



## MANUEL DES SPÉCIALISTES BROCHURE NO 1

MISE À JOUR : 77  
NOVEMBRE 2009

**Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures**

### SOMMAIRE

**NOTE :** Ce fichier contient les recto et verso des pages touchées par la modification ainsi que les décalages de pages

**MODIFICATION 51 en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2009, sauf mention contraire, ainsi que des modifications d'ordre administratif**

### MODIFICATION 51

#### - ANNEXE 11-A

- La lettre d'entente n° 43 a été modifiée.- **en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2009**  
**Page :** [A-36](#)
- La lettre d'entente n° 62 a été abrogée.  
**Page :** [A-45](#)
- La Lettre d'entente n° 171 a été ajoutée.- **en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2009**  
**Page :** [A-129](#)
- La Lettre d'entente n° 172 et 175 ont été ajoutées.-  
**Pages :** [A-132](#) et [A-137](#)
- La Lettre d'entente n° 173 a été ajoutée.- **en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2009**  
**Page :** [A-135](#)
- La Lettre d'entente n° 174 a été ajoutée.- **en vigueur à la date déterminée par les parties négociantes.**  
**Page :** [A-136](#)

#### - ANNEXE 12 à 42

- L'article 7 a été ajouté à L'ANNEXE 29.  
**Page :** [58](#)
- La liste des établissements reconnus de L'ANNEXE 29 a été mis à jour.  
**Page :** [62](#)
- Le code 20035 a été ajouté à l'article 3 de L'ANNEXE 41.  
**Page :** [90](#)
- L'ANNEXE 42 a été ajoutée.  
**Page :** [91](#)

## - PROTOCOLES D'ACCORD

- L'article 4.1 du protocole concernant la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle pour les fins du système du sang au Québec a été modifié.

**Page :** [26](#)

## MODIFICATIONS D'ORDRE ADMINISTRATIF

### - ANNEXE 10

- L'avis sous l'article 3 de l'annexe 10 a été modifié.

**Page :** [21](#)

### - ANNEXE 11-A

- Des avis à la Lettre d'entente n° 171 ont été ajoutés.

**Page :** [A-130](#)

- Des avis à la Lettre d'entente n° 172 ont été ajoutés.

**Pages :** [A-133](#) et [A-134](#)

### - ANNEXE 12 à 42

- La référence de l'ANNEXE 24 a été modifiée.

**Page :** [44](#)

- Des avis à l'ANNEXE 29 ont été ajoutés.

**Page :** [59](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans l'infolettre suivante : n° 123 - novembre 2009.

## LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :

# corrections d'ordre administratif

+ modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.

- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-51211-0

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Direction des services à la clientèle professionnelle  
Service des relations avec la clientèle

**Régie de  
l'assurance maladie**  
**Québec** 

## INTRODUCTION

Le but de la présente brochure est de fournir aux médecins spécialistes les textes provenant de l'Accord-cadre relatif à l'assurance maladie et à la médecine de laboratoire conclu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

La Brochure n° 1 peut se placer dans des cahiers à anneaux standard.

Comme elle est publiée à des fins administratives, il y a lieu de se reporter aux textes de loi, aux publications dans la Gazette officielle du Québec et à l'Accord-cadre original lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente. Les **AVIS** mentionnés dans ce texte sont d'ordre administratif et ne font pas partie de l'Accord-cadre.

La production de cette publication, transmise à titre de référence, a permis d'alléger les manuels de facturation existants qui continueront de contenir tous les renseignements administratifs nécessaires à la facturation.

Cette brochure sera distribuée systématiquement à tous les détenteurs reconnus du « Manuel des médecins spécialistes ». Lorsque les textes sont amendés ou modifiés, chaque détenteur reçoit les pages mises à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages (voir la **signification des références** au verso de la présente page).

La liste des manuels (incluant les brochures) et des formulaires requis pour la facturation se retrouve dans le manuel des médecins spécialistes sous l'onglet « Manuels et formulaires ».

Par ailleurs, la Régie offre un service d'**assistance aux professionnels** où des préposés renseignent ces derniers sur leur Accord-cadre et les procédures administratives afférentes au régime d'assurance maladie.

Ayant la préoccupation de vous transmettre l'information le plus rapidement possible, **la Régie vous recommande de consulter son site Internet**, section « Services aux professionnels » pour prendre connaissance des toutes dernières mises à jour.

Vous y trouverez toutes les informations pertinentes : les actualités vous concernant, les rubriques spécialisées et les informations générales, les éléments de facturation avec les formulaires requis et les dernières mises à jour Internet concernant les manuels des professionnels de la santé.

Pour toutes **COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE**, voir **la page suivante**.

Le masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

## COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

**Par le site Internet :**

- <http://www.ramq.gouv.qc.ca>

**Par courrier électronique :**

- [services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca)

**Par téléphone :**

- Québec : 418 643-8210

- Montréal : 514 873-3480

- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

**Par télécopieur :**

- Québec : 418 646-9251

- Montréal : 514 873-5951

**Par la poste :**

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 500

Québec (Québec) G1K 7B4

## SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

<b>Exemple : MAJ XX / MMMM 20AA / ZZ</b>
--

<b>MAJ</b>	= mise à jour.
<b>XX</b>	= numéro séquentiel de la mise à jour Internet et/ou papier.
<b>MMMM 20AA</b>	= mois et année de la publication de la mise à jour; ce qui correspond habituellement au mois d'entrée en vigueur de la nouvelle entente, des amendements ou des modifications qui ont rendu nécessaire cette mise à jour.
<b>ZZ</b>	= ces deux derniers caractères constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le <b>99</b> indique une modification d'ordre administratif (ex.: ajout et/ou correction d'un « <b>AVIS</b> », nouvelle présentation et/ou décalage de page, etc.);</li> <li>- le <b>00</b> indique une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel;</li> <li>- <b>tout autre chiffre</b> indique que des modifications ont été apportées en fonction du numéro de la <b>Modification</b> relative à l'Accord-cadre.</li> <li>- Si, sur une même page, les modifications proviennent à la fois d'une Modification et/ou d'un document officiel et/ou d'une directive administrative, le numéro utilisé est celui du document prioritaire : la Modification a la priorité sur le document officiel et ce dernier a priorité sur la directive administrative.</li> </ul>

**Remarque :** Nous vous suggérons de conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour fins de références ultérieures.

**ARTICLE 3.****PRIME DE GARDE POUR LA NUIT**

**3.1** En cardiologie, on accorde une prime de 200 \$ pour une assignation de garde sur place aux urgences, la nuit.

Une assignation de nuit s'entend de la période comprise entre **minuit et 8 heures. (3\*)**

En pédiatrie, s'ajoute aux honoraires de visite, le paiement d'une majoration de 90 % du tarif pour l'horaire de nuit.

L'horaire de nuit s'entend de la période comprise entre **minuit et 8 heures. (3\*)**

**# AVIS : CARDIOLOGIE**

- Inscire XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- Inscire le code d'établissement;
- Inscire le code 09140 dans la case ACTES.

*Cette prime est payable une seule fois par période de garde, pour chaque médecin.*

*Cette prime doit être inscrite seule sur la demande de paiement.*

*Afin d'identifier les services effectués au cours d'une assignation de garde sur place aux urgences, la nuit, remplir une nouvelle demande de paiement pour ces services en inscrivant le modificateur 073 dans la case MOD.*

**PÉDIATRIE**

*Inscire le modificateur 007 ou un de ses multiples dans la case MOD et tenir compte de la majoration dans le calcul des honoraires.*

**ARTICLE 4.****APPLICATION**

**4.1** Cette entente auxiliaire s'applique dans les centres hospitaliers désignés en annexe.

**4.2** Le médecin qui réclame le paiement du supplément de garde en disponibilité prévu à l'Annexe 25 ne peut réclamer le paiement de la prime de garde prévue à l'article 3.1.

**AVIS** : (3\*) *Pour le médecin autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, la période s'étend entre minuit et 7 h (ref. : article 15.2 i - Annexe 38 - Brochure n° 5).*

---

**ANNEXE****LISTE DES ORGANISMES VISÉS À L'ANNEXE 10****1. PÉDIATRIE**

- Hôpital de Montréal pour enfants.
- Hôpital Sainte-Justine.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont ( Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux).

**2. CARDIOLOGIE**

- Institut de cardiologie de Montréal.



ANNEXE 11 A. - LE - N° 41

**LETTRE D'ENTENTE N° 41****CONCERNANT LA TARIFICATION DE LA CULTURE D'ÉPIDERME POUR LES GRANDS BRULÉS.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Le docteur François Auger, médecin microbiologiste, est payé au tarif horaire pour les services qu'il rend dans le cadre de l'unité d'auto-transplantation de peau chez les grands brûlés de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Le tarif horaire est de 95 \$.

2. Sont visés les services suivants :

a. Service de base du laboratoire.

Le nombre maximal d'heures est de 10 par semaine.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 023053 (Services de laboratoire).

b. Mise en marche du procédé de culture cutanée et supervision de la croissance des feuillets.

Le nombre maximal d'heures par patient est de 25.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 023065 (Mise en marche du procédé de culture cutanée).

c. Préparation des feuillets pour transplantation.

Le nombre maximal d'heures est de 8 pour chaque épisode de transplantation.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 023066 (Préparation des feuillets pour transplantation).

3. Les rémunérations payées suivant la présente lettre d'entente sont comptées comme gains externes en regard des dispositions de l'Addendum 5. Microbiologie du Tarif de la médecine de laboratoire.

