorsque médicalement requis, dans le cadre du transport.

Utilisez l'élément de contexte *Surveillance pendant un transfert ambulancier interhospitalier réalisée dans le cadre de la LE 269*.

5.3.3 Activités de formation et d'évaluation

Dans le cadre du transport interhospitalier terrestre d'enfants gravement malades, que vous soyez chef d'équipe ou médecin accompagnateur, vous pourriez être amené à participer à des activités de formation en lien avec le programme de transport pédiatrique (code d'activité **334421**) et d'évaluation (code d'activité **334422**). Pour ces activités, vous pouvez vous prévaloir d'une tarification de 211 \$ par heure, laquelle s'applique au prorata, par période de 15 minutes continues et complétées.

Si votre rémunération est selon le mode de rémunération mixte de l'Annexe 38 ou de l'Annexe 40, le tarif horaire est versé selon un supplément d'honoraires de 50 % lorsque l'activité médico-administrative est réalisée pendant la période où le mode de rémunération mixte s'applique. Utilisez la nature de service **335XXX**.

Utilisez la [Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation](#) (1215) et inscrivez :

- dans la section **Établissement**, le numéro du CHU pédiatrique.
- dans la section **Activités** :
 - le quantième qui correspond à la date des activités;
 - le mode de rémunération **TH**;
 - le code d'activité approprié, le secteur de dispensation ainsi que les heures travaillées.

Sélectionnez la plage horaire.

Si l'activité est réalisée ailleurs que dans un CHU pédiatrique, indiquez le secteur de dispensation **60**.

De plus, si le taux de rémunération de l'établissement pour lequel le service est rendu est différent de celui du lieu où vous vous trouvez, inscrivez la lettre **A** dans le champ **C.S**.

Dans le champ **Renseignements complémentaires**, indiquez :

- le numéro d'établissement ou de localité du lieu où vous vous trouvez;
- la date des services;
- la période de référence s'il y a lieu (de 1 à 45).

De plus, si vous effectuez de la supervision clinique auprès de résidents ou d'externes lors du transport, vous avez droit, selon le cas, au montant forfaitaire prévu à l'article 5.3 ou 5.4 du [Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes](#) dans un établissement universitaire, à raison des maximums prévus à l'article 6.1 de ce protocole.

5.4 Lettre d'entente n° 270

La Lettre d'entente n° 270 concernant la couverture exceptionnelle régionale de l'Outaouais en chirurgie vasculaire est introduite. Elle entre en vigueur rétroactivement au **1^{er} août 2025** et prendra fin lors du recrutement d'un chirurgien vasculaire au CISSS de l'Outaouais, à moins d'avis contraire des parties négociantes.

Si vous êtes assigné de garde en chirurgie vasculaire au Site Glen du CUSM (n° d'établissement 0803X), à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé (n° d'établissement 0044X) ou à l'Hôpital général juif (n° d'établissement 0011X) et que vous êtes appelé à assurer la couverture médicale de l'Outaouais dans cette spécialité, vous pouvez vous prévaloir, en plus des montants auxquels vous avez droit selon l'Annexe 25, du montant forfaitaire suivant :

Code de facturation	Libellé	Tarif (\$)
42430	Montant forfaitaire en semaine	160,25
42431	Montant forfaitaire pour la fin de semaine ou jour férié	318,30

Un seul montant forfaitaire est payable par jour.

Les parties négociantes nous aviseront si elles souhaitent désigner d'autres installations pour assurer la couverture médicale de cette région.

Pour le lieu de dispensation, indiquez le numéro de l'installation pour laquelle vous êtes assigné de garde en chirurgie vasculaire.

6 Rémunération différente (Annexe 19)

La première phrase du deuxième paragraphe de l'article 1.4.6 de l'Annexe 19 est modifiée en concordance avec la refonte de l'Annexe 29. Les honoraires versés selon l'article 7 de l'Annexe 29 ne sont pas considérés dans le calcul du plafond de 381 300 \$ par année civile et ils demeurent sujets à la majoration de la rémunération de base une fois le maximum atteint.