4. La présente lettre d'entente prend effet au 1<sup>er</sup> mai 1987.

**AVIS** : Pour la facturation des codes d'activités 023065 et 023066, inscrire la lettre « A » dans la case C.S. et joindre à votre demande de paiement les renseignements pertinents.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 42 et 43

### LETTRE D'ENTENTE N° 42

#### CONCERNANT LE PAIEMENT D'ÉMOLUMENTS DE RÉGIE, EN PSYCHIATRIE

##### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

En psychiatrie, les lettres d'entente prévoyant la rémunération des fonctions de régie sont prolongées jusqu'au 31 mars 1989.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE N° 43

#### + CONCERNANT LA BANQUE D'YEUX NATIONALE.

##### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins ophtalmologistes du CHUQ/Pavillon C.H. de l'Université Laval et du CHAUQ/Hôpital du Saint-Sacrement, chargés de la Banque d'yeux nationale, sont payés au taux horaire pour cette activité.

Le tarif horaire est de 95 \$.

2. Sont ainsi payés au tarif horaire :

- l'examen du globe oculaire;
- le contrôle du nettoyage et de l'aseptisation du globe oculaire;
- le découpage de la cornée;
- la mise en conservation de la cornée en bocal de la culture du tissu;
- la distribution des greffons.

**AVIS :** Utiliser le code d'activités 024030 (Services cliniques).

Voir les modalités de facturation de l'Annexe 15, Brochure N° 2 - Spécialistes.

3. La présente lettre d'entente prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 1989.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec



ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>os</sup> 60, 61 ET 62**LETTRE D'ENTENTE N° 60****CONCERNANT CERTAINS PROCÉDÉS CHIRURGICAUX EXÉCUTÉS EN CARDIOLOGIE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. En cardiologie, seules sont comprises dans l'honoraire global d'un procédé d'implantation d'un stimulateur cardiaque permanent ou de son remplacement, les visites que le cardiologue intervenant rend au malade pendant son hospitalisation.
2. La présente lettre d'entente a préséance sur la règle d'application n° 7.

**MARC-YVAN CÔTÉ**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE N° 61****CONCERNANT LA TARIFICATION DE CERTAINS SERVICES EN RADIOLOGIE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. À compter du 1<sup>er</sup> mars 1992, l'acte radiologique de la mesure de la densité osseuse est facturé en utilisant le formulaire des visites.
2. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2001, les services radiologiques suivants sont facturés en utilisant le formulaire des visites :  
pyélographie incluant la tomographie, le cas échéant (code 08181);  
phlébographie périphérique (code 08061).

**MARC-YVAN CÔTÉ**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE N° 62****CONCERNANT L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. L'examen clinique psychiatrique demandé par une ordonnance de cour en vue d'une cure fermée conformément aux dispositions de la Loi sur la protection du malade mental donne droit à un tarif de 157,90 \$ incluant la rédaction du rapport.

**AVIS :** *Inscrire le code d'acte 08854 dans la case ACTES. Voir sous l'onglet B Tarification des visites dans le Manuel des médecins spécialistes.*

**MARC-YVAN CÔTÉ**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 64 ET 65**LETTRE D'ENTENTE N° 64****CONCERNANT L'EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Le médecin auquel un enfant est dirigé afin de déterminer s'il est victime de mauvais traitements, est payé comme suit :

	<b>En cabinet :</b>	
09070	Prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport . . . . .	143 \$
	<b>En établissement :</b>	
09071	Prise en charge de l'enfant, séance d'évaluation et rapport . . . . .	119 \$
	<b>Supplément en cabinet ou en établissement :</b>	
09073	Supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes, chez un patient de moins de 14 ans (sur présentation de notes explicatives) . . . . .	42 \$

2. Sauf lorsque le médecin est rémunéré à titre d'expert, le temps de la vacation à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, est payé au tarif horaire de 108 \$ (code 09077).

**AVIS :** Voir les codes d'acte appropriés sous l'onglet B Tarification des visites sous le titre Examen d'un enfant suivant la Loi sur la protection de la jeunesse.

3. Ces honoraires ne sont pas comptés dans les gains de pratique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2008

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE N° 65****CONCERNANT LE CENTRE « DERNIER RECOURS »****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La Régie paie au docteur Yvan Monette, psychiatre, des honoraires de 22 250 \$ pour les services rendus aux patients du centre « Dernier Recours » pour la période du 8 janvier 1991 au 14 juin 1991.

**MARC-YVAN CÔTÉ**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 162

## LETTRE D'ENTENTE N° 162

**CONCERNANT LE PROJET DE TÉLÉSANTÉ ENTRE LE CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE – CH RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE ET LA COMMUNAUTÉ ATIKAMEKW DE MANAWAN**

**CONSIDÉRANT** que le CSSS du Nord de Lanaudière – CH régional de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan ont conclu une entente de télésanté (ci-après « l'Entente de télésanté »);

**CONSIDÉRANT** que les services visés par l'Entente de télésanté concernent à la fois des services de santé en gynécologie-obstétrique et en oto-rhino-laryngologie;

**CONSIDÉRANT** qu'il y a lieu d'assurer la rémunération des services dispensés par les médecins spécialistes dans le cadre de l'Entente de télésanté;

**POUR CES MOTIFS, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique et en oto-rhino-laryngologie du CH régional de Lanaudière qui, dans le cadre de l'Entente de télésanté, dispensent des services auprès de patients de la communauté Atikamekw de Manawan sont rémunérés de la façon suivante :

1.1 Ils conservent le mode de rémunération qui leur est actuellement applicable au sein du CH régional de Lanaudière ;

1.2 Dans l'éventualité où le mode de rémunération mixte s'applique, le temps consacré aux services de télésanté dispensés par ces médecins est pris en compte dans le calcul du nombre d'heures d'activité retenu aux fins de la facturation des *per diem* et demi *per diem*.

# **AVIS :** *Pour le temps consacré aux services de télésanté dispensés selon le mode de rémunération mixte:*

- Utiliser le code d'activité **065149**.

1.3 Les services médicaux dispensés à un patient dans le cadre de l'Entente de télésanté sont rémunérés selon la tarification qui serait autrement applicable à ces services s'ils étaient dispensés à un patient en externe au sein du CH régional de Lanaudière, à laquelle s'ajoute une majoration de 25 %.

1.4 Les honoraires de la visite principale s'appliquent sans égard à la Règle d'application n° 21

2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2008.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** *Lorsque les services rendus sont des visites, des consultations ou des évaluations, veuillez utiliser les codes de la section Externe de l'onglet Tarification des visites de votre Manuel.*

**Pour la facturation de tous les services rendus, inscrire les informations suivantes :**

- le code dans la section ACTES du formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200;

- le modificateur 011 pour chaque service rendu;

- le code d'établissement 00851 dans la case ÉTABLISSEMENT.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 163

**LETTRÉ D'ENTENTE N° 163****CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS AFFÉRENTES À LA MISE EN PLACE DES AUGMENTATIONS TARIFAIRES ALLOUÉES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES**

**CONSIDÉRANT** l'entente intervenue le 10 janvier 2007 entre la FMSQ et le MSSS en vue de la détermination des paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes;

**CONSIDÉRANT** les augmentations tarifaires allouées aux médecins spécialistes en vertu de cette entente;

**CONSIDÉRANT** l'objectif des parties négociantes de mettre les augmentations tarifaires en place à compter de l'automne 2008;

**CONSIDÉRANT** que les travaux requis afin de définir et implanter ces augmentations tarifaires ne pourront permettre leur mise en place avant l'hiver 2009;

**CONSIDÉRANT** qu'il est opportun de pourvoir à l'implantation de mesures tarifaires intérimaires d'ici à la mise en place des augmentations tarifaires allouées aux médecins spécialistes;

**CONSIDÉRANT** les modifications apportées à la rémunération des médecins spécialistes en anesthésiologie dans le cadre de la Modification 48;

**POUR CES MOTIFS, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

**1.** Sous réserve de ce qui suit, une majoration d'honoraires s'applique sur les services dispensés par l'ensemble des médecins spécialistes, à l'exception des médecins classés en anesthésiologie, au cours de la période débutant le 1<sup>er</sup> octobre 2008 et se terminant à la date de mise en place des augmentations tarifaires allouées aux médecins spécialistes, telle que cette date sera déterminée par les parties négociantes;

**2.** La majoration d'honoraires applicable varie selon la spécialité de classement du médecin spécialiste et est déterminée par les parties négociantes qui en avisent la Régie;

**3.** La majoration d'honoraires s'applique sur l'ensemble des montants payables à un médecin spécialiste pour des services dispensés pendant la période ci-dessus mentionnée, à l'exception des montants payés en vertu des mesures suivantes :

- a. Les services médico-administratifs CSST prévus à l'Annexe 24;
- b. Le protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire;
- c. Les remboursements d'assurance responsabilité professionnelle prévus à l'annexe 9;
- d. La rémunération et les avantages payables au médecin au salariat en vertu des annexes 16, 19 et 21;
- e. Les frais de déplacement de l'annexe 23 (kilométrage et remboursement des frais seulement);
- f. Les annexes 36 et 37;
- g. Les lettres d'entente A-58 et 110;
- h. Les montants payables en vertu de l'article 3.6 de l'Addendum 5 – Microbiologie-infectiologie;
- i. Les remboursements aux bénéficiaires hors-Québec;
- j. Toutes autres mesures pouvant être déterminées par les parties négociantes.

**4.** La majoration d'honoraires est versée par la Régie lorsqu'elle effectue le paiement final des honoraires réclamés par le médecin.

**5.** Aux fins de l'application des plafonnements de gains de pratique, des plafonnements d'activités, des règles d'application des tarifs d'honoraires ou de toutes autres mesures prévues à l'entente, les majorations d'honoraires versées en vertu de la présente lettre d'entente sont prises en compte selon les modalités déterminées par les parties négociantes. Ces modalités peuvent notamment avoir pour effet de ne pas permettre l'application de la présente lettre d'entente à certains médecins ou d'entraîner une récupération d'une partie ou de la totalité des montants qui leur ont été versés.

## ANNEXE 11 A. - LE - N° 171

+

**LETTRÉ D'ENTENTE N° 171****CONCERNANT LES AUTOPSIES FAITES À LA DEMANDE DU CORONER**

**CONSIDÉRANT** l'objectif des parties négociantes de valoriser les activités d'autopsies faites à la demande du coroner;

**CONSIDÉRANT** les mesures mises en place à cette fin;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de pourvoir également à la couverture d'un système de garde en disponibilité pour l'ensemble du territoire québécois afin de répondre aux demandes d'autopsies provenant du coroner;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de prévoir également la rémunération du médecin anatomo-pathologiste qui est appelé à témoigner devant les tribunaux;

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Un supplément de garde en disponibilité est payé au médecin spécialiste en anatomo-pathologie qui est assigné de garde en disponibilité pour les autopsies faites à la demande du coroner, dans un territoire désigné.
2. Le supplément de garde en disponibilité est de 100 \$ par jour, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.
3. On reconnaît les dix (10) territoires suivants aux fins du paiement d'un supplément de garde en disponibilité pour les autopsies faites à la demande du coroner :

Territoire 1 : Il correspond au territoire regroupant les régions administratives du Bas Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine.

Territoire 2 : Il correspond au territoire de la région administrative du Saguenay/Lac Saint-Jean.

Territoire 3 : Il correspond au territoire de la région administrative de Québec.

Territoire 4 : Il correspond au territoire de la région administrative de la Mauricie/Centre-du-Québec.

Territoire 5 : Il correspond au territoire regroupant les régions administratives de l'Estrie et de Chaudière-Appalaches.

Territoire 6 : Il correspond au territoire regroupant les régions administratives de Montréal et du Nord-du-Québec, mais à l'exclusion de la garde en disponibilité pour les autopsies de nature pédiatrique.

Territoire 7 : Il correspond au territoire regroupant les régions administratives de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de l'Outaouais.

Territoire 8 : Il correspond au territoire de la région administrative de l'Abitibi-Témiscamingue.

Territoire 9 : Il correspond au territoire de la région administrative de la Montérégie.

Territoire 10 : Il correspond à l'ensemble des territoires du Québec pour couvrir de façon exclusive la garde en disponibilité pour les autopsies de nature pédiatrique.

# **AVIS :** Veuillez vous référer au tableau ci-dessous.

**TABLEAU DES SUPPLÉMENTS DE GARDE EN DISPONIBILITÉ  
POUR LES AUTOPSIES FAITES À LA DEMANDE D'UN CORONER**

<i>Spécialité</i>	<i>Codes d'actes lundi au vendredi à l'exception des jours fériés 100 \$</i>	<i>Territoire désigné</i>
<i>Anatomo-pathologie</i>	19663	<i>Territoire 1</i>
	19664	<i>Territoire 2</i>
	19665	<i>Territoire 3</i>
	19666	<i>Territoire 4</i>
	19667	<i>Territoire 5</i>
	19668	<i>Territoire 6</i>
	19669	<i>Territoire 7</i>
	19670	<i>Territoire 8</i>
	19671	<i>Territoire 9</i>
	19672	<i>Territoire 10</i>

# **AVIS** : Remplir le formulaire Demande de paiement – Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de l'établissement dans la case ÉTABLISSEMENT;
- l'un ou l'autre des codes d'acte susmentionnés dans la case ACTES;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'actes.**

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

4. Un seul supplément de garde est payable par jour, par territoire désigné.

5. Lorsqu'un médecin assume la garde de plus d'un territoire au cours d'une journée, le montant du supplément de garde auquel il a droit en vertu de l'article 2 est alors de 150 \$ par jour, et ce, peu importe le nombre de territoires pour lesquels il assume cette garde. Dans cette éventualité, aucun autre médecin ne peut réclamer un supplément de garde au cours de cette journée pour un de ces territoires.

# **AVIS** : Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19673 dans la case ACTES;
- le numéro de chaque territoire et le nom de chaque région administrative pour lesquels la garde a été effectuée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.**

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

6. Il appartient aux médecins anatomo-pathologistes de chacun des territoires d'élaborer une liste de garde pour les autopsies faites à la demande du coroner et de transmettre cette liste au bureau du coroner. Dans l'éventualité d'un désaccord, celui-ci est réglé par les parties négociantes, lesquelles déterminent le médecin ayant droit au paiement du supplément de garde prévu à la présente lettre d'entente.

7. Nonobstant toutes dispositions contraires prévues à l'Accord-cadre, le supplément de garde prévu à l'Annexe 25 peut, au cours d'une journée, être payable à un médecin spécialiste en plus du supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente.

8. Le médecin anatomo-pathologiste qui, suite à la réalisation d'une autopsie faite à la demande du coroner, est appelé à rendre un témoignage devant tout tribunal relativement à cette autopsie est rémunéré pour le temps consacré à ce témoignage. Il a alors droit à un forfait de 1 000 \$ par demi-journée de disponibilité au tribunal. Une demi-journée s'entend d'une période de trois heures et demie. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata.

# **AVIS** : Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19674 dans la case ACTES;
- le nombre de demi-heure(s) dans la case UNITÉS;
- pour le médecin rémunéré à l'acte, le code de localité du lieu de tribunal dans la case ÉTABLISSEMENT;
- pour le médecin rémunéré au mode mixte, l'établissement où il détient une autorisation pour ce mode dans la case ÉTABLISSEMENT et
- le code de localité du lieu où le témoignage a été effectué dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- les honoraires comptabilisés en demi-heure (142,86 \$) et reporter ce montant dans la case TOTAL;

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.**

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

# **AVIS** : Conserver, pour une période de 36 mois, l'ordonnance du tribunal ou la copie du subpoena assignant le médecin à comparaître, pour fins de références ultérieures.

9. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'Annexe 38 comprennent également les activités de témoignage visées à l'article 8 de la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activité du médecin donnant droit au paiement d'un demi *per diem* ou d'un *per diem*. Toutefois, ces activités de témoignage sont alors sujettes à un supplément d'honoraires de 60 %.

# **AVIS :** *Pour les activités de témoignage rémunérées selon le mode de rémunération mixte :*

*- Utiliser le code d'activité 065150.*

10. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base.

11. Les montants payables en vertu de la présente lettre d'entente ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements d'activités ou des plafonnements de gains de pratique.

12. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2009.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2009.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 172

+

**LETTRE D'ENTENTE N° 172****CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES**

**CONSIDÉRANT** qu'en vertu de certaines lois provinciales et fédérales, un médecin psychiatre peut être requis de procéder à diverses évaluations psychiatriques;

**CONSIDÉRANT** que dans le cas de la garde préventive, l'évaluation peut être effectuée par tout médecin;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de prévoir les modalités de rémunération des évaluations effectuées par les médecins spécialistes;

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Le médecin est rémunéré selon la tarification prévue à la présente lettre d'entente lorsqu'il est appelé à réaliser l'une des évaluations suivantes :

**1.1 Évaluation en vue d'une garde préventive.**

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin exerçant dans un établissement afin d'admettre une personne sous garde préventive lorsqu'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

**98000** Évaluation – garde préventive . . . . . 150 \$

**1.2 Évaluation psychiatrique dans le cadre d'une garde provisoire.**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin psychiatre suite à une ordonnance de garde émise par un tribunal. Cette évaluation doit préciser le diagnostic du médecin sur l'état mental de la personne et son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

**98001** Évaluation psychiatrique – garde provisoire . . . . . 200 \$

**1.3 Évaluation psychiatrique concernant la nécessité du maintien d'une garde en établissement ou sa prolongation.**

Il s'agit d'une évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre suite à l'émission d'une ordonnance de garde en établissement et destinée à vérifier de façon périodique si la garde est toujours nécessaire ou si elle doit être prolongée.

La tarification inclut la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

**98002** Évaluation psychiatrique – prolongation d'une garde . . . . . 200 \$

**1.4 Évaluation psychiatrique en vue d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement.**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin psychiatre en vue de l'émission d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement par un tribunal. Cette évaluation porte sur l'aptitude de la personne à consentir ainsi que sur le fait que l'état de santé du patient requiert la dispensation de ces soins.

**98003** Évaluation psychiatrique – ordonnance traitement/hébergement . . . . . 900 \$

**1.5 Évaluation psychiatrique en vue du suivi d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement.**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre sur ordonnance d'un tribunal ayant émis une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement assortie d'une obligation de suivi périodique par le médecin traitant.

Cette tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport et sa remise au CMDP.

**98004** Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance . . . . . 150 \$



**1.6 Évaluation psychiatrique dans le but de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé.**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin psychiatre suite à une ordonnance émise par un tribunal en vue de déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

**98005** Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé . . . . . 250 \$

**1.7 Évaluation psychiatrique en vue de déterminer la responsabilité criminelle d'un accusé.**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre suite à une ordonnance émise par un tribunal et visant à déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle.

Est également visée l'évaluation psychiatrique effectuée suite à l'ordonnance du tribunal et visant à déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau né était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

**98006** Évaluation psychiatrique – responsabilité criminelle . . . . . 750 \$

**1.8 Évaluation psychiatrique demandée par le tribunal administratif du Québec.**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre en vue d'une audience de la commission d'examen et ayant pour objet de déterminer le niveau de danger que représente un accusé et, le cas échéant, s'il est devenu apte à subir son procès.

**98007** Évaluation psychiatrique – commission d'examen . . . . . 500 \$

Est également visée l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre en vue d'une audience du tribunal administratif du Québec portant sur l'évaluation de la demande d'une personne d'être libérée d'une ordonnance de garde.

**98008** Évaluation psychiatrique – commission des affaires sociales . . . . . 500 \$

**1.9 Évaluation psychiatrique demandée par la curatelle publique.**

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin psychiatre et ayant pour objectif de déterminer l'inaptitude d'une personne à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens.

**98009** Évaluation psychiatrique – demandée par la curatelle publique . . . . . 500 \$

Le médecin qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour la même personne, le paiement des services codés 09825 et 09826.