7 Rémunération mixte (Annexe 38)

7.1 Remplacement de l'Annexe 38

L'[Annexe 38](#) est remplacée. Le mode de rémunération mixte établit dorénavant la pratique active d'un médecin dans une installation ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de centre hospitalier de soins psychiatriques ou de centre de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – motrices (ci-après, installation visée).

Il vous appartient désormais de choisir d'adhérer ou non au mode de rémunération mixte dans chaque installation visée où vous rendez des services sans égard aux autres médecins. Cela s'applique que vous exerciez de façon régulière et continue, dans un contexte d'itinérance ou comme remplaçant. Les parties négociantes ne désignent plus les médecins et n'autorisent plus de postes en pool de service ou en support (nous maintiendrons les avis reçus jusqu'à la fin de la période qui y est indiquée). Si vous souhaitez adhérer à l'Annexe 38, vous devez en aviser votre établissement qui est responsable de nous transmettre l'information par le formulaire [Avis de service – Rémunération mixte, acte et honoraires forfaitaires](#) (3121). Nous vous envoyons une confirmation lorsque nous sommes prêts à recevoir votre facturation. Votre établissement doit nous transmettre un nouveau formulaire pour toute modification.

Si vous choisissez d'adhérer au mode de rémunération mixte à compter du **23 mars 2026**, vous devez y demeurer pour une période minimale d'un an suivant la date de début de votre adhésion avant de pouvoir vous prévaloir du mode de rémunération à l'acte. De même, si vous décidez d'être rémunéré au mode de l'acte, vous ne pouvez pas adhérer au mode mixte avant un an.

Si vous avez été désigné au mode mixte par les parties négociantes, vous demeurez à ce mode de rémunération en date du **23 mars 2026**. Si vous choisissez de passer au mode de rémunération à l'acte rétroactivement à cette date, vous devez demander à votre établissement de nous en informer. Vous n'aurez pas à respecter la durée minimale prévue dans l'entente pour cette période transitoire.

Si vous rendez des services dans le cadre de la [Lettre d'entente n° 257](#), vous devez maintenir votre mode de rémunération habituel en établissement dans les CMS 108, cabinet 108 ou LIM 108 visés par une entente. Votre établissement doit nous transmettre un nouveau formulaire pour toute modification dans ces lieux.

Conformément aux instructions fournies dans l'[infolettre 129](#) du 31 juillet 2023, si votre rémunération est déjà selon le mode mixte dans un CMS 108, cabinet 108 ou LIM 108, ce mode sera maintenu pour la période qui y était indiquée, le cas échéant. Ainsi, les établissements doivent nous transmettre un nouvel avis de service à partir du **23 mars 2026** uniquement si vous souhaitez modifier votre mode de rémunération pour l'acte dans l'installation qui fait partie de l'entente.

7.1.1 Exercice hors installation visée (article 11)

L'[article 11](#) qui concernait l'exercice en cabinet réfère dorénavant à l'exercice hors installation visée. Votre rémunération demeure selon le mode de l'acte pour les services médicaux que vous rendez en dehors d'une installation visée.

Que vous facturiez un per diem ou un demi-per diem au cours d'une journée, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération pour les services rendus hors installation visée pendant la même période, soit de 7 h à 12 h ou de 12 h à 17 h.

Inscrivez l'heure de début de tous les services médicaux rendus au cours de cette journée, et ce, peu importe le lieu de dispensation.

7.1.2 Services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (article 12)

Que vous facturiez un per diem ou un demi-per diem au cours d'une journée, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération pour les services médico-administratifs de l'Annexe 24 pendant la même période, à l'exception des services mentionnés à l'[article 3.2](#) de l'Annexe 38.

Inscrivez l'heure de début de tous les services médico-administratifs rendus au cours de cette journée, et ce, peu importe le lieu de dispensation.

7.1.3 Protocoles d'accord (article 13)

Que vous facturiez un per diem ou un demi-per diem au cours d'une journée, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération pour les activités au tarif horaire pendant la même période, sauf pour celles prévoyant une rémunération à supplément d'honoraires dans les protocoles d'accord mentionnés à l'[article 13](#) de l'Annexe 38.