**1.10 Évaluation psychiatrique dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre et ayant pour objet de guider un tribunal pour adolescents sur une ordonnance qu'il a à émettre sur un des sujets visés à l'article 34(2) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

**98010** Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents . . . . . 500 \$

**1.11 Évaluation psychiatrique en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse**

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre et ayant pour objet de guider le tribunal sur une ordonnance qu'il a à émettre dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et à la rédaction du rapport.

**98011** Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse . . . . . 500 \$

Le médecin psychiatre qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour un même patient, le paiement des services prévus à la lettre d'entente n° 64.

# **AVIS :** Voir sous l'onglet B Tarification des visites dans le Manuel des médecins spécialistes, la Lettre d'entente no 172 concernant le rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes.

2. Le médecin psychiatre qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif afin de faire suite à un rapport d'évaluation psychiatrique a droit à une rémunération de 1 000 \$ par demi-journée de disponibilité. Une demi-journée s'entend d'une période de trois heures et demie. Toute période d'activités moindre ou additionnelle est payée au prorata.

**98012** Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure 142,86 \$

# **AVIS** : Pour la facturation du code 98012, voir sous l'onglet B Tarification des visites dans le Manuel des médecins spécialistes, la Lettre d'entente no 172 concernant le rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes.

3. La rémunération prévue à la présente entente s'applique en sus de celle prévue à l'Accord-cadre pour l'examen de la personne visée. Le médecin psychiatre ne peut toutefois réclamer le paiement d'unité de temps au titre d'intervention de suivi ou d'entrevue avec un tiers.

4. Aux fins de l'application de l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente constitue une rémunération de base.

5. Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu de la présente lettre d'entente.

6. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'Annexe 38 comprennent également les activités d'évaluation visées à la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activités du médecin donnant droit au paiement d'un demi *per diem* ou d'un *per diem*. Toutefois, ces activités d'évaluation sont alors sujettes à un supplément d'honoraires de 50 %.

# **AVIS** : Pour les activités d'évaluation rémunérées selon le mode de rémunération mixte :  
- Utiliser le code d'activité **065151**.

7. Pour le médecin spécialiste rémunéré selon le mode de rémunération mixte, les activités médicales prévues à l'article 1.2 de l'Annexe 38 comprennent également les activités de témoignage visées à l'article 2 de la présente lettre d'entente, lesquelles peuvent alors être considérées dans le calcul de la période d'activités du médecin donnant droit au paiement d'un demi *per diem* ou d'un *per diem*. Toutefois, ces activités de témoignage sont alors sujettes à un supplément d'honoraires de 60 %.

# **AVIS** : Pour les activités de témoignage rémunérées selon le mode de rémunération mixte :  
- Utiliser le code d'activité **065150**.

8. Les activités prévues à la présente lettre d'entente et qui ne constituent pas des services assurés sont alors réputées être relatives 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*.

9. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2009.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2009.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 173

+

**LETTRE D'ENTENTE N° 173****CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL**

**CONSIDÉRANT** que les parties négociantes ont convenu de renouveler l'Annexe 24 concernant la rémunération des services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail* ;

**CONSIDÉRANT** que dans le cadre de ce renouvellement, les parties ont convenu d'ajouter divers nouveaux services dont le service « Rapport de consultation en spécialité » ;

**CONSIDÉRANT** que les parties souhaitent s'entendre sur le coût additionnel engendré par ce nouveau service ;

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La fréquence annuelle du nouveau service « Rapport de consultation en spécialité » pour les années 2009-2010 et 2010-2011 est estimée à 25 850 rapports par année.
2. Compte tenu d'une tarification de 50 \$, le coût annuel de ce nouveau service est estimé à un million deux cent quatre-vingt-douze mille cinq cents dollars (1 292 500 \$) par année, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.
3. Si au terme de l'entente, la somme de 1 292 500 \$ n'a pas été totalement versée au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011, les parties s'engagent à hausser la tarification de ce nouveau service ou d'un autre service médico-administratif visé à l'Annexe 24, de façon à compenser le solde non atteint, de façon récurrente jusqu'à l'année suivant celle où la fréquence attendue de 25 850 rapports aura été atteinte. Cette hausse ne sera toutefois pas prise en compte dans les négociations entourant le renouvellement de l'Annexe 24, à son échéance.
4. De plus, si au terme de l'entente la somme de 2 585 000 \$ n'a pas été totalement versée pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2009 au 31 mars 2011, les parties s'engagent à mettre en place une mesure afin de compenser le solde de cette non atteinte, et ce, de façon non récurrente. Cette mesure pourrait notamment prendre la forme d'une correction rétroactive du tarif aux médecins concernés ou de la mise en place anticipée de hausses tarifaires générales.
5. Si les débours annuels pour ce rapport sont plus élevés que la somme allouée, la Fédération reconnaît que le MSSS et la CSST pourront procéder à une analyse des impacts dudit rapport eu égard à la qualité et à l'utilité des informations transmises et réévaluer la pertinence de maintenir ce rapport à l'échéance du renouvellement de l'Annexe 24.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2009.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 174

+

**LETTRE D'ENTENTE N° 174****CONCERNANT LE PROJET DE TÉLÉPATHOLOGIE AUQUEL PARTICIPENT DES PATHOLOGISTES DE TOUTES LES RÉGIONS DU TERRITOIRE DU RÉSEAU INTÉGRÉ DE SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (RUIS-UL)**

**CONSIDÉRANT** que toutes les Agences de la santé et des services sociaux du territoire du RUIS-UL ont signé une adhésion au projet de télépathologie;

**CONSIDÉRANT** que tous les établissements participants vont conclure des ententes de service pour la télépathologie;

**CONSIDÉRANT** que la télépathologie comblera une partie des services non disponibles actuellement;

**CONSIDÉRANT** qu'il y a lieu d'assurer la rémunération des services dispensés par les médecins spécialistes dans le cadre de l'Entente de télépathologie;

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

**1.** Les médecins spécialistes en anatomo-pathologie qui, dans le cadre de l'*Entente de télépathologie*, dispensent des services auprès des établissements du territoire du RUIS-UL sont rémunérés de la façon suivante :

- 1.1** Ils conservent le mode de rémunération qui leur est actuellement applicable au sein de leur établissement;
- 1.2** Les services médicaux dispensés dans le cadre de l'*Entente de télépathologie* sont rémunérés selon la tarification suivante :
- i) le tarif des extemporanés/consultations per-opératoires avec ou sans congélation (codes 10030 et 10033) est majoré de 100 %;
  - ii) le tarif des consultations en raison de la complexité du cas ou de sa gravité (codes 10042 et 10050), est majoré de 25 %.

**AVIS :** Pour la rémunération autre que la rémunération mixte, il faut utiliser les modificateurs suivants :

- Pour les codes d'actes 10030 et 10033, utiliser le modificateur 046
- Pour les codes d'actes 10042 et 10050, utiliser le modificateur 096

Pour les services de Télépathologie effectués en urgence (règle 4 du préambule générale – Services de laboratoire en établissement), utiliser ces modificateurs multiples suivants :

Combinaison modificateur	Période d'application	Modificateur multiple
046-017	Nuit, de minuit à 7 h	559
046-018	Soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit	560
046-018	Week-end, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit	561
096-017	Nuit, de minuit à 7 h	562
096-018	Soir, du lundi au vendredi de 19 h à minuit	595
096-019	Week-end, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit	596

**1.3** Dans l'éventualité où le mode de rémunération mixte s'applique, le temps consacré aux services de télépathologie dispensés par ces médecins est pris en compte dans le calcul de la période d'activité du médecin et donnant droit au paiement d'un demi *per diem* ou d'un *per diem*. De plus, les suppléments d'honoraires prévus au modèle de rémunération mixte de l'anatomo-pathologie s'appliquent, sauf en ce qui a trait aux services visés à l'article 1.2 i) pour lesquels le supplément d'honoraires applicable est alors de 70 %.

**AVIS** : Pour le temps consacré aux services de télépathologie dispensés selon le mode de rémunération mixte :

- Utiliser le code d'activité **065152**

**AVIS** : Pour la rémunération mixte (du lundi au vendredi entre 7 h et 17 h), il faut utiliser les modificateurs suivants :

- Pour les codes d'actes 10030 et 10033, utiliser le modificateur 097
- Pour les codes d'actes 10042 et 10050, utiliser le modificateur 101

Pour les services de Télépathologie effectués en urgence (règle 4.2 de la Brochure no. 5), utiliser ces modificateurs multiples suivants :

Combinaison modificateur	Période d'application	Modificateur multiple
097-109	Soir, du lundi au vendredi de 21 h à minuit	544
097-110	Nuit, de minuit à 7 h	545
097-111	Week-end, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit	546
101-109	Soir, du lundi au vendredi de 21 h à minuit	547
101-110	Nuit, de minuit à 7 h	548
101-111	Week-end, (le samedi, le dimanche) et les jours fériés, de 7 h à minuit	549

**2.** La présente lettre d'entente s'applique à compter de la date déterminée par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2009.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec



**8.05** Le contrat d'assurance relatif au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité doit contenir entre autres les dispositions suivantes :

- a) Les réclamations dues à des causes antérieures à la date d'entrée en vigueur du régime ne doivent pas être exclues de ce seul fait;
- b) Si un médecin reçoit un revenu parce qu'il vaque à une occupation qui constitue un traitement normal de rééducation, la rente alors payable en vertu du présent régime sera réduite de 50% du revenu ainsi reçu;

**AVIS :** *Le médecin qui revient au travail après une absence pour invalidité de plus de 104 semaines doit informer la Régie s'il est ou non en période de rééducation. Si oui, il doit informer la Régie des dates de cette période.*

- c) La terminaison de l'assurance, y compris la terminaison par suite de la terminaison du contrat d'assurance, doit se faire sans préjudice quant aux droits d'un médecin alors invalide;
- d) Dans le cas où les fonctions du médecin sont suspendues temporairement par suite d'un congé, d'un retrait de services ou d'une mise à pied, grève ou lockout l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit versée par le médecin.

**8.06** Les prestations d'invalidité sont réduites de la rente d'invalidité ou de retraite que peut recevoir le médecin spécialiste et qui provient du Régime de rentes du Québec, de la Loi des accidents du travail ou de la Loi sur l'assurance automobile, du régime de retraite et de tout autre régime auquel a contribué la Régie.

**AVIS :** *Utiliser le code de congé 10 pour la facturation d'une période d'invalidité ou le médecin reçoit une rente d'invalidité d'autres organismes gouvernementaux en indiquant : le nom de l'organisme et le montant de la rente d'invalidité ou de retraite reçu.*

**8.07** L'assurance d'un médecin se termine à la première des dates suivantes :

- i) La date de terminaison de ses fonctions;
- ii) la date de la retraite.

**8.08** La rente d'invalidité de longue durée payable en vertu du régime complémentaire d'assurance invalidité de longue durée et déterminée selon les articles 8.03 et 8.04, se termine au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du médecin spécialiste invalide.

## **9.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÉGIME DE RETRAITE**

**9.01** Les médecins admissibles aux régimes d'avantages sociaux précédemment décrits participent au régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics selon les conditions qui y sont fixées.

**ANNEXE 22.****MODALITÉS DE FACTURATION RELATIVES À LA MÉDECINE DE LABORATOIRE ET AUX MODES DE L'HONORAIRE FORFAITAIRE EST MODIFIÉE COMME SUIT :**

1. Les modalités de facturation relatives à la radiologie et la médecine de laboratoire et aux modes de l'honoraire forfaitaire sont révisées au 1<sup>er</sup> octobre 1987.

À compter du 1<sup>er</sup> septembre 1987, on utilise le formulaire général prévu pour la médecine, pour la présentation des demandes de paiement relatives aux examens d'ultrasonographie et de scanographie.

2. Les demandes de paiement d'honoraires forfaitaires sont contresignées par la direction de l'établissement qui a conclu le contrat de services, sujet aux dérogations établies par les parties négociantes.

---

**ANNEXE 23**

VOIR SOUS L'ONGLET, *FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR* DU MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE.

---

**ANNEXE 24****RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL**

# VOIR SOUS L'ONGLET *TARIFICATION DES VISITES* PAGES B-150 à B-163 DU MANUEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

---



Aucun médecin autre que celui qui reçoit le forfait de prise en charge d'un patient ne peut recevoir une rémunération pour la dispensation de ces PDT à l'égard de ce patient, sauf à l'égard des procédés diagnostiques et thérapeutiques suivants, lorsqu'ils sont rendus dans une unité de soins intensifs pédiatriques :

00901 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz incluant la visite faite au cours des 30 jours précédents, le cas échéant

09304 Cathétérisme avec cathéter de Swan Gantz

00336 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : artérielle (périphérique)

00337 Dissection incluant ponction ou insertion de cathéter : veineuse

**AVIS :** *Inscrire la mention « Unité de soins pédiatriques » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et la lettre « A » dans la case C.S..*

Le forfait de prise en charge d'un patient comprend l'honoraire que le médecin pourrait autrement réclamer pour une réanimation cardio-respiratoire, sauf lorsqu'elle est faite durant la période située entre 19h00 et 07h00, quel que soit le jour visé.

**AVIS :** *Inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, l'heure de début de la réanimation cardio-respiratoire et inscrire la lettre « A » dans la case C.S..*

Les autres médecins peuvent, en tout temps, réclamer le paiement de l'honoraire prévu pour la réanimation cardio-respiratoire.

**4.5** Pour un même patient, un seul médecin a droit de réclamer le forfait dans une même période de vingt-quatre heures.

**4.6** Le forfait de prise en charge d'un patient ne comprend pas les soins de ventilation.

**4.7** Le montant du forfait de prise en charge d'un patient est celui indiqué au Tableau de la tarification des forfaits dans les unités de soins intensifs. Il varie selon le nombre de jours de séjours du patient dans l'unité, sauf lorsqu'un forfait de prise en charge d'une unité s'applique, auquel cas il ne varie pas.

**4.8** En pédiatrie, le forfait de prise en charge du patient rémunère la première heure de présence immédiate; chaque quart d'heure additionnel est rémunéré au taux de la surveillance de 26 \$. L'honoraire de surveillance inclut tous les services rendus au patient, tant que dure la surveillance, le médecin ne dispense aucun service à un autre patient.

**AVIS :** *Voir le code d'acte 00010 (surveillance à l'unité des soins intensifs) sous l'onglet B à la section Pédiatrie.*

Cet article ne s'applique pas au pédiatre le jour pour lequel il a réclamé le forfait de prise en charge de l'unité.

**4.9** Si un patient a quitté l'unité depuis plus de quarante-huit heures et y est réadmis, le taux du forfait du premier jour s'applique au jour de la réadmission.

**4.10** Dans une unité de soins intensifs pédiatrique, le forfait de prise en charge d'un patient ne s'applique pas à l'égard d'un patient recevant des soins d'oxygénation extracorporelle. Le médecin pédiatre qui prend charge de ce patient reçoit alors les honoraires prévus au tarif pour la dispensation de ce procédé thérapeutique, sans que cela n'affecte le droit pour le médecin qui assume la prise en charge de l'unité de réclamer les forfaits applicables pour l'unité et pour les autres patients.

## 5. LIMITATIONS DU FORFAIT DE PRISE EN CHARGE D'UNE UNITÉ

**5.1** Le médecin qui assume la prise en charge d'une unité reconnue à cette fin selon le paragraphe 3.3, a droit, dans la mesure où il assure une présence sur place, à un forfait de prise en charge d'une unité auquel s'ajoute le forfait de prise en charge du patient. Seul le médecin facturant le forfait de prise en charge d'une unité a droit au forfait de prise en charge du patient pour tous les patients hospitalisés dans cette unité. Le forfait de prise en charge d'une unité est de 490 \$ pour huit heures consécutives de présence ou de 610 \$ pour dix heures consécutives de présence. Si aucun médecin ne facture le forfait de prise en charge d'une unité, les dispositions relatives au paiement selon le mode du forfait de prise en charge d'un patient s'appliquent.

La présence du médecin doit être assurée dans la période se situant entre 07 h 00 et 19 h 00.

Dans tous les cas, un seul forfait de prise en charge d'une unité peut être payé par période de vingt-quatre heures, soit 07 h à 07 h.

**5.2 Rémunération exclusive :**

Le forfait de prise en charge d'une unité constitue un mode de rémunération exclusif.

Aussi, le médecin qui reçoit un tel forfait ne peut exiger d'autres honoraires de la Régie pour les services qu'il rend à tout patient de l'établissement au cours de la période se situant entre 07h00 et 19h00.

Toutefois, le médecin qui reçoit le forfait de prise en charge d'une unité a droit au paiement des honoraires prévus au tarif de sa discipline, majorés des pourcentages prévus à la Règle 14 du Préambule général, pour les urgences auxquelles il répond, après déplacement, à l'égard de tout patient de l'établissement, qu'il séjourne ou non dans l'unité de soins intensifs, en dehors des périodes mentionnées précédemment, que ces périodes se situent durant la semaine, les week-ends ou les jours fériés. Il a également droit, en tout temps, aux honoraires prévus pour les soins de réanimation dans les cas d'arrêt cardiaque et/ou de situations graves et complexes (codes 09403, 09404 et 09405) lorsque dispensés à l'égard de tout patient de l'établissement, à l'extérieur de l'unité des soins intensifs.

**AVIS :** *Indiquer l'heure de la visite effectuée en dehors de la période de 7 heures à 19 heures dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES. Ne pas tenir compte de cette directive pour la facturation des codes 09403, 09404 et 09405, car ceux-ci sont permis en tout temps.*

**5.3** Le forfait de prise en charge de l'unité comprend l'honoraire prévu pour l'évaluation des patients en vue de leur admission aux soins intensifs.

**5.4** Le forfait de prise en charge de l'unité comprend les honoraires des procédés diagnostiques et thérapeutiques (PDT) énumérés en annexe lorsque ces procédés sont faits sur les lieux de l'unité. Aucun médecin autre que celui qui reçoit le forfait de prise en charge de l'unité ne peut recevoir une rémunération pour la dispensation de ces PDT à l'égard de tout patient séjournant dans l'unité de soins intensifs visée, sauf à l'égard des procédés diagnostiques et thérapeutiques suivants lorsqu'ils sont rendus dans une unité de soins pédiatriques :

00276 Drainage thoracique fermé par pleurotomie  
00277 pleurodèse, supplément

**AVIS :** *Inscrire la mention « Unité de soins pédiatriques » dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et la lettre « A » dans la case C.S..*

**6. RÉMUNÉRATION POUR LES SOINS DE VENTILATION MÉCANIQUE ASSISTÉE**

La rémunération des soins de ventilation mécanique assistée apparaissant au Tableau de la tarification des forfaits dans les unités de soins intensifs s'applique à celui qui rend le service et s'ajoute, le cas échéant, aux autres forfaits prévus à la présente annexe.