7.1.4 Exercice dans plus d'une installation visée (article 14)

L'[article 14](#) est modifié. Le médecin ayant choisi le mode de rémunération mixte au sein d'une installation visée peut rendre des services dans une autre installation visée. Dans cette autre installation, vous pouvez avoir choisi le même mode de rémunération ou le mode de l'acte. Le mode de rémunération qui s'applique sera celui choisi dans cette autre installation.

Que vous facturiez un per diem ou un demi-per diem au cours d'une journée, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération pour les services rendus dans une autre installation visée pendant la même période, si vous n'avez pas choisi le mode de rémunération mixte dans cette dernière.

Inscrivez l'heure de début de tous les services médicaux rendus au cours de cette journée, et ce, peu importe le lieu de dispensation.

Exceptionnellement, vous pouvez demeurer au même mode de rémunération au cours d'une journée lorsque vous allez rendre des services en urgence dans une autre installation visée, même si ce n'est pas le mode de rémunération qui s'applique dans cette dernière installation.

Lorsque vous rendez des services en urgence dans une autre installation visée et que vous souhaitez conserver le même mode de rémunération, votre établissement doit nous en informer en nous transmettant un avis de service.

7.1.5 Annexe 29 (article 15)

L'[article 15.2 iii](#) est remplacé. Lorsque vous vous prévaluez du forfait de prise en charge de l'unité ou de la garde en disponibilité de la partie 1 de l'Annexe 29 pour la période où le forfait ou la garde s'applique, votre rémunération demeure selon les dispositions de l'annexe ainsi que les dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services que vous rendez pendant cette période.

Utilisez l'élément de contexte *Service rendu pendant la période où un forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs de l'Annexe 29 est facturé* ou *Service rendu pendant la période où un supplément de garde en disponibilité de l'Annexe 29 est facturé* pour tous les services facturés pendant la même période que le forfait de prise en charge de l'unité ou que la garde en disponibilité de l'Annexe 29.

8 Tableaux des suppléments d'honoraires (Annexe 38)

8.1 Anesthésiologie

Au supplément d'honoraires de 30 %, la mention de l'Annexe 29 est modifiée pour indiquer « la partie 1 de l'Annexe 29 ».

Pour la facturation d'un service rendu dans une unité de soins intensifs non reconnue à la partie 1 de l'Annexe 29, utilisez l'élément de contexte *Service rendu dans une unité de soins intensifs non reconnue à la partie 1 de l'Annexe 29*. Vous n'avez pas à l'utiliser si le service est rendu dans une installation où il n'y a pas d'unité fermée de soins intensifs reconnue à la partie 1 de l'Annexe 29.

8.2 Médecine interne

- Les codes de facturation **15963** et **15964** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 50 %.
- Le code de facturation **15961** est ajouté à la liste du supplément d'honoraires de 60 %.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **26 mars 2025**.

8.3 Pédiatrie

Les codes de facturation **16142** et **16143** sont ajoutés à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.

8.4 Pneumologie

- Le code de facturation **15961** est ajouté à la liste des services médicaux du 1^{er} paragraphe du supplément d'honoraires de 79 % et à la liste des services médicaux du supplément d'honoraires de 100 %.
- Les codes de facturation **15963** et **15964** sont ajoutés au nouveau supplément d'honoraires de 50 %.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **26 mars 2025**.

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

9.1 Modifications à l'article 11.2

L'[article 11.2](#) de l'Annexe 40 est modifié à **portée déclaratoire**. La notion de journée est remplacée par la notion de période. Ainsi, lorsque vous facturez un forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs de l'[Annexe 29](#), le mode de rémunération mixte ne s'applique pas pour la période couverte par le forfait de prise en charge de l'unité, soit jusqu'à 7 h le lendemain matin.

Vous avez **90 jours** à compter du **23 mars 2026** pour modifier vos services facturés de 0 h à 7 h en ajoutant l'élément de contexte *Assume ou a assumé la prise en charge d'une unité de soins intensifs au cours de la*

journée lorsque vous avez facturé une prise en charge d'une unité de soins intensifs la veille ou en retirant cet élément de contexte lorsque vous n'en avez pas facturé la veille.

Toutefois, aucune action n'est requise de votre part pour les services rendus du 16 juillet 2021 au 11 juin 2024 qui sont parus à l'état de compte du 5 juillet 2024 avec le message explicatif suivant :

- 4601 – Conformément à l'article 15.2 iii. de l'Annexe 38 ou l'article 11.2 de l'Annexe 40, l'élément de contexte « Assume ou a assumé la prise en charge d'une unité de soins intensifs au cours de la journée » ne peut être utilisé puisque vous n'avez pas facturé de forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs reconnue en vertu de l'Annexe 29.

Les ajustements paraîtront à un état de compte du mois d'avril.

À compter du **23 mars 2026**, l'[article 11.2](#) est remplacé. Lorsque vous vous prévaliez du forfait de prise en charge de l'unité ou de la garde en disponibilité de la partie 1 de l'Annexe 29 pour la période où le forfait ou la garde s'applique, votre rémunération demeure selon les dispositions de l'annexe ainsi que les dispositions générales de l'Accord-cadre pour les services que vous rendez pendant cette période.

Utilisez l'élément de contexte ***Service rendu pendant la période où un forfait de prise en charge d'une unité de soins intensifs de l'Annexe 29 est facturé*** ou ***Service rendu pendant la période où un supplément de garde en disponibilité de l'Annexe 29 est facturé*** pour tous les services facturés pendant la même période que le forfait de prise en charge de l'unité ou que la garde en disponibilité de l'Annexe 29.

9.2 Remplacement de l'Annexe 40

L'[Annexe 40](#) est remplacée. Le mode de rémunération mixte établit dorénavant la pratique active de la médecine d'urgence dans un département ou un service clinique d'une installation ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (ci-après, installation visée).

Le mode de rémunération mixte est désormais le mode par défaut dans une installation visée. Vous pouvez toutefois choisir d'adhérer au mode de l'acte. Une période d'adhésion minimale d'un an s'applique, peu importe le mode de rémunération. Il vous appartient de choisir votre mode de rémunération dans chacune des installations visées où vous rendez des services sans égard aux autres médecins. Cela s'applique que vous exerciez de façon régulière et continue, dans un contexte d'itinérance ou comme remplaçant.

Les parties négociantes ne désignent plus les médecins et n'autorisent plus de postes de pool de service ou en support. Si vous souhaitez adhérer au mode de l'acte, vous devez en aviser votre établissement qui est responsable de nous transmettre l'information par le formulaire [Avis de service – Rémunération mixte, acte et honoraires forfaitaires](#) (3121). Votre établissement doit nous transmettre un nouveau formulaire pour toute modification.

Si vous exercez pour la première fois dans une installation visée, votre rémunération sera automatiquement selon le mode mixte à moins que nous recevions un avis de service. Si vous choisissez de passer au mode de rémunération à l'acte rétroactivement au 23 mars 2026, vous devez demander à votre établissement de nous faire parvenir un avis de service. Vous n'aurez pas à respecter la durée minimale prévue dans l'entente pour cette période transitoire.

Si vous rendez des services dans le cadre de la [Lettre d'entente n° 257](#), vous devez maintenir votre mode de rémunération habituel en établissement dans les CMS 108, cabinet 108 ou LIM 108 visés par une entente. Votre établissement doit nous transmettre un nouveau formulaire pour toute modification dans ces lieux.

Conformément aux instructions fournies dans l'[infolettre 129](#) du 31 juillet 2023, si votre rémunération est déjà selon le mode de rémunération mixte dans un CMS 108, cabinet 108 ou LIM 108, ce mode sera maintenu pour la période qui y était indiquée, le cas échéant. Ainsi, les établissements doivent nous transmettre un nouvel avis de service à partir du **23 mars 2026** uniquement si vous souhaitez modifier votre mode de rémunération pour l'acte dans l'installation qui fait partie de l'entente.