**+ 7. MAJORATION LA FIN DE SEMAINE ET LES JOURS FÉRIÉS**

Le forfait de prise en charge du patient et le forfait de prise en charge de l'unité sont majorés du tiers le samedi, le dimanche et un jour férié

## TABLEAU DE LA TARIFICATION DES FORFAITS DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS

**AVIS :** *Tous les services dispensés à un patient hospitalisé dans une unité de soins intensifs reconnue aux fins de l'application de l'Annexe 29 par le professionnel qui facture un forfait de prise en charge ou par tout autre professionnel, doivent être facturés en utilisant le code 4XXX6 de l'établissement concerné.*

### 1. FORFAIT QUOTIDIEN DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT

1.1 Dans une unité de soins intensifs :

#### a) Sans prise en charge de l'unité

Forfait de prise en charge d'un patient	Rémunération des soins de ventilation mécanique assistée
Tarif indiqué dans la nomenclature des visites à l'Annexe 6 lorsque prévu	Tarif prévu à l'Annexe 6 pour les soins de ventilation

**AVIS :** *Pour la facturation du forfait de prise en charge du patient sans prise en charge de l'unité, voir les codes d'acte 00053, 00054, 08918, 08919, 09095, 09096, 15014 ou 15015 sous l'onglet B Tarification des visites du Manuel des médecins spécialistes.*

*Pour la facturation des soins de ventilation mécanique assistée lorsqu'il n'y a pas prise en charge de l'unité, voir les codes d'acte 00927, 00928, 00990 ou 00991 sous l'onglet D - Anesthésiologie du Manuel des médecins spécialistes, peu importe le médecin spécialiste qui rend les services.*

# **AVIS :** *Utiliser le modificateur 108 pour la majoration du tiers la fin de semaine et les jours fériés pour le forfait quotidien de prise en charge du patient sans la prise en charge de l'unité.*

#### b) Avec prise en charge de l'unité

	Codes d'acte	Code d'acte
	09097 et 09098	00900
Par jour par patient	81 \$	57 \$

**AVIS :** *Pour la facturation du forfait de prise en charge du patient avec prise en charge de l'unité, voir les codes d'acte 09097 ou 09098 sous l'onglet B Tarification des visites du Manuel des médecins spécialistes.*

*Pour la facturation des soins de ventilation mécanique assistée lorsqu'il y a prise en charge de l'unité, inscrire le code d'acte 00900 sous l'onglet D - Anesthésiologie du Manuel des médecins spécialistes, peu importe le médecin spécialiste qui rend les services. Lorsque ce service est effectué en urgence, après déplacement, veuillez vous référer à la Règle 14 du Préambule général et à l'article 5.2 de l'Annexe 29.*

# **AVIS :** *Utiliser le modificateur 108 pour la majoration du tiers la fin de semaine et les jours fériés pour le forfait quotidien de prise en charge du patient avec la prise en charge de l'unité.*

### 2. FORFAIT QUOTIDIEN DE PRISE EN CHARGE DE L'UNITÉ

Forfait de 8 heures : 490 \$

Forfait de 10 heures : 610 \$

**AVIS :** *- Inscrire XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;  
- inscrire le code d'acte 09294 (forfait de 8 heures) ou 09295 (forfait de 10 heures) dans la case ACTES;  
- inscrire le code d'établissement correspondant à l'unité de soins intensifs (4XXX6).*

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

#### SOINS D'URGENCE

Voir la règle 14 du Préambule général et la Règle d'application n° 6.

**AVIS :** *Le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte dans l'établissement où il prend charge de l'unité de soins intensifs, doit obligatoirement inscrire le modificateur 117 ou un de ses multiples (Voir l'article 15.2iii de l'Annexe 38 - Brochure n° 5) ou le modificateur 121 ou un de ses multiples (Voir l'article 11.2 de l'Annexe 40) pour tous les services facturés le jour de cette prise en charge.*

# **AVIS :** *Utiliser le modificateur 108 pour la majoration du tiers la fin de semaine et les jours fériés pour le forfait quotidien de prise en charge de l'unité.*

**ANNEXE**  
**Tarification des actes inclus dans le forfait**  
**de prise en charge de l'unité**

**Actes inclus :**

- 00301 Cathétérisme veine ombilicale, incluant le prélèvement
- 00307 Cathétérisme artère ombilicale : mise en place et maintien du cathéter ou son remplacement
- 00276 Drainage thoracique fermé par pleurotomie
- 00277 Drainage thoracique fermé par pleurotomie, pleurodèse, supplément
- 00489 Cardioversion électrique ou défibrillation
- 00530 Cathéter électrode de stimulation intracardiaque temporaire
- 00573 Tamponnade oesophago-gastrique par tube ballon
- 00574 Tamponnade oesophago-gastrique : supervision par jour
- 00582 Ponction abdominale pour fins diagnostiques ou thérapeutiques
- 00597 Ponction péricardique
- 00611 Ponction : vessie
- 00615 Traitement de pneumothorax : ponction évacuatrice
- 00616 Traitement de pneumothorax : aiguille et drainage continu
- 00350 ECG dynamique (bande de 24 heures)
- \*\*\* Insertion d'un cathéter dans la veine-cave : patient de + de 16 ans  
\*\*\* (voir actes codés 00903, 00994, 09306)
- \*\*\* Insertion d'un cathéter dans la veine-cave : patient de - de 16 ans  
\*\*\* (voir actes codés 00902, 00993, 09305)
- 00343 Insulinothérapie intensive à doses multiples et variables, initiation ou vérification du traitement, par patient, maximum 4 par patient, par période de 12 mois
- 09316 Insulinothérapie : perfusion continue d'insuline, par jour
- 09334 Mise en place d'un cathéter péricardique
- 09335 Administration de médicaments dans un cathéter péricardique
- 09418 Ponction pleurale

**ANNEXE**  
**Liste des établissements reconnus (Annexe 29)**

Nom et code de l'établissement Identification de l'unité visée	Forfait de prise en charge du patient	Forfait de prise en charge de l'unité	Nombre de lits	Date d'entrée en vigueur
<b>AGENCE DU SAGUENAY-LAC SAINT-JEAN (02)</b>				
<b>Centre hospitalier Jonquière (42516)</b> . 1 unité mixte	X		6	1 <sup>er</sup> août 1994
<b>CSSS de Chicoutimi (42476)</b> . 1 unité mixte . 1 unité pédiatrique	X X		15 4	19 déc. 1994 19 déc. 1994
<b>AGENCE DE LA CAPITALE (03)</b>				
<b>Centre hospitalier affilié universitaire de Québec Hôpital du Saint-Sacrement (42126)</b> . 1 unité mixte (à l'exclusion de l'unité des grands brûlés)	X		8	1 <sup>er</sup> juin 1994
<b>Centre hospitalier universitaire de Québec Pavillon Saint-François d'Assise (42106)</b> . 1 unité mixte (à l'exclusion de l'unité des soins coronariens)	X		10	1 <sup>er</sup> août 1994
<b>Centre hospitalier affilié universitaire de Québec Hôpital de l'Enfant-Jésus (42036)</b> . 1 unité de soins intensifs A-B . 1 unité de soins intensifs C-D . 1 unité des grands brûlés	X X X	X X X	12 12 10	20 janvier 2003 20 janvier 2003 20 janvier 2003
<b>Centre hospitalier universitaire de Québec Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec (42046)</b> . 1 unité mixte	X	X	7	1 <sup>er</sup> mars 2005
<b>Hôpital Laval (42066)</b> . 1 unité mixte . 1 unité de chirurgie cardiaque	X X		10 18	1 <sup>er</sup> juin 1994 1 <sup>er</sup> janv. 1998
<b>AGENCE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (04)</b>				
<b>Hôpital Sainte-Croix (42776)</b> . 1 unité mixte	X		8	1 <sup>er</sup> juin 1994
<b>Centre hospitalier régional de Trois-Rivières Pavillon Sainte-Marie (41836)</b> . 1 unité mixte	X		22	9 décembre 2004
<b>Hôtel-Dieu d'Arthabaska (42756)</b> . 1 unité mixte	X		8	1 <sup>er</sup> mai 1995

Nom et code de l'établissement Identification de l'unité visée	Forfait de prise en charge du patient	Forfait de prise en charge de l'unité	Nombre de lits	Date d'entrée en vigueur
<b>AGENCE DE L'ESTRIE (05)</b>				
<b>C. H. U. de Sherbrooke</b> <b>- Hôtel-Dieu (41106)</b> . 1 unité médicale . 1 unité chirurgicale	X X		8 6	1 <sup>er</sup> août 1998 1 <sup>er</sup> août 1998
<b>C. H. U. de Sherbrooke</b> <b>- Hôpital Fleurimont (41166)</b> . 1 unité médicale  . 1 unité de soins intensifs cardiologiques . 1 unité chirurgicale . 1 unité pédiatrique	X  X X X X	  X X X	7  9 12 7 7	1 <sup>er</sup> févr. 1999 1 <sup>er</sup> janv. 1999 1 <sup>er</sup> févr. 1999 1 <sup>er</sup> août 1998 1 <sup>er</sup> août 1998 1 <sup>er</sup> juillet 2003
<b>AGENCE DE MONTRÉAL-CENTRE (06)</b>				
<b>Hôpital neurologiques de Montréal (40196)</b> . 1 unité mixte neurologique et neurochirurgicale	X	X	9	1 <sup>er</sup> juin 1994
<b>Hôpital Saint-Luc du CHUM (40306)</b> . 1 unité médico-chirurgicale #1 . 1 unité médico-chirurgicale #2	X X	X X	7 7	1 <sup>er</sup> août 1998 1 <sup>er</sup> août 1998
<b>C. H. U. Sainte-Justine (40346)</b> . 1 unité polyvalente pédiatrique #1 . 1 unité polyvalente pédiatrique #2	X X	X X	11 11	1 <sup>er</sup> juin 1994 1 <sup>er</sup> juin 1994
<b>Hôpital Maisonneuve-Rosemont (40156)</b> <b>Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux</b> . 1 unité chirurgicale . 1 unité neuro-médicale	X X	X X	9 9	1 <sup>er</sup> juin 1994 16 déc. 1997
<b>L'Hôpital de Montréal pour enfants (40176)</b> . 1 unité pédiatrique . 1 unité pédiatrique	X X	X X	9 9	1 <sup>er</sup> mars 1998 1 <sup>er</sup> mars 1998
<b>Hôpital Royal Victoria (40256)</b> . 1 unité chirurgicale - CT . 1 unité médicale - CT . 1 unité de soins intensifs respiratoires	X X X	X X X	12 12 7	1 <sup>er</sup> juin 1994 15 août 1999 1 <sup>er</sup> juin 1994

#

**Forfait de prise en charge de patient**

**1.3** Ce forfait est payable pour chaque patient vu et pris en charge par le médecin spécialiste en anesthésiologie dans un centre de douleur chronique reconnu, au cours de la période de 7 h à 17 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Le forfait de prise en charge de patient est de deux (2) unités par patient pour l'évaluation initiale et d'une (1) unité par patient pour les visites subséquentes.