9.2.1 Exercice hors installation visée (article 7)

L'[article 7](#) qui concernait l'exercice en cabinet réfère dorénavant à l'exercice hors installation visée. Votre rémunération demeure selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médicaux que vous rendez hors installation visée.

Si vous facturez un montant forfaitaire au cours d'une journée, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération pour les services rendus hors installation visée pendant la même période.

Inscrivez l'heure de début de tous les services médicaux rendus au cours de cette journée, et ce, peu importe le lieu de dispensation.

9.2.2 Exercice dans plus d'une installation visée (article 10)

L'[article 10](#) est modifié. Le médecin au mode de rémunération mixte dans une installation visée peut rendre des services dans une autre installation visée. Dans cette autre installation, vous pouvez avoir choisi le même mode de rémunération ou le mode de l'acte. Le mode de rémunération qui s'applique sera celui choisi dans cette autre installation.

Si vous facturez un montant forfaitaire au cours d'une journée, vous ne pouvez pas vous prévaloir de la rémunération pour les services rendus dans une autre installation pendant la même période, sauf si vous avez également le mode de rémunération mixte dans cette autre installation.

Inscrivez l'heure de début de tous les services médicaux rendus au cours de cette journée, et ce, peu importe le lieu de dispensation.

10 Programme de congé parental (Annexe 43)

L'[article 4.2](#) est modifié. Les six semaines de congés de paternité ou de congé exclusif pour le parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant doivent dorénavant être consécutives.

L'[article 4.3](#) est ajouté et concerne la répartition du congé avant et après l'accouchement. La répartition vous appartient. Néanmoins, elle doit débuter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de l'accouchement ou exceptionnellement commencer le dimanche suivant.

Ces modifications entrent en vigueur rétroactivement au **23 mars 2025**.

11 Gériatre répondant (Annexe 49)

L'[Annexe 49](#) est introduite rétroactivement au **11 mai 2025**, à l'exception des modalités relatives au médecin coordonnateur, lesquelles entrent en vigueur le **1^{er} octobre 2023**. L'Annexe 49 prend fin le **10 mai 2027**, à moins d'avis contraire des parties. Elle introduit les modalités de rémunération du gériatre coordonnateur et du gériatre répondant au soutien clinique et détaille les activités accomplies par chacun.

Vous pouvez facturer un maximum de 7 heures par jour, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour l'ensemble des activités professionnelles décrites ci-dessous effectuées à titre de gériatre coordonnateur et de gériatre répondant. Ces activités peuvent être réalisées par le biais de tout mode de communication. De manière exceptionnelle, elles peuvent également être effectuées à partir de tout lieu, notamment en CLSC, en ressource intermédiaire ou en résidence privée pour aînés.

11.1 Gériatre coordonnateur

Quatre médecins gériatres coordonnateurs sont désignés par les parties négociantes, soit un par [regroupement de régions](#). Nous vous envoyons une confirmation lorsque nous sommes prêts à recevoir votre facturation.

En tant que gériatre coordonnateur, vous avez droit à une rémunération pour les activités en coordination (code de facturation **42427**) ([article 2.1.2](#)). Le tarif est de 211 \$ par heure, lequel s'applique du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, au prorata, par période de 15 minutes complétées.

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin du service.

Si votre rémunération est selon le mode mixte de l'Annexe 38, le service codifié **42427** est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 50 % lorsque l'activité est réalisée pendant la période où le mode de rémunération mixte s'applique.

11.2 Gériatre répondant au soutien clinique

11.2.1 Soutien clinique

En tant que gériatre répondant au soutien clinique, vous avez droit à une rémunération pour les activités de soutien clinique (code de facturation **42428**) ([article 2.2.1](#)). Le tarif est de 300 \$ par heure, lequel s'applique du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, entre 7 h et 17 h, au prorata, par période de 15 minutes complétées. Vous devez facturer un minimum de 30 minutes complétées.

Dès que vous facturez le code **42428** dans une installation où le mode mixte ne s'applique pas, votre rémunération demeure selon les dispositions de l'Annexe 49 ainsi que les dispositions générales de l'Accord-cadre pour tous les services que vous rendez au cours de cette demi-journée, et ce, même dans les lieux où votre rémunération est selon le mode mixte. Le [paragraphe viii](#) est ajouté à l'art. 15.2 de l'Annexe 38 à cet effet.

Si votre rémunération est selon le mode mixte de l'Annexe 38, le service codifié **42428** est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 65 % lorsque l'activité est réalisée pendant la période où le mode de rémunération mixte s'applique.

Inscrivez l'heure de début et l'heure de fin du service.

Si vous facturez le service codifié **42428** dans un lieu où votre rémunération n'est pas selon le mode mixte, utilisez l'élément de contexte ***Service rendu pendant la période où un forfait de soutien clinique en gériatrie dans un lieu où le mode mixte ne s'applique pas*** pour tous les services rendus dans un lieu où votre rémunération est selon le mode mixte, pendant la même demi-journée.

Malgré ce qui est indiqué à la Règle 35 du Préambule général, vous pouvez facturer la communication par l'intermédiaire d'un interprète (code de facturation **15761**) en plus du service codifié **42428** pour la même période.

Lors d'une activité de soutien clinique pour un patient d'une durée de moins de 30 minutes, vous pouvez facturer une consultation téléphonique selon le [Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique](#).

Utilisez l'élément de contexte ***Consultation téléphonique réalisée dans le cadre de l'Annexe 49***.

11.2.2 Disponibilité au soutien clinique

Le gériatre répondant **inscrit à la liste journalière** au soutien clinique ([article 2.2.2](#)) reçoit un montant de 75 \$ par jour de disponibilité lorsqu'aucune activité de soutien clinique n'a eu lieu (code de facturation **42429**). Un seul montant est payable par jour par regroupement.

La disponibilité au soutien clinique (code de facturation **42429**) ne peut pas être facturée le même jour que les activités de soutien clinique (code de facturation **42428**) ou celles du *Protocole d'accord concernant l'instauration de modalités de rémunération de la consultation téléphonique*, lorsque la consultation téléphonique est réalisée dans le cadre de l'Annexe 49.

Si votre rémunération est selon le mode mixte de l'Annexe 38, le service codifié **42429** est rémunéré selon un supplément d'honoraires de 100 % lorsque l'activité est réalisée pendant la période où le mode de rémunération mixte s'applique.

11.2.3 Autres modalités

Les activités du gériatre répondant au soutien clinique sont plafonnées à 350 heures par médecin par année civile. Au besoin, les parties négociantes peuvent accorder des heures en dépassement.

De plus, la rémunération de ces activités n'est pas sujette aux majorations d'urgence prévues à la Règle 14 du Préambule général.

Le gériatre répondant qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir ces activités professionnelles a droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 km au Québec selon les conditions de l'Annexe 23.

Enfin, la rémunération prévue à l'Annexe 49 est considérée comme étant payée en établissement pour l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.

12 Protocole d'accord – Télé médecine

Les parties retirent l'exemple mentionné à l'article 1.1b) du [Protocole d'accord concernant la télé médecine](#). Cette modification n'a pas d'incidence sur la définition d'un service de téléinterprétation pour lequel la présence du patient est requise durant la prestation. Ce service est alors considéré comme un service de téléconsultation. Dans ce cas, vous devez vous référer à la définition de l'article 1.1a).

13 Protocole d'accord – Chef d'équipe en traumatologie

Avec l'introduction de la [Lettre d'entente n° 269](#) concernant le transport terrestre interhospitalier d'enfants gravement malades, des modifications sont apportées aux limitations prévues l'article 4.1 du [Protocole d'accord concernant la rémunération des médecins spécialistes qui assument la fonction de chef d'équipe en traumatologie \(trauma team leader\) dans un centre de traumatologie désigné](#).

Si vous facturez un montant forfaitaire du protocole d'accord, vous ne pouvez pas demander le paiement des forfaits de disponibilité immédiate (codes de facturation **16138**, **16139** et **16140**) de la Lettre d'entente n° 269 au cours de la même période.