**AVIS :** Afin de facturer le forfait de prise en charge de patient, veuillez utiliser les codes d'acte suivants : VALEUR

15074	pour l'évaluation initiale . . . . .	100,00
15075	pour les visites subséquentes . . . . .	50,00

Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante :

- Inscrire le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- Le code d'acte dans la case ACTES;
- Le numéro d'établissement correspondant au centre de douleur chronique reconnu par les parties négociantes (4XXX1);
- Les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.**

**2. CENTRES DE DOULEUR CHRONIQUE**

Les centres de douleur chronique reconnus par les parties négociantes aux fins du présent protocole sont les suivants :

- Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières / Pavillon Sainte-Marie
- + - CHAUQ : Hôpital de l'Enfant-Jésus
- CHUQ : Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval
- CHUS : Pavillon Fleurimont
- CUSM (Centre universitaire de santé McGill)
- Hôpital Charles-Lemoyne
- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont : Pavillon Maisonneuve / Pavillon Marcel-Lamoureux
- Hôpital Royal Victoria
- Hôpital Sainte-Justine
- Hôpital de Montréal pour enfants
- Hôtel-Dieu du CHUM
- Hôtel-Dieu de Lévis

### 3. RÉMUNÉRATION EXCLUSIVE

La rémunération prévue en vertu de la présente annexe constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins spécialistes en anesthésiologie qui exercent dans un centre de douleur chronique reconnu.

Le médecin spécialiste en anesthésiologie qui réclame le paiement des forfaits prévus à la présente annexe au cours d'une journée ne peut toucher aucune autre rémunération de la Régie entre 7 h et 17 h au cours de cette journée, à l'exception des actes suivants qui, lorsque dispensés dans un centre de douleur chronique reconnu, sont alors rémunérés selon le nombre d'unités indiquées :

Codes d'actes	Actes	Rémunération
20031	Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques : Nerf splanchnique (plexus coeliaque) . . . . .	1 unité
20032	Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques : Paravertébral d'une chaîne sympathique (thoracique ou lombaire) : unilatéral. . . . .	1 unité
20033	Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques : Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée, une racine . . . . .	1 unité
20034	Blocages nerveux diagnostiques et thérapeutiques : Infiltration dans le foramen sous télévision d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée, incluant la surveillance et les visites de contrôle au cours de la même journée, deux racines ou plus . . . . .	2 unités
+20035	Vertébroplastie percutanée incluant la ponction percutanée, l'injection de substance de contraste, la tomodensitométrie ou la fluoroscopie, l'injection de ciment et les visites techniques, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux. . . . .	3 unités
07101	Rhizotomie percutanée ou traitement pour lésion facettaire (excluant les blocs), toute technique, toute voie d'approche, unilatérale ou bilatérale, un ou plusieurs niveaux. . . . .	3 unités
07102	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion : Implantation d'électrodes percutanées . . . . .	3 unités
07103	Implantation d'électrodes et/ou de stimulateur et/ou de pompes à perfusion : Implantation du stimulateur ou d'une pompe à perfusion . . . . .	3 unités

**AVIS :** Remplir le formulaire Demande de paiement - Médecin n° 1200 de la façon suivante :

- Inscrire le numéro de la personne assurée dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- Le code d'acte dans la case ACTES;
- Le numéro d'établissement correspondant au centre de douleur chronique reconnu par les parties négociantes (4XXX1);
- Les honoraires selon la valeur de l'unité à 50 \$ et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ces codes d'acte.**

**AVIS :** Pour tous les services de l'Annexe 41 ainsi que ceux réalisés la même journée, veuillez inscrire dans la case P.H. la plage horaire durant laquelle le service a été rendu :

- de minuit à 7 h (nuit) = 1
- de 7 h à 12 h (AM), la plage horaire = 2
- de 12 h à 17 h (PM), la plage horaire = 3
- de 17 h à minuit (soir) = 4

Après 17 h, le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de rémunération mixte doit réclamer ses services selon les modalités de l'Annexe 38. Les autres médecins spécialistes doivent réclamer leurs services selon le Manuel de facturation.

### 4. VALEUR DE L'UNITÉ

Aux fins de l'application de la rémunération forfaitaire prévue à la présente annexe, la valeur d'une unité est de 50 \$.

### 5. LIMITATION

Le médecin spécialiste en anesthésiologie qui exerce dans un centre de douleur chronique reconnu ne peut réclamer le paiement de plus de trente (30) unités au cours d'une journée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2008.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec



**+ ANNEXE 42****ENTENTE CONCERNANT L'INSTAURATION DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES RÉPONDANTS EN PSYCHIATRIE**

# **AVIS** : *Les instructions de facturation qui s'y rapportent suivront.*

Cette entente établit les modalités de rémunération du médecin qui assume la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour le territoire d'un établissement désigné. Aux fins des présentes, un établissement désigne un CSSS, un CHU ou un CHA.

Elle établit également des modalités de rémunération pour les médecins psychiatres du territoire qui participent à l'offre de service en santé mentale et en psychiatrie dans ce territoire.

On ne peut se prévaloir de la présente entente pour la rémunération d'autres activités professionnelles.

**1. MÉDECIN SPÉCIALISTE RÉPONDANT EN PSYCHIATRIE**

**1.1** La fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie est celle qui, dans le cadre d'une organisation structurée des services en santé mentale et en psychiatrie établie localement ou régionalement dans le territoire d'un établissement, consiste à soutenir les services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale et en psychiatrie de façon à répondre aux besoins de la population de ce territoire. Elle s'applique soit pour la clientèle adulte, soit pour la clientèle jeunesse.

**1.2** Les parties conviennent que pour les fins de la présente entente, afin de rendre efficaces les services dispensés par le médecin spécialiste répondant en psychiatrie, l'établissement doit prévoir qu'une à deux ressources professionnelles, par tranche de 50 000 habitants ou par tranche de 50 000 jeunes, soient allouées au département de psychiatrie. Ces ressources ont comme fonction d'assurer la liaison bidirectionnelle entre les services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale et le département de psychiatrie et ne doivent pas diminuer le nombre des ressources actuellement mises à la disposition du département de psychiatrie.

**2. ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES**

**2.1** On distingue les activités du médecin spécialiste répondant en psychiatrie selon les fonctions assumées par celui-ci dans le territoire.

**2.1.1 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien à l'équipe de santé mentale pour adultes**

Le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour la clientèle adulte d'un établissement assume les fonctions suivantes au cours de la période de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi :

- Il assure une présence sur place au sein de l'équipe de santé mentale pour adultes de l'établissement et ce, à raison d'une demi-journée (3 heures et demie) par semaine, pour chaque point de service de l'établissement. Au cours de cette période, son rôle consiste principalement à soutenir les membres de l'équipe de santé mentale par des discussions de cas. De façon exceptionnelle, suite à une discussion de cas, le médecin spécialiste répondant en psychiatrie peut décider de la nécessité d'évaluer le patient avec les membres de l'équipe.

Par point de service, on entend chaque centre d'un établissement où il y a une équipe de santé mentale en place.

- Pour le reste de la période, il donne suite aux demandes de consultation téléphonique provenant des membres de l'équipe de santé mentale ou de l'intervenant du guichet d'accès, tout en maintenant ses activités cliniques.

**2.1.2 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien à l'équipe de santé mentale pour les jeunes**

Le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour la clientèle jeunesse d'un établissement ou d'un Centre jeunesse assume les fonctions suivantes au cours de la période de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi :

- Il assure une présence sur place au sein de l'équipe de santé mentale pour les jeunes de l'établissement ou du Centre jeunesse et ce, à raison d'une demi-journée (3 heures et demie) par semaine. Au cours de cette période, son rôle consiste principalement à soutenir les membres de l'équipe de santé mentale par des discussions de cas. De façon exceptionnelle, suite à une discussion de cas, le médecin spécialiste répondant en psychiatrie peut décider de la nécessité d'évaluer le patient avec les membres de l'équipe.

- Pour le reste de la période, il donne suite aux demandes de consultation téléphonique pour la clientèle jeunesse et provenant des membres de l'équipe de santé mentale ou de l'intervenant du guichet d'accès, tout en maintenant ses activités cliniques.

### 2.1.3 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les adultes

Si l'organisation des services en santé mentale du territoire le prévoit, le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les adultes assume les fonctions suivantes au cours de la période de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi :

- Il assure une disponibilité de garde téléphonique pour les médecins du territoire de l'établissement;
- Il donne suite à leur demande de consultation téléphonique, tout en maintenant des activités cliniques.

### 2.1.4 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les jeunes

Si l'organisation des services en santé mentale du territoire le prévoit, le médecin qui agit à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les jeunes assume les fonctions suivantes au cours de la période de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi :

- Il assure une disponibilité de garde téléphonique pour les médecins du territoire de l'établissement;
- Il donne suite à leur demande de consultation téléphonique, tout en maintenant des activités cliniques.

### 2.1.5 Médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien aux cabinets de médecins du territoire

Dans certains territoires, les activités de soutien prévues aux articles 2.1.1 et 2.1.2 peuvent également s'étendre à une présence sur place auprès des médecins des cabinets, groupes de médecins de famille et cliniques réseau du territoire desservi par l'établissement visé, lorsque l'organisation des services dans ce territoire le prévoit et que l'établissement et les médecins psychiatres impliqués le demandent.

Une autorisation spécifique des parties négociantes est toutefois requise et la présence sur place est alors d'une demi-journée (3 heures et demie) par semaine pour l'ensemble des cabinets, groupes de médecins de famille et cliniques réseau du territoire.

### 2.1.6 Médecins psychiatres consultants

En plus des activités offertes par le médecin spécialiste répondant en psychiatrie, tout médecin psychiatre du territoire de l'établissement visé peut être appelé à répondre à une demande de consultation téléphonique provenant d'un médecin de l'équipe de santé mentale de l'établissement, de l'intervenant du guichet d'accès ou de tout autre médecin.

**2.1.7** Le nombre de médecins agissant à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie pour un territoire et un établissement donnés est déterminé par les parties négociantes en fonction notamment du volume d'activités en santé mentale et en psychiatrie et du nombre d'habitants du territoire desservi par l'établissement visé.

À cette fin, les parties conviennent que l'organisation des services dans un territoire devrait prévoir l'équivalent d'un médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien pour les adultes par 50 000 habitants et l'équivalent d'un médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien pour les jeunes par 50 000 jeunes.

Il en est de même pour la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique. Toutefois, selon le territoire et l'établissement visés, ces activités peuvent être assumées par le médecin spécialiste répondant en psychiatrie en soutien à l'équipe de santé mentale ou par le médecin psychiatre qui assume la garde en disponibilité au sein du département de psychiatrie de l'établissement.

## 3. DÉSIGNATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES RÉPONDANTS EN PSYCHIATRIE

**3.1** Toute demande d'autorisation de paiement en vertu de la présente entente est transmise par l'administration de l'établissement à la demande du département de psychiatrie. La demande indique si elle vise le milieu adulte ou jeunesse. Elle indique également si l'organisation des services prévoit la mise sur pied d'un médecin spécialiste répondant en psychiatrie en consultation téléphonique pour les adultes ou pour les jeunes. Elle fait état des médecins exerçant dans le département et souhaitant être reconnus à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie ainsi que du nombre de montants forfaitaires annuels à leur être attribué pour la rémunération des activités visées à la présente entente.

**3.2** Les parties négociantes forment un comité conjoint aux fins de recevoir et d'analyser les demandes d'autorisation de paiement suivant le mode de rémunération prévu à la présente entente.

**3.3** Le comité analyse les demandes d'autorisation de paiement en considérant notamment l'établissement visé, le cadre d'organisation des services en santé mentale et en psychiatrie dans le territoire de l'établissement, les besoins exprimés par les médecins de 1<sup>re</sup> ligne, les médecins qui souhaitent agir à titre de médecin spécialiste répondant en psychiatrie, le nombre de montants forfaitaires demandés et tous autres critères pouvant être déterminés par les parties négociantes.

**3.4** Le comité prend également en considération si l'organisation des services en santé mentale et en psychiatrie du territoire de l'établissement prévoit un guichet d'accès aux services, la constitution d'une équipe de santé mentale pour adultes et, le cas échéant, pour les jeunes, la présence d'un module d'évaluation liaison et de services de liaison et la reconnaissance et le soutien de la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie, tel que prévu à la présente entente.

**3.5** Le comité recommande aux parties négociantes l'acceptation ou le refus de la demande d'autorisation de paiement suivant le mode de rémunération prévu à la présente entente.

L'avis d'autorisation comporte l'information nécessaire à l'application de la présente entente dont l'identification de l'établissement et du territoire visés, la date du début d'application, le nom des médecins psychiatres désignés, les fonctions visées ainsi que le nombre de montants forfaitaires payables.

**3.6** L'autorisation de paiement est valide pour une période d'un an et est renouvelée à son échéance.

**3.7** La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente entente.

#### **4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION**

**4.1** Pour les activités de soutien visées aux articles 2.1.1, 2.1.2 et, le cas échéant à l'article 2.1.5, le médecin psychiatre a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 150 \$ par demi-journée, lequel comprend une compensation pour les frais de déplacement. Il a également droit à la rémunération à l'acte prévue à l'Accord-cadre au tarif de sa discipline pour l'ensemble des services qu'il dispense au cours de cette demi-journée.

Ces modalités de rémunération s'appliquent de façon exclusive au cours de cette demi-journée. Le médecin spécialiste n'a droit à aucun autre mode de rémunération pendant cette demi-journée. Ainsi, les heures d'activités effectuées au cours de cette demi-journée ne peuvent notamment être considérées pour les fins du calcul des per diem ou demi per diem payables en vertu du mode de rémunération mixte.

Pour le reste de la période où il n'est pas présent au sein de l'équipe de santé mentale, le médecin psychiatre conserve son mode de rémunération habituel. Il a toutefois droit aux mesures de rémunération prévues aux articles 4.2 et 4.3, selon le cas.

**4.2** Pour l'activité de disponibilité téléphonique visée aux articles 2.1.3 et 2.1.4, le médecin psychiatre a droit au paiement d'un forfait de disponibilité de 75 \$ par jour.

**4.3** Pour les activités de consultations téléphoniques visées aux articles 2.1.1 à 2.1.6, le médecin psychiatre a droit à une rémunération de 75 \$ par consultation téléphonique. Le médecin qui réclame ce tarif doit toutefois remettre un rapport de consultation au médecin qui a demandé la consultation ou à l'intervenant du guichet d'accès.

**4.4** Pour le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, la rémunération prévue à l'article 4.3 est payable selon un supplément d'honoraires de 60 %.

#### **5. LIMITATION**

**5.1** Un nombre global de montants forfaitaires est autorisé pour chaque territoire desservi par un établissement désigné, aux fins de la rémunération des activités de soutien visées aux articles 2.1.1, 2.1.2 et, le cas échéant, à l'article 2.1.5. Ce nombre est établi en fonction de la population desservie par l'établissement, du volume d'activité en santé mentale et en psychiatrie et du nombre de médecins psychiatres dans ce territoire.

**5.2** Un médecin ne peut réclamer plus d'un montant forfaitaire par demi-journée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2008.

**YVES BOLDUC, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec



## PROTOCOLE D'ACCORD

### CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RELATIVES À LA MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE POUR LES FINS DU SYSTÈME DU SANG AU QUÉBEC

#### 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 (L.R.Q., c. R-5).

#### LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

##### 1. OBJET

**1.1** Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération des activités professionnelles relatives à la médecine transfusionnelle effectuées pour les fins du système de sang au Québec par le médecin qui a qualification de spécialiste en hématologie.

##### 2. CHAMP D'APPLICATION

**2.1** Les dispositions de l'Accord-cadre entre la Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent au médecin visé, sous réserve des stipulations du présent protocole d'accord.

Aux fins de l'application des dispositions régissant la rémunération différente et la rémunération progressive, la rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.

**2.2** Outre les parties, la Régie et les médecins visés, le présent protocole lie les établissements concernés et les agences.

##### 3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

**3.1** L'activité professionnelle visée aux présentes est celle relative à la planification, à la gestion et au contrôle des activités transfusionnelles sur le plan médico-administratif dans l'établissement où le médecin spécialiste visé détient des privilèges. Le lieu de cette activité peut donc correspondre à un établissement désigné ou associé, à un centre d'hémophilie et d'inhibiteurs de la coagulation ou à un établissement affilié.

**3.2** Le médecin spécialiste visé est celui qui se voit confier, selon les besoins, les attributions suivantes:

- a) la mise en place et le respect des normes pour le sang et ses dérivés dans les banques de sang;
- b) la mise en place et le respect des normes pour la tenue et la conservation des registres et pour le bon fonctionnement du système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIATH);
- c) la définition des besoins des établissements en produits sanguins, dérivés et substituts, leur priorisation et la surveillance de l'approvisionnement des établissements désignés, associés et affiliés;
- d) la gestion du budget spécifique à la banque de sang;
- e) la participation à la négociation des ententes de services interétablissements;
- f) la mise en place et la coordination du ou des comités de médecine transfusionnelle;
- g) la direction et la supervision des activités du personnel engagé pour l'assister dans la prise en charge de la médecine transfusionnelle dans un établissement;
- h) la supervision des activités de surveillance des risques reliés à la transfusion sanguine et au retraçage des produits ;
- i) l'implantation et le suivi d'un système d'assurance qualité; et
- j) la participation aux divers comités mis sur pied dans les établissements pour les fins du système du sang au Québec.

**3.3** L'activité professionnelle visée aux présentes ne comprend toutefois pas les activités de la banque de sang prévue au tarif de la médecine de laboratoire, laquelle continue d'être rémunérée selon ce tarif.

**4. RÉMUNÉRATION**

**4.1** La rémunération de l'activité professionnelle visée aux présentes est effectuée selon le mode de tarification à l'acte.

+ 09779            activité professionnelle relative à la médecine transfusionnelle, pour chaque heure. . . . .            135,00

**AVIS :** *Remplir le formulaire* Demande de paiement – médecin n° 1200 *de la façon suivante , inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 09779 dans la case ACTES;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- le code d'établissement ;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- l'heure de début et de fin de la période dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

***Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.  
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.***

**4.2** Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée aux présentes a également droit au paiement de ses frais de déplacement, tel que prévu à l'Annexe 23 de l'Accord-cadre.

**5. DIVERS**

**5.1** Une enveloppe budgétaire de 1,7 million par année est allouée à la rémunération des activités professionnelles visées au présent protocole. Les parties veillent à la répartition de cette enveloppe budgétaire afin de permettre l'application du protocole pour l'ensemble des établissements visés.

**6. ENTRÉE EN VIGUEUR**

**6.1** Le présent protocole d'accord prend effet le 15 mai 2000.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de décembre 2000.

**PAULINE MAROIS**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec