24 avril 2025

MÉDECINS OMNIPRATICIENS

BROCHURE N^{O} 1

Entente générale

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

TABLE DES MATIÈRES

ACCORD-CADRE 1

ANNEXE I 13

ANNEXE II 14

ANNEXE III 19

ANNEXE IV 20

1. ENTENTE 1

CHAPITRE I – DÉFINITIONS ET CLAUSES ORGANIQUES 1

CHAPITRE II – SÉCURITÉ SYNDICALE 3

CHAPITRE III – OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL ET INSTITUTIONNEL ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN MILIEU INSTITUTIONNEL 5

CHAPITRE IV – CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION EN ÉTABLISSEMENT 8

CHAPITRE V – MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME ET CONDITIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION 20

CHAPITRE VI – ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE 27

CHAPITRE VII – DIFFÉREND ET ARBITRAGE 28

CHAPITRE VIII – DISPOSITIONS RELATIVES AUX EFFECTIFS MÉDICAUX 32

CHAPITRE IX – COMITÉS 36

CHAPITRE X – MODIFICATIONS DE L'ENTENTE 38

CHAPITRE XI – CONSULTATIONS 39

CHAPITRE XII – DISPOSITIONS TRANSITOIRES 40

CHAPITRE XIII – RENOUVELLEMENT 41

CHAPITRE XIV – ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE 42

ANNEXE I 43

ANNEXE II 44

ANNEXE III 45

ANNEXE V 46

ANNEXE VI 47

ANNEXE VIII 96

ANNEXE IX 98

ANNEXE X 111

ANNEXE XI 112

ANNEXE XII 113

ANNEXE XII-A 130

ANNEXE XIII 133

ANNEXE XIV 134

ANNEXE XV 138
ANNEXE XVI 151
ANNEXE XVII 154
ANNEXE XVIII 158
ANNEXE XIX 165
ANNEXE XX 170
ANNEXE XXI 181
ANNEXE XXII 187
ANNEXE XXIII 208
2. LETTRES D'ENTENTE 1
LETTRE D'ENTENTE No 7 1
LETTRE D'ENTENTE No 8 3
LETTRE D'ENTENTE No 20 5
LETTRE D'ENTENTE No 38 6
LETTRE D'ENTENTE No 44 7
LETTRE D'ENTENTE No 56 8
LETTRE D'ENTENTE No 57 9
LETTRE D'ENTENTE No 61 11
LETTRE D'ENTENTE No 68 12
LETTRE D'ENTENTE No 69 13
LETTRE D'ENTENTE No 74 14
LETTRE D'ENTENTE No 87 15
LETTRE D'ENTENTE No 101 16
LETTRE D'ENTENTE No 104 17
LETTRE D'ENTENTE No 105 19
LETTRE D'ENTENTE No 114 20
LETTRE D'ENTENTE No 116 22
LETTRE D'ENTENTE No 130 26
LETTRE D'ENTENTE No 131 29
LETTRE D'ENTENTE No 132 32
LETTRE D'ENTENTE No 137 38
LETTRE D'ENTENTE No 138 39
LETTRE D'ENTENTE No 139 41
LETTRE D'ENTENTE No 140 42
LETTRE D'ENTENTE No 153 44
LETTRE D'ENTENTE No 154 46
LETTRE D'ENTENTE No 158 48

LETTRE D'ENTENTE No 167 51
LETTRE D'ENTENTE No 183 52
LETTRE D'ENTENTE No 185 54
LETTRE D'ENTENTE No 188 55
LETTRE D'ENTENTE No 191 62
LETTRE D'ENTENTE No 196 63
LETTRE D'ENTENTE No 197 67
LETTRE D'ENTENTE No 198 69
LETTRE D'ENTENTE No 203 70
LETTRE D'ENTENTE No 204 73
LETTRE D'ENTENTE No 205 75
LETTRE D'ENTENTE No 206 76
LETTRE D'ENTENTE No 210 78
LETTRE D'ENTENTE No 211 80
LETTRE D'ENTENTE No 213 81
LETTRE D'ENTENTE No 216 83
LETTRE D'ENTENTE No 217 84
LETTRE D'ENTENTE No 221 87
LETTRE D'ENTENTE No 223 89
LETTRE D'ENTENTE No 224 95
LETTRE D'ENTENTE No 227 96
LETTRE D'ENTENTE No 228 98
LETTRE D'ENTENTE No 229 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199 99
LETTRE D'ENTENTE No 230 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199 ... 106
LETTRE D'ENTENTE No 231 107
LETTRE D'ENTENTE No 232 108
LETTRE D'ENTENTE No 235 109
LETTRE D'ENTENTE No 237 113
LETTRE D'ENTENTE No 239 115
LETTRE D'ENTENTE No 240 118
LETTRE D'ENTENTE No 241 120
LETTRE D'ENTENTE No 242 121
LETTRE D'ENTENTE No 243 122
LETTRE D'ENTENTE No 244 123
LETTRE D'ENTENTE No 248 125
LETTRE D'ENTENTE No 249 126
LETTRE D'ENTENTE No 250 128

LETTRE D'ENTENTE No 251 131
LETTRE D'ENTENTE No 254 132
LETTRE D'ENTENTE No 255 134
LETTRE D'ENTENTE No 259 136
LETTRE D'ENTENTE No 260 139
LETTRE D'ENTENTE No 261 140
LETTRE D'ENTENTE No 263 141
LETTRE D'ENTENTE No 264 142
LETTRE D'ENTENTE No 265 144
LETTRE D'ENTENTE No 267 145
LETTRE D'ENTENTE No 269 146
LETTRE D’ENTENTE No 273 196
LETTRE D'ENTENTE No 274 198
LETTRE D'ENTENTE No 276 199
LETTRE D'ENTENTE No 277 201
LETTRE D'ENTENTE No 278 203
LETTRE D'ENTENTE No 279 205
LETTRE D'ENTENTE No 280 207
LETTRE D'ENTENTE No 281 209
LETTRE D'ENTENTE No 283 212
LETTRE D'ENTENTE No 284 213
LETTRE D'ENTENTE No 285 215
LETTRE D'ENTENTE No 286 218
LETTRE D'ENTENTE No 288 220
LETTRE D'ENTENTE No 289 222
LETTRE D'ENTENTE No 290 224
LETTRE D'ENTENTE No 291 226
LETTRE D'ENTENTE No 292 228
LETTRE D'ENTENTE No 294 : Abrogée en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190 229
LETTRE D'ENTENTE No 295 : Abrogée en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190 232
LETTRE D'ENTENTE No 296 234
LETTRE D'ENTENTE No 297 235
LETTRE D'ENTENTE No 298 239
LETTRE D'ENTENTE No 299 244
LETTRE D'ENTENTE No 300 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199 ... 246
LETTRE D'ENTENTE No 301 249
LETTRE D'ENTENTE No 302 : Terminée en date du 30 août 2018 par l'Amendement no 171 252

LETTRE D'ENTENTE No 304 253
LETTRE D'ENTENTE No 305 258
LETTRE D'ENTENTE No 308 259
LETTRE D'ENTENTE No 309 260
LETTRE D'ENTENTE No 310 262
LETTRE D'ENTENTE No 311 267
LETTRE D'ENTENTE No 312 269
LETTRE D'ENTENTE No 313 271
LETTRE D'ENTENTE No 314 273
LETTRE D'ENTENTE No 315 275
LETTRE D'ENTENTE No 316 277
LETTRE D'ENTENTE No 317 278
LETTRE D'ENTENTE No 318 280
LETTRE D'ENTENTE No 319 281
LETTRE D'ENTENTE No 320 282
LETTRE D'ENTENTE No 321 284
LETTRE D'ENTENTE No 322 289
LETTRE D'ENTENTE No 323 290
LETTRE D'ENTENTE No 324 291
LETTRE D'ENTENTE No 325 292
LETTRE D'ENTENTE No 327 293
LETTRE D'ENTENTE No 328 301
LETTRE D'ENTENTE No 329 303
LETTRE D'ENTENTE No 330 304
LETTRE D'ENTENTE No 331 306
LETTRE D'ENTENTE No 332 ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP) 307
LETTRE D'ENTENTE No 333 310
LETTRE D'ENTENTE No 334 311
LETTRE D'ENTENTE No 335 312
LETTRE D'ENTENTE No 336 316
LETTRE D'ENTENTE No 337 323
LETTRE D'ENTENTE No 338 324
LETTRE D'ENTENTE No 339 326
LETTRE D'ENTENTE No 340 330
LETTRE D'ENTENTE No 341 333
LETTRE D'ENTENTE No 342 335
LETTRE D'ENTENTE No 343 337

LETTRE D'ENTENTE No 344 338
LETTRE D'ENTENTE No 345 339
LETTRE D'ENTENTE No 346 341
LETTRE D'ENTENTE No 347 342
LETTRE D'ENTENTE No 348 343
LETTRE D'ENTENTE No 349 344
LETTRE D'ENTENTE No 350 347
LETTRE D'ENTENTE No 351 352
LETTRE D'ENTENTE No 352 357
LETTRE D'ENTENTE No 353 360
LETTRE D'ENTENTE No 354 361
LETTRE D'ENTENTE No 355 362
LETTRE D'ENTENTE No 356 364
LETTRE D'ENTENTE No 357 366
LETTRE D'ENTENTE No 358 368
LETTRE D'ENTENTE No 359 370
LETTRE D'ENTENTE No 360 372
LETTRE D'ENTENTE No 361 373
LETTRE D'ENTENTE No 362 374
LETTRE D'ENTENTE No 363 375
LETTRE D'ENTENTE No 364 376
LETTRE D'ENTENTE No 365 378
LETTRE D'ENTENTE No 366 379
LETTRE D'ENTENTE N° 367 380
LETTRE D'ENTENTE No 368 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 382
LETTRE D'ENTENTE No 369 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 393
LETTRE D'ENTENTE No 370 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 394
LETTRE D'ENTENTE No 371 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 395
LETTRE D'ENTENTE No 372 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 396
LETTRE D'ENTENTE No 373 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 397
LETTRE D'ENTENTE No 374 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 398
LETTRE D'ENTENTE No 375 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 402
LETTRE D'ENTENTE No 376 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l' Amendement n° 204 403
LETTRE D'ENTENTE No 377 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204 405
LETTRE D'ENTENTE N° 378 406
LETTRE D'ENTENTE N° 379 407
LETTRE D'ENTENTE N° 380 409

LETTRE D'ENTENTE No 381 412
LETTRE D'ENTENTE No 382 417
LETTRE D'ENTENTE No 383 422
LETTRE D'ENTENTE N° 384 423
LETTRE D'ENTENTE N° 385 424
LETTRE D'ENTENTE No 386 425
LETTRE D'ENTENTE N° 387 427
LETTRE D'ENTENTE N° 388 429
LETTRE D'ENTENTE No 389 432
LETTRE D'ENTENTE No 390 440
LETTRE D'ENTENTE No 391 442
LETTRE D'ENTENTE N° 393 445
LETTRE D'ENTENTE N° 394 452
2.1 LETTRES D'INTENTION 1
LETTRE D'INTENTION 1
3. ACCORDS 1
AVANT-PROPOS 1
ACCORD No 3 2
ACCORD No 10 3
ACCORD No 69 4
ACCORD No 78 5
ACCORD No 79 7
ACCORD No 81 8
ACCORD No 82 9
ACCORD No 83 10
ACCORD No 111 11
ACCORD No 126 12
ACCORD No 129 14
ACCORD No 141 15
ACCORD No 156 16
ACCORD No 171 17
ACCORD No 172 18
ACCORD No 179 19
ACCORD No 180 24
ACCORD No 181 25
ACCORD No 195 27
ACCORD No 206 : Abrogé en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190 28

ACCORD No 216 30
ACCORD No 225 31
ACCORD No 248 32
ACCORD No 249 33
ACCORD No 254 34
ACCORD No 257 : Abrogé en date du 3 janvier 2021 par l'Accord 751 35
ACCORD No 258 36
ACCORD No 259 37
ACCORD No 264 38
ACCORD No 275 39
ACCORD No 281 40
ACCORD No 282 41
ACCORD No 283 43
ACCORD No 287 44
ACCORD No 289 45
ACCORD No 294 46
ACCORD No 301 48
ACCORD No 312 50
ACCORD No 313 51
ACCORD No 316 52
ACCORD No 322 53
ACCORD No 326 54
ACCORD No 337 55
ACCORD No 341 56
ACCORD No 343 58
ACCORD No 360 59
ACCORD No 375 60
ACCORD No 386 62
ACCORD No 390 63
ACCORD No 398 64
ACCORD No 399 66
ACCORD No 400 67
ACCORD No 403 68
ACCORD No 417 70
ACCORD No 418 72
ACCORD No 419 73
ACCORD No 423 74

ACCORD No 425 75
ACCORD No 435 76
ACCORD No 439 77
ACCORD No 448 78
ACCORD No 449 80
ACCORD No 453 81
ACCORD No 455 83
ACCORD No 457 : Abrogé en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190 86
ACCORD No 458 87
ACCORD No 461 88
ACCORD No 469 89
ACCORD No 479 91
ACCORD No 487 92
ACCORD No 493 93
ACCORD No 502 94
ACCORD No 506 95
ACCORD No 507 96
ACCORD No 515 97
ACCORD No 520 98
ACCORD No 521 99
ACCORD No 530 100
ACCORD No 531 101
ACCORD No 532 102
ACCORD No 536 103
ACCORD No 541 104
ACCORD No 547 105
ACCORD No 550 106
ACCORD No 578 107
ACCORD No 581 109
ACCORD No 588 110
ACCORD No 589 111
ACCORD No 597 112
ACCORD No 598 113
ACCORD No 614 114
ACCORD No 624 115
ACCORD No 627 116
ACCORD No 630 117

ACCORD No 635 118
ACCORD No 641 119
ACCORD No 646 120
ACCORD No 649 121
ACCORD No 653 122
ACCORD No 657 123
ACCORD No 659 124
ACCORD No 662 126
ACCORD No 668 127
ACCORD No 672 128
ACCORD No 673 129
ACCORD No 676 130
ACCORD No 678 131
ACCORD No 681 132
ACCORD No 682 133
ACCORD No 684 135
ACCORD No 685 136
ACCORD No 686 137
ACCORD No 687 138
ACCORD No 689 139
ACCORD No 690 140
ACCORD No 692 141
ACCORD No 694 143
ACCORD No 695 144
ACCORD No 696 145
ACCORD No 697 146
ACCORD No 698 147
ACCORD No 699 148
ACCORD No 700 149
ACCORD No 701 151
ACCORD No 702 152
ACCORD No 703 154
ACCORD No 704 155
ACCORD No 705 156
ACCORD No 706 159
ACCORD No 707 160
ACCORD No 708 161

ACCORD No 709 162
ACCORD No 710 164
ACCORD No 711 166
ACCORD No 712 168
ACCORD No 714 170
ACCORD No 715 171
ACCORD No 716 172
ACCORD No 717 173
ACCORD No 718 175
ACCORD No 719 176
ACCORD No 720 178
ACCORD No 721 180
ACCORD No 722 181
ACCORD No 724 183
ACCORD No 725 187
ACCORD No 726 189
ACCORD No 727 191
ACCORD No 728 193
ACCORD No 729 195
ACCORD No 730 196
ACCORD No 731 197
ACCORD No 733 198
ACCORD No 734 200
ACCORD No 735 203
ACCORD No 736 205
ACCORD No 737 207
ACCORD No 738 209
ACCORD No 739 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199 212
ACCORD No 740 214
ACCORD No 741 216
ACCORD No 742 217
ACCORD No 743 219
ACCORD No 744 220
ACCORD No 745 222
ACCORD No 746 224
ACCORD No 747 225
ACCORD No 748 226

ACCORD No 749 227
ACCORD No 750 229
ACCORD No 751 232
ACCORD No 752 234
ACCORD No 753 235
ACCORD No 754 237
ACCORD No 755 238
ACCORD No 756 241
ACCORD No 757 243
ACCORD No 758 244
ACCORD No 759 245
ACCORD No 760 247
ACCORD No 761 249
ACCORD No 762 252
ACCORD No 763 253
ACCORD No 764 254
ACCORD No 765 255
ACCORD No 766 257
ACCORD No 767 258
ACCORD No 768 259
ACCORD N° 769 261
ACCORD N° 770 263
ACCORD N° 771 267
ACCORD N° 772 269
ACCORD N° 773 270
ACCORD No 774 271
ACCORD No 775 273
ACCORD No 776 274
ACCORD No 777 275
ACCORD No 778 277
ACCORD N° 779 278
ACCORD N° 780 280
ACCORD N° 781 282
ACCORD N° 782 283
ACCORD N° 783 285
ACCORD No 784 287
ACCORD No 785 289

ACCORD No 786 290
ACCORD No 787 291
ACCORD No 788 292
ACCORD No 789 293
ACCORD N° 790 295
ACCORD N° 791 296
ACCORD No 792 297
ACCORD No 793 298
ACCORD No 794 300
ACCORD N° 795 302
ACCORD No 796 303
ACCORD No 797 305
ACCORD No 798 306
ACCORD No 799 307
ACCORD No 800 309
ACCORD No 801 311
ACCORD N° 802 313
ACCORD N° 803 315
ACCORD No 805 319
4. ENTENTES PARTICULIÈRES 1
AVANT-PROPOS 1
EP 1 – GRAND-NORD 2
EP 3 – SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS 8
EP 6 - GARDE DANS CLSC 14
EP 10 - ANESTHÉSIE (CHSGS) 18
EP 11 - ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE 27
EP 17 - RÉMUNÉRATION DANS OU AUPRÈS D'UN CLSC 38
EP 19 - ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE 51
EP 21 - PLANNING-SEXUALITÉ 54
EP 23 - CHIBOUGAMAU 58
EP 24 - SANTÉ PUBLIQUE 63
EP 27 - CHEF DE DÉPARTEMENT (CHSGS) Abrogée le 1er juin 2022 par l'Amendement no 193 76
EP 29 – MALADE ADMIS EN CHSGS 80
EP 31 - PROJET HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET - SANTÉ MENTALE 89
EP 32 - RRSSS NUNAVIK - CCSSS BAIE-JAMES - CSSS BASSE-CÔTE-NORD 93
EP 33 - GMF 101
EP 38 - GARDE EN DISPONIBILITÉ 112

EP 39 - CLINIQUE RÉSEAU 123
EP 40 - MÉDECINE DE FAMILLE, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE 129
EP 41 - CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR 171
EP 42 - MÉDECIN ENSEIGNANT 174
EP 43 - GARDE SUR PLACE - CERTAINS ÉTABLISSEMENTS 193
EP 44 – CISSS DES ÎLES 203
EP 45 - UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE 210
EP 48 - DSQ - DMÉ 214
EP 49 - PROGRAMME SPÉCIFIQUE (CHSGS) 231
EP 50 - ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES (URGENCE ÉTABLISSEMENT) 234
EP 51 - ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP) 241
EP 52 - SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE 253
EP 53 - PREM 263
EP 54 – GMF-AR 274
EP 55 - Établissement de détention 281
EP 56 - Chef département (établissement) 289
5. DÉCRETS - RÈGLEMENTS 1
DÉCRET 1
6. PROTOCOLES D'ACCORD 1
PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF AU RÉSEAU INTÉGRÉ DE SOINS GÉNÉRAUX 1
PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS DISPENSÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN . 5
PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UN ORGANISME NATIONAL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 6
PROTOCOLE D'ACCORD - AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE D'UN CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, D'UN CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX OU DE L'ÉTABLISSEMENT RESPONSABLE DE LA RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC, DE LA RÉGION DU NUNAVIK OU DE LA RÉGION DES TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES 10
PROTOCOLE D'ACCORD - AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES DANS LE CADRE D'UN DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 14
PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES EN LIEN AVEC LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) 19

ACCORD-CADRE

ACCORD-CADRE SE TERMINANT LE 31 MARS 2023 AYANT TRAIT AU RENOUVELLEMENT DE L'ENTENTE GÉNÉRALE INTERVENUE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

En ce qui a trait au renouvellement de l'Entente générale (ci-après nommée l'Entente) intervenue en date du 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, les parties conviennent de ce qui suit :

1. Période de renouvellement de l'Entente
1.01 L'Entente est renouvelée pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2023. Une année supplémentaire y est ajoutée pour les fins du versement de sommes provenant du Protocole d'accord sur l'étalement du 24 septembre 2014 sans que cela ne constitue toutefois une prolongation de l'Entente.

2. Réduction de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec
2.01 Une augmentation de l'enveloppe budgétaire globale de 2,4 % est accordée à titre d'avance, le cas échéant, pour réduire l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec pour la période de l'Entente. Elle s'appliquera de la façon suivante :

- 1,0 % pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 1,4 % pour la période comprise entre le 1er avril 2019 au 31 mars 2020.

2.02 Il est entendu qu'un principe d'équité en matière de gains financiers sera maintenu de façon à concrétiser l'engagement prévu par la présente disposition visant à réduire l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec, quel que soit le résultat de la négociation qui doit se poursuivre avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

3. Montants découlant du réaménagement de l'étalement
3.01 Les montants récurrents suivants sont ajoutés à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

- 44,7 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
- 65,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
- 41,2 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 0,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;
- 0,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;
- 57,6 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 67,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 0,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023.

3.02 Les montants non récurrents suivants sont ajoutés à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

- 38,9 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
- 60,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
- 253,4 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 79,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;
- 184,4 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;
- 141,4 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 15,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 155,0 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023;
- 119,2 M $ pour la période comprise entre le 1er avril 2023 et le 31 mars 2024.

4. Évolution de la pratique et mécanique de suivi de l'enveloppe budgétaire globale
4.01 Au chapitre de l'évolution de la pratique et du mécanisme de contrôle de l'enveloppe budgétaire globale, les parties s'engagent à modifier, par le biais d'un amendement, l'Annexe IX de l'Entente lequel devra notamment comprendre et reproduire in extenso les dispositions et modifications apparaissant ci-dessous :

a) Le paragraphe 1.2 b) de l'Annexe IX de l'Entente est remplacé par le suivant :
Un pourcentage de rajustement de 1,245 % est appliqué pour la période comprise du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Au 1er avril de chaque année, un pourcentage de rajustement de 2 % est appliqué pour la période comprise du 1er avril 2016 au 31 mars 2023 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

b) Le paragraphe 3.5 de l'Annexe IX de l'Entente est remplacé par le suivant :

Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2023 les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le pourcentage de rajustement de 2 % peut être augmenté, le cas échéant, selon la méthodologie suivante concernant le facteur de l'ajout net des effectifs médicaux :

A- L'ajout net à l'effectif pour une année financière donnée est constaté au plus tard le 30 novembre suivant la fin de cette année financière selon la méthode de détermination du nombre d'effectifs suivante :

La détermination du nombre de médecins omnipraticiens dans une année est calculée en retenant l'ensemble des médecins pour lesquels la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a versé au moins 1 $ de rémunération dans l'année budgétaire visée pour des services rendus dans cette même année budgétaire. Par rémunération, on entend l'ensemble des sommes, honoraires, tarifs horaires, *per diem* et autres montants de quelque nature que ce soit versé à un médecin omnipraticien par la RAMQ à l'exception des montants suivants :

- les honoraires versés pour des services rendus hors Québec;

- les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;
- les honoraires médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (Annexe XIII);
- les allocations de fin de carrière et de départ assisté versées en vertu de l'Annexe XV;
- l'ensemble des mesures incitatives et des mesures particulières;
- les services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes 09800 et 09801);
- les montants forfaitaires de quelque nature que ce soit versés dans l'année budgétaire visée;
- les forfaits relatifs à l'inscription générale (article 4.01 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle);
- les forfaits annuels de prise en charge de patients vulnérables (article 6.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- les suppléments du volume de patients inscrits (article 15 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- la majoration relative à la pratique polyvalente (article 16 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- les forfaits relativement à la reconnaissance de l'efficience (Annexe XXI).

B - Le nombre calculé à l'alinéa A est multiplié par un montant correspondant à 75 % du revenu moyen annuel de tous les effectifs déterminés selon la méthode définie à cet alinéa A. Le revenu moyen annuel est calculé en considérant pour ces effectifs l'ensemble des honoraires versés par la RAMQ et qui sont inclus dans l'enveloppe budgétaire, tel que le prévoient les articles 1.3, 1.4 et 1.5 de la présente annexe en excluant toutefois les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle ainsi que les services professionnels rendus hors Québec. Le résultat de ce calcul est exprimé en pourcentage de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette année financière donnée, en excluant l'évolution de la pratique de 2 % et les sommes non-récurrentes prévues.

C- Le pourcentage calculé à l'alinéa B est consenti en totalité jusqu'à concurrence de la dépense réelle finale.

b) Sous réserve de l'alinéa a), advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à la présente annexe, les parties introduisent les mesures correctives appropriées afin d'assurer, d'une part, le remboursement de ce dépassement et d'éviter, d'autre part, tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

À défaut d'entente entre les parties sur les mesures correctives appropriées à apporter dans les 120 jours suivant la réception des données statistiques établies par la RAMQ conformément au paragraphe 3.2 de la présente annexe, l'une ou l'autre des parties peut référer le litige au Conseil d'arbitrage selon les modalités prévues au paragraphe 3.6 de la présente annexe.

c) Le paragraphe 3.6 de l'Annexe IX de l'Entente est remplacé par le suivant :

Le Conseil d'arbitrage est formé d'un président, qui doit être avocat, assisté de deux assesseurs. Le président est nommé par les parties et chacune d'elles choisit un assesseur.

Les parties nomment Me Nathalie Faucher afin d'agir comme président du Conseil d'arbitrage et à titre de substitut, Me Joëlle L'Heureux.

Les honoraires du président du Conseil d'arbitrage sont partagés à parts égales entre les parties.

Dans le cadre de ses fonctions, le Conseil d'arbitrage reçoit les observations présentées par les représentants du MSSS et de la FMOQ.

Le Conseil d'arbitrage utilise la méthode de la meilleure offre finale globale, soit de la FMOQ, soit du MSSS.

La décision du Conseil d'arbitrage lie les parties, lesquelles s'engagent à apporter les modifications nécessaires à l'Entente générale.

Ce recours en arbitrage doit être entendu prioritairement à tout différend soumis en vertu de l'Entente.

d) Le paragraphe 3.7 suivant est ajouté à l'Annexe IX de l'Entente :

> « 3.7 Advenant une non-atteinte, soit une dépense réelle observée inférieure à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour une période annuelle d'application, seules les sommes requises à l'égard d'une non-utilisation des augmentations tarifaires, des mesures convenues ou à convenir ou à l'égard d'une surestimation afférente auxdites mesures, demeurent disponibles. »

4.02 Sous réserves des dispositions du paragraphe 4.01 a) ci-dessus, les modifications apparaissant au paragraphe 4.01 ci-dessus s'appliquent à compter de la période 2016-2017.

5. Enveloppe budgétaire globale

5.01 L'enveloppe budgétaire globale, en tenant compte des dispositions des paragraphes précédents, en incluant l'intégration du facteur d'évolution de la pratique médicale, en tenant compte de l'ajustement en fonction du nombre de GMF entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016 et en excluant l'ajustement pour les GMF à compter du 1er avril 2016 tel que prévu à la Lettre d'entente no 167, est déterminée, sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

a) 2 448,3 M $ pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016;
b) 2 574,5 M $ pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017;
c) 2 885,9 M $ pour la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018;
d) 2 764,1 M $ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019;
e) 2 961,5 M $ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;
f) 3 032,8 M $ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;
g) 3 032,6 M $ pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;
h) 3 233,0 M $ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023;
i) 3 197,2 M $ pour la période du 1er avril 2023 au 31 mars 2024;*
j) 3 078,0 M $ pour la période du 1er avril 2024 au 31 mars 2025.*

* Sujet à modification à la suite au renouvellement de l'Entente générale venant à échéance le 31 mars 2023.

6. Assurance responsabilité professionnelle

6.01 Les sommes prévues pour l'assurance responsabilité professionnelle (ARP) sont retirées de l'enveloppe budgétaire globale à compter du 1er avril 2015. Aussi, à compter du 1er janvier 2018, un montant maximal sera alloué et un seuil du niveau de part assumée par le gouvernement sera fixé. Conséquemment, ce financement ne peut être sujet aux différentes majorations pouvant être applicables à l'enveloppe budgétaire globale.

6.02 En considération des dispositions du paragraphe 6.01 ci-dessus, les parties s'engagent à apporter, par le biais d'un amendement, les modifications nécessaires à l'Annexe IX de l'Entente, et ce, notamment de façon à prévoir ce qui suit :

a) Le montant de financement pour chacune des années d'application correspond au minimum entre l'atteinte du seuil de la part assumée par le gouvernement établit à 57,6 % et le montant maximum prévu à l'alinéa b) ci-dessous pour l'assurance responsabilité professionnelle;

b) Le montant maximum pour chacune des années d'application est le suivant :

- 13,6 M $ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019;
- 13,8 M $ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;
- 14,1 M $ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;
- 14,4 M $ pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;
- 14,7 M $ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023;

c) Advenant que pour une année d'application, le montant découlant de l'atteinte du seuil à l'alinéa a) ci-dessus, est inférieur au montant prévu à l'alinéa b) ci-dessus, aucun montant ne peut être mis en réserve;

d) Les parties s'engagent à abolir la Lettre d'entente n° 307.

7. Surestimation du financement alloué à des mesures au 31 mars 2016

7.01 Les parties reconnaissent une surestimation du financement alloué pour différentes mesures au 31 mars 2016 de 24,3 M $, dont 15,1 M $ sur une base récurrente et de 9,2 M $ sur une base non-récurrente. Il est entendu que ces sommes seront versées selon les modalités identifiées par la Fédération lesquelles seront entérinées par les parties.

8. Affectation des sommes disponibles

8.01 Les augmentations consenties au paragraphe 2.01 ci-dessus sont affectées de la façon suivante :

a) Une somme récurrente de 5 M $ est allouée, à compter de l'année 2017-2018, à l'introduction de mesures visant à valoriser les soins à domicile et à assurer leur accessibilité, selon des modalités à convenir entre les parties;

b) Une somme récurrente de 5 M $, disponible en 2019-2020, est consacrée au financement des mesures ci-après énumérées, selon les modalités à convenir entre les parties soit :

i) Révision globale de la rémunération en lien avec la dispensation des services afin de favoriser une meilleure accessibilité et continuité des soins en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD);

ii) Révision en lien avec le plan de déploiement et de formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) en cours et favorisation d'une dispensation de soins basée sur une approche interdisciplinaire. Il est entendu que cette mesure implique une révision des Lettres d'entente n°s 229 et 300);

iii) Rémunération des activités médico-administratives au sein des établissements de santé (participation à des comités scientifiques, médicaux ou administratifs prévus à la LSSS et en concordance avec le protocole FMSQ), rémunération et révision des fonctions administratives découlant de la restructuration du réseau;

iv) Révision de la rémunération des médecins enseignants qui exercent en GMF-U pour valoriser cette pratique;

c) Le résiduel des sommes prévues au paragraphe 2.01 est affecté pour des augmentations tarifaires;

d) la Fédération peut financer en totalité ou en partie par les sommes de l'étalement les mesures identifiées au présent paragraphe, sous réserve du respect de l'affectation des sommes prévues au sous-paragraphe 8.02 a) et b). Le cas échéant, les sommes mentionnées au présent paragraphe seront affectées à des augmentations tarifaires.

8.02 Les sommes prévues aux paragraphes 3.01 et 3.02 ci-dessus, sont affectées de la façon suivante :

a) D'abord pour assurer le financement récurrent des mesures suivantes :

i) Rémunération du médecin partenaire d'une IPS-SPL (Lettres d'entente n°s 229 et 300);

ii) Programme d'aide aux médecins du Québec (Lettre d'entente n° 282);

iii) Rémunération des médecins dans le cadre du programme de formation AMPRO (Lettres d'entente n°s 291 et 292);

iv) Rémunération relative à l'aide médicale à mourir (Lettre d'entente n° 293);

v) Frais accessoires (Lettre d'entente n° 306).

Les parties s'engagent à convenir de lettres d'entente à cet effet.

b) Par la suite, les sommes disponibles serviront à financer les mesures ci-après énumérées, et ce, selon les modalités à convenir entre les parties. Les mesures ciblées sont les suivantes :

i) La révision des modalités de garde en disponibilité pour s'assurer qu'elles sont optimales eu égard à l'accessibilité;

ii) Expérimentation en GMF d'un mode de rémunération basé sur la capitation (mais en tenant compte, notamment, du nombre de patients inscrits pondérés et du taux d'assiduité du médecin incluant la révision de la gouvernance des GMF);

iii) Instauration d'un mode de rémunération au rendement.

c) Enfin, les sommes disponibles seront versées selon les modalités identifiées par la Fédération lesquelles seront entérinées par les parties.

8.03 Il est entendu que les sommes prévues au paragraphe 3.02 ci-dessus peuvent être utilisées pour devancer des sommes récurrentes pour le financement des mesures récurrentes prévues aux paragraphes 8.01 et 8.02 ci-dessus, toute autre mesure identifiée par la Fédération ainsi que toute augmentation tarifaire.

9. Versements de sommes rétroactives

9.01 Les parties s'engagent à convenir d'une lettre d'entente prévoyant le versement aux médecins de montants forfaitaires provenant de la totalité des sommes suivantes :

- la somme non-récurrente de 60 M $ prévue pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017, et ce, en vertu du paragraphe 3.02 ci-dessus;

- la somme non-récurrente de 42,2 M $ prévue pour la période comprise entre le 1er avril 2015 au 31 mars 2016, et ce, en vertu du paragraphe 7.01 ci-dessus;

- la somme non-récurrente de 33 M $ prévue pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017, et ce, en vertu du paragraphe 7.01 ci dessus.

Il est entendu que le calcul des montants forfaitaires doit être basé sur les services rendus avant le 1er avril 2017.

9.02 Tout autre montant forfaitaire en lien avec l'étalement à être versé postérieurement à la période du 1er avril 2017 le sera selon les modalités du paragraphe 8.02 c) ci-dessus.

10. Suivi de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens du Québec et les médecins spécialistes du Québec

10.01 Les parties conviennent de la Lettre d'entente n° 317 concernant le suivi de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec laquelle, est produite en Annexe I des présentes. En raison de l'introduction de la Lettre d'entente n° 317, la Lettre d'entente n° 240 sera abolie.

11. Écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens du Québec et ceux de l'Ontario

I -Mandat confié à l'Institut canadien sur l'information sur la santé (ICIS)

11.01 Les parties s'entendent pour confier un mandat conjoint à l'Institut canadien sur l'information sur la santé (ICIS) afin de préparer un rapport sur le niveau de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens du Québec et ceux de l'Ontario sur la base de l'année 2015-2016.

Les parties s'entendent sur le devis du mandant confié à l'ICIS lequel est reproduit **en Annexe II** des présentes.

II- Processus de négociation, médiation et règlement

11.02 Aux fins des présentes dispositions, les parties conviennent du processus de négociation, de médiation et de règlement ci-après énoncé :

A) Négociation sur le niveau d'écart avec l'Ontario

1. L'ICIS doit soumettre aux parties son rapport d'études sur le niveau de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens du Québec et ceux de l'Ontario sur la base de l'année 2015-2016 au plus tard le 2 octobre 2019.

2. À la fin des travaux du Forum prévu à la Lettre d'entente n° 349 et s'il n'y a pas d'entente sur le mandat octroyé dans le cadre de ce Forum, les parties conviennent d'entreprendre des négociations avec diligence et bonne foi sur la base des constats du rapport de l'ICIS, en vue d'en arriver à une entente sur un pourcentage d'écart de rémunération à corriger, le cas échéant.

3. À compter de la fin des travaux du Forum prévu à la Lettre d'entente n° 349 et s'il n'y a pas d'entente sur le mandat octroyé dans le cadre de ce Forum, les parties disposent d'une période de 60 jours afin de s'entendre.

4. Les parties conviennent qu'en aucun temps le résultat du rapport de l'ICIS ou des négociations entreprises sur l'écart de rémunération à corriger ne saurait remettre en question le respect de l'ensemble des engagements financiers convenus en vertu du présent Accord-cadre et des sommes à verser d'ici au 31 mars 2024 afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

B) Processus de détermination de l'écart en cas de mésentente

a) Médiation

5. Les parties reconnaissent que le processus de règlement prévu dans le cadre de la présente entente a un caractère ponctuel et exceptionnel, lequel ne pourra être invoqué comme précédent lors des prochains renouvellements de l'Entente.

6. En l'absence d'entente à l'issue de la période de négociation, les parties conviennent d'une période de médiation. Les parties nomment Me Jean-Pierre Lussier.

7. Dans le cadre de son mandat, le médiateur formule des propositions aux parties afin que ces dernières puissent convenir d'une entente sur l'écart de rémunération à corriger.

8. Les parties conviennent d'une période de médiation de 60 jours afin de s'entendre sur l'écart de rémunération à corriger.

9. L'une ou l'autre des parties peut mettre fin à la période de médiation en tout temps et référer le litige au Conseil de règlement en donnant un avis écrit à l'autre partie à cet effet.

10. La Fédération et le MSSS sont tenus de participer à toute réunion convoquée par le médiateur.

11. Toute information, verbale ou écrite, recueillie par le médiateur doit demeurer confidentielle.

12. Les honoraires du médiateur sont assumés à parts égales par les parties.

13. À la fin de la période de médiation ou de sa prolongation, dans la mesure où il n'y a pas d'entente sur l'écart à corriger, le dossier est référé au Conseil de règlement.

b) Conseil de règlement

14. Le Conseil de règlement constitué de trois (3) membres, dont un (1) membre avocat qui agira à titre de président.

15. Les parties nomment :

Me François Blais, président

M. Jean-Olivier Ferron, membre

M. Clermont Girard, membre

16. Les honoraires des membres du Conseil de règlement sont assumés à parts égales par les parties.

17. À la réception d'un avis de l'une ou l'autre des parties, le Conseil de règlement débute ses travaux et ceux-ci se poursuivent pour une période d'au plus 60 jours.

18. Pour les fins des représentations, le Conseil de règlement doit procéder selon la procédure et le mode de preuve qu'il juge appropriés.

19. Dans le cadre de ses travaux, le Conseil de règlement reçoit les observations présentées par les représentants du MSSS et ceux de la FMOQ.

20. Le Conseil de règlement statue, s'il y a lieu, sur l'écart de rémunération à corriger, sur la base de l'année 2015-2016.

21. La décision du Conseil de règlement doit être motivée et rendue à la majorité de ses membres, et ce, par écrit dans les trente (30) jours suivant la fin de la dernière séance tenue en présence des parties. La décision du Conseil lie les parties.

22. Malgré l'article 20, le gouvernement pourra modifier ou rejeter en tout ou en partie la décision du Conseil par l'adoption d'une loi à cet effet lors de la session parlementaire en cours ou lors de la session suivante.

23. Sous réserve du sous-paragraphe 11.02 B) 8., tous les délais prévus au paragraphe 11.02 sont de rigueur à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties.

C) Facteurs à prendre en considération lors de la négociation par le médiateur et par le Conseil de règlement

24. Sur la base des constats du rapport de l'ICIS, les facteurs suivants doivent être pris en considération :

1- les crédits annuels octroyés par le gouvernement pour les différents programmes du réseau de la santé et des services sociaux;
2- la politique de rémunération et les dernières majorations consenties par le gouvernement aux employé(e)s des secteurs public et parapublic;
3- la situation et les perspectives salariales et économiques du Québec;
4- les exigences relatives à la saine gestion des finances publiques;
5- les particularités et le statut de la fonction des médecins omnipraticiens, dont notamment les responsabilités assumées dans le cadre de leur pratique;
6- la nécessité d'offrir aux médecins omnipraticiens une rémunération concurrentielle permettant la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;
7- les conditions d'exercice de la profession et la rémunération des médecins omnipraticiens au Québec et en Ontario en tenant compte de la charge de travail respective et des différences quant au coût de la vie et quant à la richesse collective;
8- la situation relative du Québec et de l'Ontario quant à la proportion de la pratique des médecins omnipraticiens effectuée en établissement hospitalier et en cabinet privé;
9- tout autre facteur jugé pertinent.

25. Il est entendu de plus que le rajustement octroyé au paragraphe 2.01 ci-dessus sera pris en compte dans la correction éventuelle de l'écart de rémunération prévue avec les médecins omnipraticiens de l'Ontario.

D) Négociation des modalités de versement de l'écart déterminé

26. Après avoir convenu de l'écart à corriger, ou après la décision du Conseil de règlement, les parties négocient les modalités de versement du rajustement de rémunération et déterminent la période d'application étant entendu qu'aucun versement ne pourra avoir lieu avant le 1er avril 2019 et que le montant forfaitaire de 1 % au Protocole d'accord de réaménagement du 1er avril 2016 sera pris en compte.

Conditions de pratique des médecins omnipraticiens

12.00 Les parties conviennent qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services.

Les parties reconnaissent que les médecins omnipraticiens québécois doivent pouvoir disposer de conditions de pratique optimales pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients et que la qualité des conditions de pratique a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement de médecins omnipraticiens au Québec.

Quant aux conditions de pratique des médecins omnipraticiens, les parties conviennent de ce qui suit :

1. De mettre en place un comité conjoint portant sur des questions d'intérêts communs touchant l'organisation des soins, la qualité et l'accessibilité des soins et les conditions de pratique des médecins omnipraticiens. L'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMOQ de façon concomitante au présent Accord-cadre détermine la composition de ce comité, son mandat et son mode de fonctionnement.

2. De mettre en place un comité de conciliation permanent afin d'aborder toute problématique spécifique ponctuelle touchant les conditions de pratique des médecins en vue de la résoudre. Les parties conviennent de la composition de ce comité et de son mode de fonctionnement.

3. De donner suite aux ententes concernant la détermination de certaines conditions de pratique applicables aux médecins exerçant en établissement :

3.1 Dans le cadre de l'octroi d'une nomination et de privilèges à un médecin omnipraticien, un établissement doit lui fournir les ressources raisonnables nécessaires pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges et répondre aux besoins de ses patients.

3.2 Nonobstant ce qui précède, les établissements doivent en tout temps mettre à la disposition des médecins qui y détiennent des privilèges, et ce, sans compensation de la part des médecins, les équipements et services suivant requis pour satisfaire à leurs obligations : services de dictée, téléavertisseur, systèmes informatiques et logiciels requis pour la gestion du système de garde.

3.3 Dans le cadre de l'exercice de ses privilèges en établissement, un médecin omnipraticien est justifié de s'absenter temporairement en raison des congés prévus à l'article 3.4 et jusqu'à concurrence de la durée qui y est mentionnée, sans que cela ne remette en question le maintien de sa nomination et de ses privilèges. Pendant cette absence, des privilèges temporaires peuvent être octroyés à un médecin omnipraticien afin de remplacer le médecin en congé et de soutenir les autres membres de son département.

3.4 Les congés suivants s'appliquent :

i) Congé de maternité : jusqu'à concurrence de dix-huit (18) semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.

ii) Congé de paternité : jusqu'à concurrence de cinq (5) semaines.

iii) Congé parental : jusqu'à concurrence de trente-quatre (34) semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.

iv) Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de cinquante-deux (52) semaines.

v) Congé de ressourcement : selon la période requise du ressourcement et sur autorisation du chef de département.

Dispositions diverses

13.00 Les parties conviennent que le Protocole d'accord d'étalement du 24 septembre 2014 et le Protocole d'accord sur le réaménagement du 1er avril 2016 cessent d'avoir effet à compter de la date de prise d'effet du présent accord-cadre.

14.00 La Lettre d'entente n° 260 concernant le financement et le suivi des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n° 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et réadaptation prend fin le 31 mars 2016.

Étant donné qu'il est toujours nécessaire de continuer, à compter du 1er avril 2016, à pourvoir au financement des coûts des mesures découlant de l'Amendement n° 127, les parties conviennent de la Lettre d'entente n° 318 concernant le financement des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n° 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et réadaptation laquelle est produite en Annexe III des présentes.

15.00 La Lettre d'entente n° 273 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'Entente générale introduisant le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique désignés prend fin le 31 mars 2016.

Étant donné qu'il est toujours nécessaire de continuer, à compter du 1er avril 2016, à pourvoir au financement des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'Entente introduisant le mode de rémunération mixte, les parties conviennent de la Lettre d'entente n° 319 concernant le financement des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'Entente générale introduisant le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique désignés laquelle est produite en Annexe IV des présentes.

16.00 Les parties s'engagent à convenir d'un amendement pour actualiser la liste des arbitres désignés à l'article 26.02 de l'Entente générale et nommer un président et un substitut au président comme suit :

Me François Blais, président
Me Nathalie Faucher, substitut au président
Me Pierre Flageole
Me Pierre Laplante
Me André G. Lavoie
Me Joelle L'Heureux
Me Claude Martin
Me Denis Provençal
Me Pierre-Georges Roy
Me André Sylvestre

17.00 Les annexes I à IV produites aux présentes font partie intégrante de l'Accord-cadre convenu entre les parties.

Mise en vigueur

18.00 Cet Accord-cadre prend effet le 1er avril 2015.

EN FOI DE QUOI**,** les parties ont signé à Québec, ce 13e jour de mars 2018

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

AVIS **:** *Voir la* Lettre d'entente n° 317*.*

ANNEXE II

Devis de mandat confié à l'ICIS

ENTRE :

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), représenté par Docteur Gaétan Barrette, ministre, ci-après appelé « le MSSS »

et :

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), représentée par Docteur Louis Godin, président de la FMOQ, ci-après appelée « la FMOQ »

Ci-après appelés « les parties négociantes ».

ET :

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) représenté par (insérer le nom et la fonction),

Ci-après appelé « l'ICIS ».

Contexte

Dans le cadre du renouvellement de l'Entente avec les médecins omnipraticiens en 2007, des augmentations tarifaires ont été octroyées, entre autres, sur la base des écarts de rémunération constatés entre les médecins omnipraticiens du Québec et ceux du reste du Canada. Ces constats étaient basés sur les différents travaux réalisés avec des données provenant de l'ICIS.

Des discussions sont en cours afin de convenir du renouvellement de l'Accord-cadre, lequel est échu depuis le 31 mars 2015. La question de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens du Québec et ceux de l'Ontario fait l'objet de discussions entre les parties négociantes. À cet effet, les parties devront disposer de l'ensemble des données et des résultats nécessaires afin d'avoir un portrait détaillé de cette situation en 2015-2016.

Mandat confié à l'ICIS

Soumettre, de façon indépendante, un rapport aux parties négociantes (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)), lequel permettra de comparer la rémunération des médecins omnipraticiens québécois par rapport à celle de leurs confrères de l'Ontario, et ce, afin de déterminer le niveau des écarts de rémunération existant au 31 mars 2016 selon différentes méthodologies et en tenant compte de leurs niveaux d'activité respectifs.

Ce rapport devra permettre de comparer la rémunération selon deux niveaux de comparaison :

- les revenus moyens des médecins;
- la tarification des codes (sous réserve d'échanges exploratoires à venir entre l'ICIS et les parties négociantes sur la faisabilité de cette comparaison).

L'année de référence utilisée pour effectuer cette comparaison sera l'année 2015-2016 (1er avril 2015 au 31 mars 2016).

En vue de la réalisation de ce rapport, l'ICIS s'engage auprès des parties négociantes :

à soumettre chacune des méthodologies qu'il envisage utiliser à une analyse détaillée et à une approbation des parties négociantes, et ce, préalablement à la réalisation des travaux;
à présenter aux parties, selon des modalités à convenir, un suivi périodique de l'avancement des travaux;
à soumettre un rapport préliminaire au moins un (1) mois avant la fin des travaux;
à rédiger un rapport final, lequel est attendu au plus tard le 2 octobre 2019.

Données et résultats à fournir par l'ICIS

À cette fin, l'ICIS doit fournir aux parties négociantes les informations suivantes :

1. Comparaison des revenus moyens

a. Comparer les revenus moyens des médecins par province, selon des méthodologies comprenant, notamment :

méthode des déciles (avec le détail par décile);
méthodes avec seuils normalisés;
méthodes des équivalents temps complet (ETP);
toutes autres méthodologies convenues entre les parties négociantes.

b. Pour l'ensemble de ces méthodes :

Afin d'établir une base de comparaison équivalente d'une province à l'autre, tenir compte de l'ensemble des paiements prévus aux ententes ainsi que d'autres paiements provenant de diverses sources, sinon, indiquer l'impact probable sur la base de comparaison des revenus moyens;

Rajuster les revenus moyens en fonction de la charge de travail en tenant compte des particularités propres à la méthodologie de comparaison des revenus moyens retenue.

2. Méthode complémentaire : comparaison code à code

a. Procéder à l'appariement d'actes similaires au Québec et en Ontario parmi ceux prédéterminés et validés par les parties négociantes en s'assurant de considérer un volume d'actes représentant la majeure partie de la rémunération des médecins.

b. Calculer un écart de tarif moyen en appliquant les tarifs de l'Ontario au profil de pratique du Québec et inversement en appliquant les tarifs du Québec au profil de pratique en Ontario.

Pour la comparaison code à code :

Afin d'établir une base de comparaison équivalente d'une province à l'autre, tenir compte de l'ensemble de la rémunération appliquée à un code (ex. présence de montants forfaitaires complémentaires) ainsi que d'autres paiements provenant de diverses sources, sinon, indiquer l'impact probable sur la base de comparaison tarifaire.

Cependant, ces travaux ne pourront avoir pour effet de retarder le dépôt du rapport de l'ICIS en ce qui a trait au paragraphe 1 précédent.

3. Charge de travail

Les parties à la présente entente (ICIS, MSSS et FMOQ) poursuivent leurs échanges afin de déterminer des indicateurs permettant de comparer la charge de travail entre les médecins omnipraticiens du Québec et les médecins omnipraticiens de l'Ontario.

4. Autres éléments à considérer

a. Soumettre aux parties négociantes les informations pertinentes à considérer dans le cadre d'une comparaison interprovinciale :

Le bilan migratoire des médecins de l'Ontario et du Québec;
Les indicateurs de l'état de santé de la population.

b. La dépense globale liée à la rémunération des médecins en tenant compte de la population (dépense *per capita*) :

dépenses totales de santé par province (en $) :

Calculer la part (en %) des dépenses de programmes de la province attribuable aux dépenses de santé;

Dépenses totales liées à la rémunération des médecins (en $) :

Calculer la part (en %) des dépenses totales de santé de la province attribuable à la rémunération des médecins;
Calculer la dépense globale liée à la rémunération des médecins *per capita*;
Pour les deux indicateurs précédents, différencier la part des dépenses attribuables aux médecins omnipraticiens des dépenses totales liées à la rémunération des médecins (en $).

<u>Durée du contrat</u>

Le présent contrat prend effet à compter du 1er septembre 2017 et est valable jusqu'au 1er septembre 2018. Il pourra être renouvelé pour une période additionnelle, de consentement entre le MSSS, la FMOQ et l'ICIS.

<u>Rémunération</u>

Le total des honoraires autorisé par les présentes pour la réalisation du mandat de __ $, taxes en sus si applicables, pourra être révisé sur accord des parties négociantes, selon les besoins du mandat.

Le MSSS et la FMOQ assument à parts égales le paiement des débours pour les services rendus par l'ICIS dans le cadre du présent contrat.

<u>Propriété des documents et confidentialité</u>

L'ensemble des documents liés au présent mandat confié à l'ICIS appartiennent au MSSS et à la FMOQ.

Les parties s'engagent à garder confidentiel le rapport de l'ICIS.

Résiliation

Le MSSS et la FMOQ peuvent conjointement mettre fin au présent contrat en tout temps. Au moment de la résiliation du contrat, le Ministère et la Fédération paieront à l'ICIS tous les honoraires et débours engagés jusqu'au moment de cette résiliation. Les clauses appropriées mentionnées dans le présent contrat demeureront en vigueur malgré la résiliation du contrat.

Représentants des parties négociantes et de l'ICIS

Les parties désigneront un représentant pour chacune d'elles auquel l'ICIS pourra s'adresser aux fins du suivi de l'avancement des travaux et pour toutes autres questions relatives au contenu de ce devis.

Pour le MSSS :

Mélanie Rainville, directrice adjointe
Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
melanie.rainville@msss.gouv.qc.ca
Téléphone : (418) 266-8450

Charles Duclos, directeur
Direction des études économiques et des mandats spéciaux
Secrétariat du Conseil du Trésor
charles.duclos@sct.gouv.qc.ca
Téléphone : (418) 643-0875 (# 4822)

Pour la FMOQ :

Denis Blanchette, directeur
Direction des affaires économiques
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
dblanchette@fmoq.org
Téléphone : (514) 878-1911 (# 282)

Daniel Denis, consultant
KPMG
danieldenis@kpmg.ca
Téléphone : (514) 840-2100

L'ICIS s'engage également à fournir une personne-ressource pour toutes questions relatives au contenu de ce devis.

Pour l'ICIS : insérer le nom, coordonnées complètes

Divers

Le contrat constitue la totalité de l'entente entre les parties. Il ne peut être modifié ou complété que par un accord écrit entre les parties signataires du présent contrat.

Le contrat et toutes les disputes qui pourront en découler ou relatives à son exécution seront régis par les lois de la province de Québec et en accord avec celles-ci.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce 13e jour de mars 2018.

_____

Gaétan Barrette, ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

_____

Dr Louis Godin, président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

_____

Institut canadien d'information sur la santé
Signataire autorisé

ANNEXE III

AVIS **:** *Voir la* Lettre d'entente n° 318.

ANNEXE IV

AVIS **:** *Voir la* Lettre d'entente n° 319.

1. ENTENTE

ENTENTE RELATIVE
À L'ASSURANCE MALADIE ET
À L'ASSURANCE HOSPITALISATION
ENTRE
LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ET
LA FÉDÉRATION
DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC
fédération constituée en vertu de la Loi des syndicats professionnels,
ayant son siège en les cité et district de Montréal

LES PARTIES AUX PRÉSENTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

CHAPITRE I – DÉFINITIONS ET CLAUSES ORGANIQUES

1.00 DÉFINITIONS

1.01 COMITÉ DE RÉVISION : Tout tel comité institué en vertu de la Loi.

1.02 « CONTRAT D'AFFILIATION », « CONTRAT DE SERVICE » : Ont respectivement la signification que leur donne la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

1.03 ENTENTE : La présente entente conclue entre le Ministre et la Fédération en vertu de la Loi.

1.04 ÉTABLISSEMENT : Un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

1.05 FÉDÉRATION : La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

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

1.07 LOI : La *Loi sur l'assurance maladie*.

1.08 MÉDECIN : Un médecin visé par l'article 2 de l'entente.

1.09 MINISTRE : Le ministre de la Santé et des Services sociaux.

1.10 RÉGIE : La Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.11 RÉGIME : Le Régime d'assurance maladie institué en vertu de la Loi.

1.12 SERVICES, SERVICES MÉDICAUX, SERVICES ASSURÉS : Les services assurés en vertu de la Loi et de ses règlements.

2.00 RECONNAISSANCE

2.01 Le Ministre reconnaît la Fédération comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente en vertu de l'article 19 de la Loi quant aux objets visés à l'article 3.00 au nom et pour tous les médecins qui détiennent exclusivement, comme certificat de spécialiste, un certificat de spécialiste en médecine de famille.

2.02 Cette reconnaissance est exclusive à la Fédération et vise également :

- un médecin qui est détenteur d'une attestation ou d'un certificat autre qu'un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins et nécessitant un stage minimal de quarante-huit (48) mois;
- un médecin qui détient plus d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec et dont le dernier certificat obtenu en est un de spécialiste en médecine de famille, lequel lui a été délivré postérieurement au 1er janvier 2012, au plus tard un (1) an après qu'il eut complété la formation postdoctorale requise pour l'obtention de ce dernier certificat.

2.03 Le Ministre reconnaît également la Fédération comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, de conclure et d'appliquer toute entente visant la rémunération des tâches médico-administratives qui sont requises d'un médecin par un établissement et qui sont liées à l'organisation et au fonctionnement des services dispensés dans un établissement.

2.04 Cette reconnaissance ne vise pas un médecin résident, un médecin agissant à titre de cadre au sein d'un établissement, agissant en cette qualité, un médecin fonctionnaire au sens de la *Loi sur la fonction publique*, ni un médecin détenteur d'un certificat de spécialiste étranger autre qu'en médecine de famille ou générale auquel le Collège des médecins du Québec délivre un permis restrictif ou temporaire.

2.05 Pour les fins de l'Entente, n'est pas réputé être un cadre d'un établissement, le médecin qui agit à titre de chef de département clinique de médecine générale, de chef du service de médecine générale ou de chef d'une unité de services médicaux. Le présent paragraphe s'applique également au médecin qui agit à titre de chef d'un département ou d'un service clinique autre que celui de médecine générale.

3.00 OBJETS

3.01 Le Ministre convient que les modes de participation d'un médecin au régime, les normes afférentes à sa rémunération et les conditions d'exercice de sa profession dans le cadre du régime constituent l'objet de la négociation entre les parties.

3.02 L'Entente porte également, selon les modalités qui y sont déterminées, sur la répartition des effectifs médicaux et sur les normes relatives à l'activité professionnelle des médecins en milieu institutionnel.

4.00 CHAMP D'APPLICATION

4.01 L'Entente régit et oblige tout médecin quel que soit le lieu où il exerce sa profession et quel que soit son mode de rémunération.

4.02 L'Entente lie la Régie et selon les stipulations qu'elle énonce, notamment celles prévues à l'annexe I, tout établissement.

4.03 Aucune disposition de l'Entente n'a pour effet de soustraire le médecin aux dispositions d'un contrat de service ou d'un contrat d'affiliation qui ne sont pas incompatibles avec les dispositions de l'Entente.

4.04 Sous réserve des dispositions de l'article 19 de la Loi, le Ministre et la Fédération peuvent, en exclusivité, conclure toute entente particulière portant sur l'un des objets de l'Entente.

4.05 Sous réserve des dispositions de l'article 19 de la Loi, aucune entente individuelle portant sur l'un des objets de l'Entente ne peut intervenir entre un médecin et soit le Ministre, la Régie ou un établissement. Toute telle entente individuelle est nulle de plein droit.

4.06 Une lettre d'entente convenue entre le Ministre et la Fédération fait partie intégrante de l'Entente.

CHAPITRE II – SÉCURITÉ SYNDICALE

5.00 DROITS SYNDICAUX

5.01 L'établissement reconnaît à tout médecin le droit d'être accompagné par un représentant désigné par la Fédération ou un médecin de l'établissement, à l'exception d'un chef de département ou d'un chef de service, lors de la présentation d'un différend et lors de toute rencontre ultérieure avec un représentant de l'établissement relativement à ce différend.

5.02 L'établissement libère le médecin accompagnateur ainsi choisi sous réserve du maintien d'une dispensation adéquate des soins médicaux.

5.03 L'établissement libère tout médecin dont la présence est requise par le conseil d'arbitrage pour le temps jugé nécessaire par ce dernier.

5.04 Si un médecin libéré en vertu des paragraphes précédents est rémunéré à honoraires fixes il n'encourt du fait de sa libération, aucune perte de rémunération, s'il compense, dans le cadre d'un horaire réaménagé avec l'accord du chef de département ou de service de médecine générale, ou du médecin qui le remplace, l'équivalent de sa période de libération.

5.05 Sous réserve du maintien d'une dispensation adéquate des soins médicaux, l'établissement octroie un congé d'absence au médecin mandaté par la Fédération, ou l'une de ses associations affiliées, pour assister à un congrès syndical, pour assister à la réunion d'une instance syndicale relevant de l'autorité de la Fédération et dont il est un membre élu, ou pour participer à des activités de négociation. Ce congé d'absence est octroyé sans traitement.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **59** (congé syndical).*

5.06 Le Ministre transmet à la Fédération les renseignements qu'il obtient de la Régie suivant l'article 68.1 de la Loi, concernant les médecins visés à l'Entente.

5.07 Le Ministre informe la Fédération de son intention de procéder à la fermeture, fusion ou changement de vocation d'une installation, si la décision éventuelle est de nature à affecter le médecin dans l'exercice de sa profession.

5.08 La Régie remet au Ministre et à la Fédération, à chaque trimestre et pour chaque établissement dans lequel oeuvre un médecin rémunéré à honoraires fixes ou à la vacation, notamment les renseignements suivants :

a) le nom du médecin rémunéré à honoraires fixes ainsi que sa qualité de plein temps ou de demi-temps;

b) le nom du médecin rémunéré à la vacation, le nombre de vacations allouées ainsi que le code de nature de service;

c) le nombre d'heures que comporte la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire de ce médecin.

5.09 La Régie collabore dans l'échange des données pertinentes nécessaires à l'évolution et à la révision des programmes ayant pour objet l'allocation de fin de carrière, le congé de maternité au bénéfice du médecin rémunéré à l'acte et, enfin, la diminution volontaire d'activités professionnelles.

6.00 RETENUE SYNDICALE

6.01 La Fédération transmet à la Régie, sous pli recommandé, une attestation du montant de la cotisation syndicale à être prélevée. Un tel prélèvement débute trente (30) jours après la réception de cette attestation.

6.02 La Régie et la Fédération, au moins deux (2) fois l'an, au cours des mois de mars et de septembre, comparent leur liste respective des médecins couverts par cette entente et inscrits à leur fichier.

6.03 La Régie retient à la source la cotisation syndicale ou un montant égal à celle-ci. Elle prélève sur chaque paiement qu'elle fait à un médecin un montant égal à cinq pour cent (5 %) des sommes versées, jusqu'à concurrence du montant attesté conformément au paragraphe 6.01.

6.04 La Régie retient également, selon les modalités ci-dessus, l'équivalent de la cotisation syndicale sur chaque paiement fait à un médecin exerçant sa profession à l'extérieur du Québec mais qui serait régi par l'Entente s'il exerçait sa profession au Québec.

6.05 La somme des montants ainsi prélevés par la Régie durant un mois est remise à la Fédération au cours du mois de calendrier suivant.

6.06 Cette remise s'accompagne d'un bordereau indiquant la somme versée ainsi que, pour chaque médecin, le montant prélevé et le total cumulé des montants prélevés à cette date.

CHAPITRE III – OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL ET INSTITUTIONNEL
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN MILIEU INSTITUTIONNEL

7.00 OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE PROFESSIONNEL

7.01 L'Entente ne confère à aucun médecin le statut de fonctionnaire et ses dispositions ne limitent pas l'exercice de la médecine.

7.02 Le respect des libertés professionnelles reconnues est assuré au médecin, notamment la liberté thérapeutique, le libre choix du lieu d'exercice, le caractère personnel et de droit privé de l'entente directe entre le patient et le médecin ainsi que la sauvegarde du secret professionnel.

7.03 Les dispositions du paragraphe 7.02 ne peuvent être interprétées comme limitant les droits de la Régie relatifs au paiement des services assurés ou relatifs aux renseignements que la Régie est en droit d'obtenir en vertu de la Loi ou de l'Entente. Elles ne peuvent non plus être interprétées comme affectant les contraintes imposées par la Loi ou l'Entente en raison de la répartition géographique des médecins.

7.04 La liberté thérapeutique signifie qu'il appartient au médecin de déterminer les soins médicaux requis, de prescrire les traitements appropriés et leurs modes de dispensation.

7.05 Dans l'exercice de sa liberté thérapeutique, un médecin doit rechercher l'intérêt de son patient et se conformer aux normes d'exercice reconnues par la profession médicale. Ces dernières consistent en l'ensemble des règles de la science et de l'art de la médecine ainsi que des critères de la nécessité des soins.

7.06 Aux fins du paragraphe 7.05, les moyennes résultant des profils de pratique professionnelle ne constituent pas des normes médicales. Toutefois, la présente disposition ne lie pas le comité de révision, ni la Commission des Affaires sociales lorsqu'elle siège en appel d'une décision de la Régie suite à une recommandation du comité de révision.

7.07 Le médecin a pleine autonomie sur la tenue et la marche de son cabinet privé. En ce milieu, l'organisation de sa pratique professionnelle relève de sa seule compétence.

8.00 OBLIGATIONS ET GARANTIES D'ORDRE INSTITUTIONNEL

8.01 Un établissement respecte les libertés professionnelles que l'Entente reconnaît au médecin et en garantit l'exercice. Cette dernière garantie ne signifie pas pour l'établissement l'obligation d'octroyer des ressources matérielles et humaines non prévues au budget approuvé par le Ministre.

8.02 Le médecin bénéficie, en milieu institutionnel, de conditions propices à l'exercice de sa profession.

8.03 Les médecins participent à l'étude du plan d'organisation de l'établissement sur l'invitation du conseil des médecins et dentistes.

Les médecins prennent part à la mise en application du plan d'organisation, assurent à leurs malades la dispensation des soins médicaux requis d'ordre préventif ou curatif et assument, s'il y a lieu, les autres charges ou fonctions que requiert l'exercice de leur profession.

8.04 Nul plan ou partie d'un plan d'organisation applicable à un établissement ne vaut à l'encontre d'une disposition de l'Entente.

8.05 Un centre hospitalier ne prend aucune mesure pour restreindre le droit d'un médecin d'y exercer son activité professionnelle en raison de sa non-participation au régime ou en raison du fait qu'il exerce en cabinet privé.

8.06 Le médecin affecté par une mesure de réorganisation institutionnelle, est muté près d'un centre hospitalier de la région, sans changement de son statut et de ses droits d'exercice.

Il exerce ce droit, s'il y a fermeture, fusion ou changement d'oeuvre du département clinique auquel il est attaché.

8.07 L'article 8.06 est une déclaration d'intention qui engage les parties négociantes et nul recours ne peut être intenté en vertu de celui-ci.

9.00 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN MILIEU INSTITUTIONNEL

9.01 L'appréciation et le contrôle de l'acte médical relèvent du conseil des médecins et dentistes.

9.02 L'activité professionnelle du médecin, en ce qui concerne la dispensation par le médecin de soins médicaux à un malade, est soumise à l'autorité directe du conseil des médecins et dentistes.

9.03 L'activité professionnelle du médecin est soumise aux pouvoirs de coordination et de surveillance du directeur des services professionnels.

9.04 Les incidences administratives et financières de l'activité professionnelle du médecin relèvent de l'autorité directe de l'administration.

9.05 Les autorités et pouvoirs prévus par les paragraphes 9.02, 9.03 et 9.04 s'exercent vis-à-vis le médecin par l'intermédiaire du chef de département de médecine générale.

9.06 Le chef de département de médecine générale assume, eu égard aux médecins, les responsabilités suivantes sous l'autorité directe du conseil des médecins et dentistes et sous réserve des pouvoirs de coordination et de surveillance du directeur des services professionnels :

1) s'assure que la distribution des services médicaux est appropriée;

2) collabore avec le conseil des médecins et dentistes au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux posés dans son département et lui fait rapport à ce sujet;

3) organise, dirige et contrôle l'activité professionnelle des médecins de son département, en ce qui a trait aux objets suivants :

   la répartition des tâches des médecins,
   le maintien de la compétence des médecins,
   les modalités et les attributions de la garde des médecins,
   le maintien de la discipline des médecins,
   le recrutement des médecins;

4) détermine après consultation des médecins de son département et en collaboration avec les autres chefs de département et le directeur des services professionnels les règles de pratique nécessaires au bon fonctionnement du département;

5) représente le département auprès de l'exécutif du conseil des médecins et dentistes.

9.07 Le conseil des médecins et dentistes relève du conseil d'administration et répond à ce dernier. Sous l'autorité directe du conseil d'administration, il exerce les activités prévues aux paragraphes 9.02 et 9.06.

9.08 Dans un établissement où il n'y a pas de directeur des services professionnels, les pouvoirs prévus au paragraphe 9.03 appartiennent au directeur général ou son représentant et ils sont exercés par ces derniers en conformité du paragraphe 9.05. En ce même cas, le directeur général ou son représentant se substitue au directeur des services professionnels aux fins du paragraphe 9.06.

9.09 Lorsqu'il n'y a pas de département ou de service de médecine générale dans un centre local de services communautaires ou un centre hospitalier où exercent des médecins, un médecin nommé par le conseil d'administration après consultation des médecins de l'établissement assume le rôle et les responsabilités dévolus au chef de département de médecine générale par les paragraphes 9.05 et 9.06.

9.10 Dans un établissement autre qu'un centre hospitalier où existe un département ou un service de médecine générale, le chef de ce département ou service est nommé par le conseil d'administration après consultation des médecins du département ou service. Tel chef est un médecin nommé pour une période de deux (2) ans.

9.11 Dans un établissement où existe un département de santé communautaire, les autorités et pouvoirs prévus par le paragraphe 9.05 ainsi que les responsabilités prévues par le paragraphe 9.06 s'exercent par l'intermédiaire du chef de service de médecine générale qui en répond au chef de département de santé communautaire.

9.12 Dans un établissement où existe un département de santé communautaire ou l'équivalent, les parties reconnaissent qu'il est opportun que le chef de service de médecine générale participe à des réunions des chefs de département de son établissement.

CHAPITRE IV – CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION EN ÉTABLISSEMENT

10.00 CONDITIONS DE NOMINATION ET DE RENOUVELLEMENT DE NOMINATION

10.01 Un médecin doit, pour exercer sa profession dans un établissement, être titulaire d'une nomination décernée par cet établissement ou d'une autorisation qui y supplée en vertu du paragraphe 11.02.

Sous réserve du paragraphe 10.14, l'exercice de la profession dans un établissement comprend la participation du médecin aux activités et programmes de santé de cet établissement qui s'appliquent en dehors du cadre physique de l'établissement à l'exception d'un cabinet privé, lorsqu'il agit en sa qualité de titulaire d'une nomination de cet établissement.

10.02 Un médecin peut exercer sa profession dans un établissement dès sa nomination par le conseil d'administration; il jouit du statut et des privilèges qui lui sont accordés par le conseil d'administration, après recommandation du conseil des médecins et dentistes, s'il y en a un.

10.03 Lorsqu'il n'y a pas de conseil des médecins et dentistes dans un établissement, la nomination du médecin et l'attribution à ce dernier de statut et privilèges sont effectuées par le conseil d'administration après consultation des médecins de l'établissement.

10.04 Un médecin désirant exercer sa profession dans un établissement doit adresser au directeur général un formulaire de demande de nomination en conformité du modèle prescrit en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Dans un centre local de services communautaires, le conseil des médecins et dentistes adresse sa recommandation au conseil d'administration dans les trente (30) jours de la réception de la demande par le directeur général.

Dans un établissement, autre qu'un centre hospitalier, le conseil d'administration transmet au candidat une décision écrite dans les soixante (60) jours de la réception de la demande originale par le directeur général.

10.05 Dans un centre hospitalier, tout refus de candidature doit être motivé et se fonder uniquement sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement eu égard aux exigences propres à l'établissement. Un établissement autre qu'un centre hospitalier peut refuser une candidature sans devoir justifier son refus.

Dans un centre local de services communautaires, où il existe un conseil des médecins et dentistes, avant d'accepter une candidature, le conseil d'administration doit requérir l'avis du conseil des médecins et dentistes quant à la qualification, la compétence scientifique et le comportement du candidat, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

Lorsqu'il n'y a pas de conseil des médecins et dentistes dans l'établissement, le conseil d'administration requiert l'avis des médecins de l'établissement.

10.06 Le renouvellement ou non-renouvellement de nomination, le changement de statut ou de privilèges, la réinstallation ou le congédiement d'un médecin est décidé par le conseil d'administration après consultation du conseil des médecins et dentistes, ou s'il n'y a pas de conseil des médecins et dentistes, des médecins de l'établissement.

Dans un centre hospitalier, tout refus de renouvellement de nomination, de statut ou de privilèges, tout refus de réinstallation ou tout congédiement doit être motivé et se fonder uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite ou l'inobservance des règlements, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

Dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, tout congédiement ou tout refus de réinstallation doit être motivé et se fonder uniquement sur l'une des causes énumérées à l'alinéa précédent ou sur l'inobservance grave ou répétée de l'Entente. Tout refus de renouvellement de nomination, de statut ou de privilèges doit également être motivé et se fonder uniquement sur l'une des causes énumérées à l'alinéa précédent, sur la détermination des effectifs médicaux stipulée au paragraphe 10.09 ou sur l'inobservance grave ou répétée de l'Entente.

10.07 Dans un centre hospitalier, la nomination d'un médecin et l'attribution à ce dernier de ses statuts et privilèges valent jusqu'au 31 décembre de l'année courante. Le renouvellement ou le non-renouvellement de la nomination d'un médecin et de l'attribution à ce dernier de statut et privilèges pour l'année suivante est effectué au cours du mois de décembre de chaque année.

10.08 Dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le renouvellement ou le non-renouvellement de la nomination d'un médecin et l'attribution à ce dernier de statut et privilèges est effectué annuellement pour tous les médecins à une date fixe que détermine l'établissement.

10.09 Les effectifs médicaux dans un établissement autre qu'un centre hospitalier sont déterminés par le conseil d'administration après consultation du conseil des médecins et dentistes ou, s'il n'y a pas de conseil des médecins et dentistes, des médecins de l'établissement, en fonction de la réalisation des programmes de santé de l'établissement et des ressources budgétaires approuvées par le Ministre.

Un centre hospitalier détermine de même les effectifs médicaux à honoraires fixes qui y sont régis par l'article 17 de l'Entente.

10.10 Tout avis de non-renouvellement de nomination, de modification de statut ou privilèges, de suspension, de congédiement ou autre sanction, émanant du conseil d'administration, doit être motivé et transmis par écrit au médecin. Il en est de même d'un avis de refus de candidature dans un centre hospitalier.

10.11 Au cas de non-renouvellement de la nomination d'un médecin en raison de la détermination des effectifs médicaux en conformité du paragraphe 10.09, le médecin a droit à un préavis de trois (3) mois.

10.12 La compétence exclusive de la Commission des affaires sociales en conformité de la *Loi de la Commission des affaires sociales* sur les appels logés par les médecins en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est reconnue par l'Entente.

10.13 La nomination, ou son renouvellement, par un établissement, ou l'autorisation qui y supplée en vertu du paragraphe 11.02, entraînent ipso facto à l'égard du médecin, pour leur durée respective, l'application des dispositions de l'entente relatives à l'activité du médecin en milieu institutionnel, à ses conditions d'exercice et aux normes afférentes à sa rémunération.

10.14 Un médecin ne peut être tenu d'exercer son activité professionnelle dans un établissement autre que celui qui l'a nommé que s'il a été embauché dans le cadre d'un programme de santé comportant telle exigence.

Ce paragraphe ne s'applique pas si la demande de nomination du médecin dans un autre établissement est refusée par cet autre établissement ou s'il ne peut obtenir le statut et les privilèges requis pour y exercer en conformité du présent article.

10.15 Dans ou auprès d'un centre local de santé communautaire, l'octroi d'une nomination permettant à un médecin assujetti à l'application des articles 360 à 366 de la Loi (RLRQ, chapitre S-4.2) d'être rémunéré à l'acte pour la dispensation des services médicaux qu'il effectue dans ou auprès de ce centre, devra, sauf si le médecin est détenteur d'une nomination spécifique, comporter la détermination obligatoire d'une période d'activités professionnelles couvrant, sur base hebdomadaire, douze (12) heures.

10.00 A NOMINATION SPÉCIFIQUE

10.01 A Une nomination spécifique a conventionnellement pour objet l'octroi de privilèges spécifiques de pratique et comporte, en contrepartie, la détermination d'obligations limitées de même nature.

10.02 A Une nomination spécifique n'est octroyée que pour les activités au sein d'un centre hospitalier ou d'un centre local de services communautaires.

10.03 A Le médecin qui est détenteur d'une nomination spécifique n'est astreint qu'à l'activité professionnelle et, le cas échéant, à la garde reliée à l'exercice des privilèges spécifiques de pratique qu'il détient.

10.04 A La détention d'une nomination spécifique emporte exemption des obligations de participation qu'a un médecin à l'endroit des activités qui sont celles du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Cette exemption ne s'applique pas aux activités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens qui sont reliées au champ d'exercice couvert par les privilèges spécifiques que détient ce médecin. Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent à l'égard des obligations qui, le cas échéant, en centre local de services communautaires, sont celles d'un médecin à l'endroit de sa participation aux activités du service médical.

10.05 A En région désignée, une nomination spécifique en centre hospitalier peut, aux conditions qu'édicte l'annexe XII de l'Entente, permettre, au bénéfice du médecin qui en est détenteur, une rémunération majorée au sens de cette annexe pour l'ensemble de sa pratique.

10.06 A En centre hospitalier, un médecin doit, pour être éligible à l'octroi d'une nomination spécifique, répondre à l'une des exigences suivantes :

a) dans un centre local de services communautaires ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, ce médecin détient la qualité de plein temps;

b) dans un centre local de services communautaires ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, il détient deux nominations à demi-temps dans deux de ces centres;

c) dans un ou plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée, il exerce sa profession, selon le mode de la vacation ou celui de l'acte, pour une durée totale qui, de l'avis du conseil des médecins dentistes et pharmaciens de l'établissement qui exploite le centre hospitalier visé, est de l'ordre de douze (12) heures par semaine.

Aux fins de l'application de l'alinéa c) ci-dessus, les heures de garde en disponibilité effectuées auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée entrent dans le calcul du nombre d'heures mentionné à cet alinéa à raison d'une heure (1) créditée par quart de huit (8) heures de garde en disponibilité;

10.07 A Sous réserve des dispositions prévues à l'article 10.15 et dans le cas d'une nomination avec rémunération à honoraires fixes selon l'article 13.00 de l'Entente, l'octroi d'une nomination spécifique en centre local de services communautaires est obligatoire dans le cadre des pratiques suivantes :

a) peu importe le mode de rémunération, l'exercice d'une activité professionnelle qui s'inscrit dans le cadre des activités médicales particulières énumérées à l'article 361 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) par un médecin assujetti à l'application des articles 360 à 366 de cette loi, ces activités comprenant, pour le médecin rémunéré à l'acte assujetti à l'application de ces articles, l'activité professionnelle que ce médecin exerce dans le service d'urgence de première ligne d'une installation d'un centre local de services communautaires du réseau intégré de garde;

b) la dispensation, rémunérée à l'acte, par un médecin assujetti à l'application des articles 360 et 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, de services médicaux non visés à l'article 361 de la loi susmentionnée.

Ces services médicaux sont, sur recommandation du DRMG, réputés être des activités médicales particulières. Dans ce cas, l'ensemble des exigences de l'entente relative aux activités médicales particulières s'applique à ce médecin, y compris celle relative à la signature d'un engagement;

c) l'activité professionnelle du médecin comptant plus de dix (10) années de pratique et exerçant sa profession dans le cadre d'une entente particulière prévoyant une telle nomination, telle l'entente particulière relative au réseau de garde intégré et celle relative au service d'urgence de première ligne du centre hospitalier Trois-Pistoles;

d) peu importe le mode de rémunération, l'activité professionnelle reliée à la santé et à la sécurité du travail.

e) le médecin est détenteur d'une nomination lui permettant d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire pour une période inférieure à dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine, dans le cadre d'un programme établi par le Ministre, après consultation auprès de la Fédération.

AVIS **:** *La liste des programmes est la suivante :*

- Programme de maintien à domicile;
- Services de psycho-gériatrie;
- Programme de santé mentale, y compris centre de crise;
- Services en toxicomanie;
- Services en centre de détention;
- Services d'interruption volontaire de grossesse;
- Programme de dépistage anonyme du SIDA;
- Santé et sécurité au travail;
- Services de santé aux autochtones;
- Services aux itinérants.

10.08 A En centre hospitalier, l'octroi d'une nomination spécifique comporte, pour le médecin, l'obligation de fournir, sur base hebdomadaire, les prestations professionnelles suivantes :

a) dans un service d'urgence de première ligne, douze (12) heures de garde sur place par semaine;

b) dans ou auprès d'un département, d'un service ou d'une unité de gériatrie, de psychiatrie, d'obstétrique, de même qu'en ce qui concerne la dispensation de services médicaux au patient admis, fournir les prestations d'activité professionnelle ou de garde qui sont déterminées par le chef du département, de service ou d'unité, en conformité avec les règlements édictés par l'établissement qui exploite le centre.

10.09 A Lorsque le médecin qui est détenteur d'une nomination spécifique en centre hospitalier est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire dans le centre local de services communautaires ou le centre d'hébergement et de soins de longue durée où il exerce déjà sa profession, ce médecin peut, sauf dans les cas prévus par les parties, en ce qui concerne le mode de rémunération qui lui est applicable dans ce centre hospitalier, soit opter pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, soit opter pour un autre mode de rémunération qui est disponible dans le centre hospitalier visé, selon l'endroit où il exerce sa profession. Lorsque le médecin opte pour le maintien de son mode de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, l'attestation de ses heures d'activités professionnelles dans le centre hospitalier relève du chef de département de médecine générale.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, le médecin ne peut bénéficier du maintien de son mode de rémunération lorsqu'il exerce dans un service d'urgence de première ligne où il doit partager la garde qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré selon le mode de l'acte.

AVIS **:** *Le médecin qui maintient la rémunération à honoraires fixes en ce qui a trait à sa nomination spécifique doit, pour facturer ses honoraires, utiliser le numéro de l'installation où il détient cette nomination spécifique.*

10.10 A En centre local de services communautaires, l'octroi d'une nomination spécifique ne comporte pas, sous réserve des dispositions du paragraphe 10.11A ci-après, l'obligation conventionnelle de déterminer, pour le médecin, une période minimale d'activités professionnelles.

10.11 A L'octroi, dans ou auprès d'un centre local de services communautaires, d'une nomination spécifique à un médecin, rémunéré à l'acte, assujetti à l'application des articles 360 à 366 de la Loi et ne comportant pas la détermination d'une période d'activités professionnelles couvrant, sur base hebdomadaire, douze (12) heures, comporte toutefois, pour le médecin visé, l'obligation de respecter l'ensemble des exigences découlant de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières.

10.12 A Lorsque le médecin visé au paragraphe 10.09A opte pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes, la nomination spécifique qui l'autorise à ce faire ne comporte, dans le centre hospitalier visé, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles. Toutefois, lorsque le médecin en cause exerce sa profession dans le service d'urgence de première ligne du centre hospitalier lui ayant décerné sa nomination spécifique, la garde sur place ainsi effectuée est, selon les modalités qu'édicte l'annexe VI de l'Entente, prise en compte aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire de ce médecin. La présente disposition n'a pas pour effet d'augmenter le nombre d'heures de garde sur place dont le médecin peut se prévaloir à des fins de détermination de son traitement hebdomadaire.

10.13 A Le médecin qui détient une nomination d'une installation à honoraires fixes d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou, selon le cas, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) peut être rémunéré selon ce mode et à partir de la même nomination pour les services dispensés dans un secteur d'activités sous la responsabilité d'une autre installation du même CISSS ou, selon le cas, du CIUSSS, à la condition que ce mode de rémunération soit accessible dans le secteur d'activités en cause. Il doit obtenir une nomination spécifique de chacun des secteurs d'activités où il exerce. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'installations d'un établissement autre qu'un CISSS ou, selon le cas, d'un CIUSSS.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) et préciser qu'il s'agit du paragraphe 10.13 A.*

11.00 DISPOSITIONS DÉROGATOIRES

11.01 Les dispositions des paragraphes 10.04 à 10.11 inclusivement ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

1. la nomination, ou son renouvellement, par un établissement autre qu'un centre hospitalier, d'un médecin surnuméraire pour compléter les effectifs médicaux déterminés par l'établissement en vertu du paragraphe 10.09, au cas de l'absence temporaire d'un médecin de l'établissement ou de vacance. Cette nomination ne peut avoir une durée excédant six (6) mois consécutifs;
2. la nomination d'un médecin, ou son renouvellement quand il s'agit d'un médecin qui accepte d'oeuvrer dans un établissement selon les codes d'acte relatifs aux vacations. Cette nomination ne peut avoir une durée excédant douze (12) mois consécutifs.

11.02 L'autorisation conférée à un médecin par un établissement d'y oeuvrer, en cas d'urgence, à titre exceptionnel et temporaire, est valable pour le terme y spécifié et supplée de plein droit à une nomination par l'établissement.

12.00 CONDITIONS D'EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT (1)

12.01 À l'occasion de la nomination d'un médecin par un établissement ou de son renouvellement, le conseil d'administration d'un établissement, après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou, à défaut, des médecins de l'établissement, détermine, selon les dispositions du paragraphe 17.01 de l'Entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps d'un médecin qu'il accepte de rémunérer selon les honoraires fixes ou le nombre d'heures autorisées s'il s'agit d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

À compter du 1er octobre 2011, pour se prévaloir du mode des honoraires fixes, le médecin doit avoir préalablement été rémunéré selon ce mode et avoir détenu un avis de service actif à honoraires fixes entre le 1er octobre 2010 et le 30 septembre 2011 sous réserve de l'alinéa suivant.

Par la suite, le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes qui met fin à sa nomination selon le mode des honoraires fixes ne peut de nouveau s'en prévaloir à moins d'informer la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles en établissement à honoraires fixes de la façon prévue au 3e alinéa du paragraphe 2.14 de l'annexe VI.

AVIS **:** *Voir les formulaires* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

12.02 L'établissement fait parvenir au médecin, dans les trente (30) jours qui suivent sa nomination ou son renouvellement de nomination, une confirmation écrite de sa décision en conformité avec le présent article.

12.03 La disponibilité du médecin auprès d'un établissement s'établit selon les règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les règles de pratique en vigueur dans le département clinique et ses fonctions médico-administratives et hospitalières, s'il y a lieu.

12.04 Activités médico-administratives et hospitalières

La détermination de toute période d'activités professionnelles consacrée par un médecin à des fonctions médico-administratives et hospitalières relève du chef de département de médecine générale ou du médecin qui le remplace.

13.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES AU MODE DE RÉMUNÉRATION SELON LES HONORAIRES FIXES

13.01 Période régulière d'activités professionnelles

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

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.

La période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire d'un médecin rémunéré à honoraires fixes est déterminée en fonction de sa qualité de plein temps ou de demi-temps, tel que prévu ci-après.

La période régulière d'activités professionnelles d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ayant qualité de plein temps est de trente-cinq (35) heures par semaine.

Cependant, possède également la qualité de plein temps, le médecin dont la période régulière d'activités professionnelles est supérieure à dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine et inférieure à trente-cinq (35) heures par semaine.

La période régulière d'activités professionnelles d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ayant qualité de demi-temps est de dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine.

La qualité de demi-temps déterminée à l'occasion de la nomination d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ne peut avoir pour objet la détermination d'une période régulière d'activités professionnelles dont la durée est inférieure à dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine.

Dans tous les cas, l'établissement avise par écrit la Régie de la qualité que détient le médecin. L'établissement informe également la Régie du nombre d'heures que comporte la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire de ce médecin. L'établissement remet au médecin visé copie de cet avis.

AVIS **:** *Lorsque prévu à l'entente particulière, utiliser le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897).*

13.02 Période supplémentaire d'activités professionnelles

La période supplémentaire d'activités professionnelles s'entend des heures qu'un médecin rémunéré à des honoraires fixes, en sus de sa période régulière d'activités professionnelles, consacre à l'exécution des tâches qui lui ont été réparties selon les modalités prévues à l'Entente. Sauf circonstances exceptionnelles et temporaires, une période supplémentaire d'activités professionnelles n'est effectuée par le médecin que sur base volontaire.

La détermination de toute période supplémentaire d'activités professionnelles pour un médecin, l'horaire y afférent, ainsi que la détermination du caractère exceptionnel et temporaire des circonstances visées à l'alinéa précédent relèvent du chef du département de médecine générale ou du médecin qui le remplace ou son délégué.

13.03 Un médecin ne peut détenir la qualité de plein temps que dans un seul établissement.

La qualité de plein temps n'est pas cumulable avec la qualité de demi-temps.

Un médecin ne peut cumuler la qualité de demi-temps dans plus de deux (2) établissements.

Lorsque le médecin rémunéré à honoraires fixes bénéficie dans un établissement d'un congé sans rémunération prévu à l'Entente ou à l'annexe VI, la qualité qu'il détient dans cet établissement ne peut être invoquée, pendant la durée de ce congé, aux fins de l'application des dispositions du présent paragraphe.

13.04 Un médecin rémunéré à honoraires fixes ne peut être contraint d'accepter un horaire hebdomadaire qui répartit sa période régulière d'activités professionnelles sur plus de cinq (5) jours consécutifs. Il ne peut, même en cas de circonstances exceptionnelles et temporaires, être contraint d'effectuer une période supplémentaire d'activités professionnelles de plus de dix (10) heures par semaine s'il a qualité de plein temps et, s'il a qualité de demi-temps, de plus de dix (10) heures par deux (2) semaines.

13.05 Un médecin rémunéré à honoraires fixes doit consacrer à l'établissement où il exerce selon ce mode de rémunération sa principale activité professionnelle.

À cette fin, il ne peut exercer à l'extérieur de cet établissement qu'en dehors de la période de temps pour laquelle il y est rémunéré à honoraires fixes et après avoir rempli ses obligations envers l'établissement quant à la garde et quant à ses périodes régulière et supplémentaire d'activités professionnelles.

L'alinéa précédent ne s'applique pas lorsque le médecin doit interrompre une période d'activités professionnelles pour pourvoir, dans un autre établissement, à la dispensation de soins immédiatement requis par l'état d'un patient dont il a la charge.

13.06 Un médecin rémunéré à honoraires fixes ne peut être contraint d'accepter, pendant la durée de cette entente, un autre mode de rémunération.

13.07 Un établissement ne peut contraindre directement ou indirectement un médecin rémunéré à honoraires fixes à modifier, pendant la durée de cette entente, la qualité de plein temps ou de demi-temps déterminée avant la signature de l'Entente ou pendant la durée de celle-ci.

De la même façon, un établissement ne peut contraindre un médecin ayant la qualité de plein temps à modifier, pendant la durée de l'Entente, le nombre d'heures que comporte, sur base hebdomadaire, sa période régulière d'activités professionnelles tel que déterminé avant la signature de l'Entente ou pendant la durée de celle-ci.

La période régulière d'activités professionnelles d'un médecin rémunéré à honoraires fixes exerçant dans un établissement ou partie d'établissement énuméré à l'annexe I de l'*Accord n° 3* de l'Entente ou à l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques, est répartie entre 8 et 18 heures du lundi au vendredi inclusivement.

14.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

14.01 Les modes de garde sont la garde sur place, c'est-à-dire dans l'établissement, et la garde en disponibilité.

14.02 Les modalités de la garde comprennent, outre le mode de garde, le nombre et la répartition des tours de garde, les horaires et les critères de garde en fonction du volume, de l'importance, du délai de dispensation et de la qualité des soins.

14.03 L'affectation d'un médecin à une garde doit être justifiée par la nécessité d'assurer, durant cette garde, la dispensation de soins immédiatement requis étant précisé que les activités professionnelles du médecin ne sont pas de ce fait limitées à la dispensation de tels soins durant cette période.

14.04 Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, la période de garde se situe en dehors des périodes régulières ou supplémentaires d'activités professionnelles prévues à l'article 13.00.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **002063** Garde sur place.*
Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.

14.05 Un médecin rémunéré à honoraires fixes à plein temps ne peut être contraint d'effectuer, par semaine, plus que le nombre d'heures régulières mentionnées à l'avis prévu au dernier alinéa du paragraphe 13.01 auquel s'ajoute, s'il y a lieu, un maximum de douze (12) heures de garde. À ce total, s'ajoute également un maximum de dix (10) heures par semaine que le médecin peut être tenu d'effectuer lors de circonstances exceptionnelles et temporaires, étant précisé que ce médecin ne peut, en aucun cas, être contraint d'effectuer, sur place, par semaine, un nombre d'heures d'activités professionnelles supérieur à celui que représente le nombre d'heures que comporte sa période régulière d'activités professionnelles, additionnées d'un maximum de douze (12) heures. Un médecin rémunéré à honoraires fixes à demi-temps ne peut être contraint d'effectuer, par période de deux (2) semaines, plus que le double du nombre d'heures régulières mentionnées à l'avis prévu au dernier alinéa du paragraphe 13.01 auquel s'ajoute, s'il y a lieu, un maximum de douze (12) heures de garde. À ce total, s'ajoute également un maximum de dix (10) heures par deux (2) semaines que le médecin peut être tenu d'effectuer lors de circonstances exceptionnelles et temporaires, étant précisé que ce médecin ne peut, en aucun cas, être contraint d'effectuer, sur place, par période de deux (2) semaines, un nombre d'heures d'activités professionnelles supérieur à celui que représente le double du nombre d'heures que comporte sa période régulière d'activités professionnelles, auquel s'ajoute un maximum de douze (12) heures.

14.06 Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui exerce sa profession dans un centre local de services communautaires désigné par le Ministre après consultation de la Fédération ou dans un centre hospitalier, peut cependant être contraint d'effectuer, sur place, ses heures de garde.

AVIS **:** *Lorsque prévu à l'entente particulière, indiquer sur le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) si le médecin est tenu d'effectuer de la garde sur place. Les codes d'activité relatifs à la garde sont intégrés aux avis afférents.*

15.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA RÉMUNÉRATION

15.01 Période supplémentaire d'activités professionnelles

Les heures que consacre un médecin rémunéré à honoraires fixes à une période supplémentaire d'activités professionnelles sont, au choix du médecin, rémunérées au taux horaire normal ou remises en temps. Le médecin prévient la Régie de son choix en l'indiquant sur le relevé d'honoraires qui couvre la période au cours de laquelle ces activités professionnelles supplémentaires ont été effectuées. Les heures supplémentaires d'activités professionnelles que le médecin choisit de reprendre en temps doivent être prises dans les vingt (20) semaines qui suivent la terminaison de la période supplémentaire d'activités professionnelles visée. À défaut, ces heures lui sont payées au taux horaire normal au terme du délai susmentionné.

La remise de temps s'effectue à l'intérieur de la période régulière d'activités professionnelles du médecin. Elle est sujette à l'approbation du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions. Lorsque le médecin utilise son droit de remise en temps pour compenser une partie ou la totalité de sa période régulière d'activités professionnelles, il indique le nombre d'heures supplémentaires d'activités professionnelles qu'il entend utiliser à cette fin sur le relevé d'honoraires qui couvre la période au cours de laquelle s'opère cette compensation. La période régulière d'activités professionnelles du médecin qui a conclu une entente avec la CARRA dans le cadre du programme de retraite progressive est celle apparaissant à cette entente. Ce médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la remise de temps prévues au présent paragraphe sur la base de cette période régulière d'activités professionnelles.

Le médecin qui détient une nomination spécifique à honoraires fixes dans un des centres d'un établissement peut cumuler, aux fins de la reprise de temps, les heures d'activités supplémentaires effectuées dans un tel centre. Toutefois, ces heures supplémentaires d'activités sont considérées comme étant cumulées dans le centre où le médecin détient sa nomination principale.

Lorsque la réquisition de services médicaux curatifs ou préventifs entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière, et que le médecin n'a pas opté pour le mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'Entente, le chef de département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable de l'établissement peut, avec l'accord de l'établissement et sous réserve du paragraphe suivant autoriser au bénéfice du médecin rémunéré à honoraires fixes sur une base de trente-cinq (35) heures par semaine d'être rémunéré pour un maximum de huit cent quatre-vingt (880) heures par année en plus des heures régulières,

a) soit selon le mode du tarif horaire pour la totalité des heures effectuées;

b) soit selon le mode des honoraires fixes pour 220 heures et selon le mode du tarif horaire pour 660 heures s'il respecte les conditions suivantes :

i) il a exercé une option en ce sens au cours de la période du 1er janvier 2013 au 28 février 2013;

ii) il a, au cours de la même période, adressé une demande à la CARRA pour obtenir le relevé de son service passé admissible jusqu'au 31 décembre 2012 et transmis à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec copie de cette demande. Lors de la réception du relevé, mais au plus tard le 1er mai 2014, il en transmet copie à la Fédération;

iii) au cours de l'année civile 2013, il est effectivement rémunéré pour 220 heures en vertu du présent sous-paragraphe.

Le médecin qui ne respecte pas les trois conditions énoncées se voit retirer définitivement la possibilité de se prévaloir de ce sous-paragraphe et par la suite est rémunéré selon l'article 15.01 a), dans la mesure où il en respecte les conditions.

Dans le cadre de l'autorisation qui lui est accordée de dépasser le nombre maximal d'heures prévu pour sa période régulière, le médecin doit d'abord se prévaloir de la banque d'heures facturables à honoraires fixes avant de se prévaloir de la banque d'heures facturables selon le mode du tarif horaire. L'année d'application est l'année civile.

Cette disposition s'applique malgré le caractère exclusif du mode de rémunération pour l'ensemble des activités du médecin, y compris la garde sur place. Elle s'applique au médecin qui détient la qualité de plein temps à trente-cinq (35) heures par semaine dans un établissement ou de demi-temps dans deux établissements. Toutefois, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'Entente ne peut être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option, à moins d'une autorisation à cette annexe et sous réserve des conditions qui y sont énoncées.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) pour chaque médecin autorisé au dépassement et cocher la case prévue à cet effet.*

Pour les heures supplémentaires à tarif horaire, utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- **TH** *dans le champ* Mode de rémunération;

- *le code d'activité régulier dans le champ* Code d'activité.

Voir la section 2 du Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et mixte.

Malgré les dispositions du précédent alinéa, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut, dans le cas du médecin qui exerce au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde, dans un centre hospitalier psychiatrique au sein duquel une garde sur place est assurée, ou dans tout autre cas jugé exceptionnel, sur recommandation du chef de département, accorder un dépassement de ce nombre de 880 heures par année.

AVIS **:** *Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible des 880 heures.*

15.02 Garde dans l'établissement

La garde sur place est rémunérée au taux horaire normal pour le médecin qui y est rémunéré à honoraires fixes et à l'acte pour tout autre médecin.

Lorsque l'Entente y pourvoit, le médecin peut être rémunéré à tarif horaire selon les modalités prévues qu'édicte l'annexe XIV, ou autrement.

15.03 Garde en disponibilité

La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte.

15.04 Calcul du taux horaire normal

Le taux horaire normal d'un médecin rémunéré à des honoraires fixes s'établit en divisant le taux annuel de rémunération apparaissant à l'annexe II par 1 820 heures.

15.05 Horaires défavorables

Une majoration du taux horaire normal du médecin rémunéré à honoraires fixes peut être accordée pour des services dispensés en horaires défavorables. Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement. Si une date ne correspond pas à celles énumérées au paragraphe 3.01 de l'annexe VI de l'Entente, le médecin en avise la Régie.

AVIS **:** *Consulter les calendriers des jours fériés.*
Lorsque la date du jour férié dans l'installation ou l'établissement est différente de celle du calendrier de la Régie, le médecin doit se conformer à la date déterminée dans son installation ou son établissement.
L'installation ou l'établissement doit faire parvenir à la Régie avant le 1er mai de chaque année, la liste des jours fériés et leur date de célébration :

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

La majoration est établie en appliquant un facteur de conversion de 1,28 par majoration de 1 % consentie au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire lorsque le médecin dispense les activités visées par cette majoration pendant sa période régulière d'activités professionnelles telle que définie au paragraphe 13.01 de l'Entente. Pour fins d'application du présent alinéa, toute période supplémentaire est présumée être une période régulière d'activités.

La majoration est établie en appliquant un facteur de conversion de 1,2 par majoration de 1 % consentie au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire lorsque la période concernée est une période de garde telle que définie au paragraphe 14.05 de l'Entente.

Les heures rémunérées à un taux majorant le taux horaire normal sont toujours payées lors de leur facturation et ne peuvent faire l'objet d'une remise de temps au sens du paragraphe 15.01 ci-dessus. Elles sont toutefois comptabilisées dans le total des heures faites dans la semaine et le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la remise de temps pour les heures autres que celles majorées en vertu du présent sous-paragraphe.

AVIS **:** *Pour les instructions de facturation, voir l'annexe XX ou tout autre document faisant état de ses propres majorations.*

CHAPITRE V – MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME ET CONDITIONS RELATIVES À LA RÉMUNÉRATION

16.00 MODE DE PARTICIPATION AU RÉGIME

16.01 Régime d'assurance maladie

Tout médecin est réputé participant au régime d'assurance maladie. Toutefois, l'entrée en vigueur de cette entente n'a pas pour effet de changer l'option déjà faite par un médecin dans le cadre de l'article 26 de la Loi.

Un médecin peut opter pour le désengagement ou la non-participation. Cette option s'opère par l'envoi à la Régie, sous pli recommandé, du formulaire de la Régie comportant les informations exigées par la *Loi sur l'assurance maladie*. Cette option prend effet le trentième (30e) jour qui suit la date de la mise à la poste. Copie du formulaire est reproduit à l'annexe III.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Avis de modification de statut au régime d'assurance maladie du Québec – Réengagement – non-participation – désengagement *(1378)*.

Un médecin désengagé ou non-participant peut devenir un médecin soumis à l'application de l'Entente. Cette option prend effet le huitième (8e) jour qui suit la date de la mise à la poste sous pli recommandé de la formule prévue à l'annexe III et opère ipso facto la réintégration du médecin au régime.

La Régie fait parvenir sans délai à la Fédération une copie de toute formule visée au présent paragraphe.

Un médecin non-participant qui a fourni un service assuré selon la Loi dans un cas d'urgence, peut facturer à la Régie le montant de ses honoraires. Dans un cas, la Régie paie au médecin le montant des honoraires payables en vertu de l'Entente à un médecin soumis à son application. Si le médecin non-participant décide de facturer au patient le montant de ses honoraires, il ne peut réclamer un montant plus élevé que les honoraires payables en vertu de l'Entente. Un cas d'urgence comprend toute condition pathologique qui, selon le médecin, requiert dans l'immédiat la dispensation de services assurés.

Un médecin rémunéré à des honoraires fixes est réputé soumis à l'application de l'Entente et il ne peut se prévaloir des dispositions du présent paragraphe relatives au désengagement et à la non-participation.

17.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

17.01 Le paiement à l'acte constitue le mode de rémunération en cabinet privé. Ce mode s'applique également en établissement sauf dans les cas suivants :

- Lorsqu'un autre mode de rémunération est prévu dans le cadre d'une annexe aux présentes, d'une entente particulière, d'une lettre d'entente, d'un protocole d'accord ou d'un accord ou d'un permis, en centre hospitalier, en vertu d'une nomination spécifique octroyée au médecin, conformément à l'article 10.00 A de l'Entente générale et sous réserve du paragraphe 12.01.
- Lorsqu'il s'agit d'activités faites en santé et sécurité du travail relevant de la responsabilité des directeurs régionaux de santé publique. Le médecin doit détenir une nomination de l'établissement responsable précisant le mode de rémunération autorisé selon l'Entente générale.

AVIS **:** *Pour les heures travaillées en santé et sécurité du travail, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes doit utiliser l'un des codes d'activité suivant :*
*- **007031** Étude de dossier*
*- **007032** Rencontres multidisciplinaires*
*- **007037** Planification – Programmation – Évaluation*
*- **007093** Programme pour une maternité sans danger.*
*Seul le code d'activité **007032** peut être majoré en horaires défavorables.*
Pour connaître les secteurs de dispensation visés par les horaires défavorables, voir les instructions de facturation des paragraphes 4.01 et 4.02 de l'annexe XX de l'Entente.
Certains CISSS et CIUSSS n'ont pas mis en place leur département régional de santé publique. Par conséquent, dans le cas de la santé et sécurité du travail, la nomination peut être associée à un centre local de services communautaires (CLSC) en attendant l'implantation d'un département régional de santé publique.

À compter du 1er avril 2008, une prime de santé au travail est versée. Cette prime est de 2,60 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 2,65 $ par heure au 1er octobre 2019 et elle s'applique sur 70 % des heures rémunérées dans le cadre de la présente disposition. Cette prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.
Est également versé à compter du 1er avril 2009, un forfait de santé au travail défini comme toute forme d'interventions auprès des entreprises et autres organismes pertinents faites dans le cadre de l'Entente entre la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail et les directions de santé publique. Ce forfait est de 23,45 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 23,70 $ par heure au 1er octobre 2019. Le comité paritaire attribue selon les critères qu'il détermine, la banque de forfaits alloués annuellement à chaque direction régionale de santé publique. La répartition entre les médecins visés de la banque de forfaits alloués est déterminée par le directeur régional de santé publique.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19931** et indiquer la durée de l'activité en santé du travail.*
Indiquer le lieu de la facturation correspondant au CISSS, au CIUSSS ou à l'établissement de la région (94183 à 94400) responsable de la nomination en santé au travail.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Tableau – Répartition régionale des forfaits

Nº de facturation	***Directions (CISSS ou CIUSSS)***	***Nombre de forfaits***
94400	*Région 01 – CISSS du Bas-St-Laurent*	*140*
94401	*Région 02 – CIUSSS du Saguenay–Lac-St-Jean*	*371*
94402	*Région 03 – CIUSSS de la Capitale-Nationale*	*994*
94403	*Région 04 – CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec*	*539*
94404	*Région 05 – CIUSSS de l'Estrie – Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke*	*254*
94405	*Région 06 – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal*	*1 232*
94410	*Région 07 – CISSS de l'Outaouais*	*294*
94411	*Région 08 – CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue*	*210*
94412	*Région 09 – CISSS de la Côte-Nord*	*175*
94109	*Région 10 – Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James*	*84*
94413	*Région 11 – CISSS de la Gaspésie*	*203*
94414	*Région 12 – CISSS de Chaudière-Appalaches*	*623*
94415	*Région 13 – CISSS de Laval*	*203*
94416	*Région 14 – CISSS de Lanaudière*	*329*
94417	*Région 15 – CISSS des Laurentides*	*287*
94418	*Région 16 – CISSS de la Montérégie-Centre*	*1 027*
94179	*Région 17 – Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik*	*35*
94183	*Région 18 – Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James*	*0*
	TOTAL	***7 000***

AVIS **:** *Le forfait de santé au travail (code de facturation **19931**) n'est pas payable pour le médecin qui choisit le mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII en santé et sécurité du travail.*

Lorsque l'option du médecin a pour objet le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, le médecin ne peut modifier cette option pour l'un ou l'autre de ces modes qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession auprès du centre.
Lorsque l'option du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire a pour objet une forme additionnelle de rémunération prévue par entente particulière ou par une annexe aux présentes, cette option ne peut être exercée par le médecin qu'à l'occasion de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci.
La prime de santé au travail et le forfait de santé au travail cessent d'être versée au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte.

17.02 Le médecin rémunéré à l'acte l'est selon une échelle tarifaire qui tient exclusivement compte de la valeur relative des actes médicaux et chirurgicaux.

17.03 Seul le médecin pour lequel un nombre de vacations a été autorisé peut se prévaloir de ces codes d'acte.

La vacation consiste en une période de trois (3) heures que le médecin consacre exclusivement à des activités professionnelles. La vacation peut être effectuée et rémunérée en périodes de service distinctes d'au moins une (1) heure chacune.

17.04 Le tarif des actes médicaux apparaissant à l'annexe V fait partie intégrante de l'Entente; le tarif des actes médicaux comprend un préambule général, des préambules particuliers, une nomenclature des actes médicaux et les échelles tarifaires y afférentes.

17.05 Le tarif de rémunération à honoraires fixes de l'annexe II fait partie intégrante de l'Entente.

17.06 Seul le médecin soumis à l'application d'une entente, titulaire d'une nomination à temps plein ou à demi-temps dans un établissement, peut recevoir une rémunération à honoraires fixes.

17.07 Le Ministre et la Fédération peuvent en tout temps convenir de tout autre mode de rémunération ou, en vertu du paragraphe 4.04, stipuler l'application d'un mode de rémunération à toute catégorie désignée de médecins, nonobstant les dispositions du présent article.

17.08 Le Ministre et la Fédération conviennent que le médecin oeuvrant dans un établissement ou partie d'établissement énuméré soit à l'annexe X, soit dans un accord entre le Ministre et la Fédération en application du paragraphe 17.07 est obligatoirement rémunéré à la vacation selon les modalités qu'édicte cette annexe.

17.09 Un médecin ne peut être autrement rémunéré pour les actes médicaux qu'il pose durant la période de temps pour laquelle il est rémunéré à honoraires fixes ou selon le mode de la vacation.

17.10 Les conditions d'application des tarifs apparaissant à l'annexe IX font partie intégrante de l'Entente.

17.11 Le tarif horaire constitue un mode distinct de rémunération.

17.12 Le tarif horaire comprend des règles générales et des dispositions tarifaires qui déterminent les conditions d'application de ce mode. Ce dispositif apparaît à l'annexe XIV de l'Entente et fait partie intégrante de celle-ci.

17.13 Peu importe le mode de rémunération, lorsqu'une disposition de l'Entente comporte une application sur une base annuelle, l'année d'application est celle de l'année civile, à moins d'indication contraire.

17.14 Le mode de rémunération mixte constitue un mode distinct de rémunération.
17.15 Le mode de rémunération mixte comprend des règles générales et des dispositions tarifaires qui déterminent les conditions d'application de ce mode. Ce mode de rémunération paraît à l'annexe XXIII de l'Entente et fait partie intégrante de celle-ci.

18.00 FACTURATION

18.01 Un médecin fait parvenir ses relevés d'honoraires à la Régie, pas plus d'une (1) fois la semaine et au moins une (1) fois le mois.

Cette facturation se fait sur les formules prescrites fournies par la Régie.

Le défaut pour un médecin rémunéré à honoraires fixes de fournir à la Régie un relevé d'honoraires pour une période donnée, à l'exception d'une période au cours de laquelle un médecin est en congé sans rémunération prévu à l'Entente ou à l'annexe VI, entraîne, pour la durée de cette période, l'interruption de l'accumulation du service au sens de l'annexe VI de la présente entente et l'application du paragraphe 4.13 de la même annexe, à moins que le médecin ne démontre à la Régie qu'il a été dans l'impossibilité de le produire.

AVIS **:** *Il est important de faire parvenir à la RAMQ une demande de paiement pour les services rendus afin de ne pas interrompre l'accumulation du service.*

Un relevé d'honoraires relatif au mode de la vacation, à celui du tarif horaire ou à celui des honoraires fixes doit être contresigné par un représentant autorisé de l'établissement avant d'être transmis à la Régie. Il en est de même d'un relevé portant sur des services de laboratoire en centre hospitalier rémunérés selon le mode de l'unité. Advenant le refus de l'établissement de contresigner un relevé d'honoraires, le médecin peut loger un différend pour obtenir paiement.

18.02 Un médecin n'est tenu de fournir à la Régie que les seuls renseignements et documents dont elle a besoin pour apprécier un relevé d'honoraires.

La Régie peut faire toute enquête ou inspection sur les matières qui sont de sa compétence en vertu de la Loi ou de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie*, selon le cas, ou en vertu de l'Entente.

19.00 PAIEMENT - REMBOURSEMENT

19.01 Un relevé d'honoraires est payé par la Régie s'il est dûment complété, savoir qu'il porte les renseignements requis.

Ces renseignements consistent limitativement en les mentions prévues selon la formule de relevé d'honoraires appropriée.

Tout relevé d'honoraires qui n'est pas payé par la Régie du fait qu'il omet l'énoncé d'un renseignement requis doit faire l'objet d'un avis d'annulation au médecin indiquant le renseignement omis; dans tel cas, le médecin soumet un nouveau relevé d'honoraires.

19.02 Un relevé d'honoraires est apprécié par la Régie après son paiement. À cette fin, la Régie peut requérir les renseignements et documents exigibles en vertu de la Loi ou de la présente entente.

Advenant un différend, le régime de la preuve quant au relevé d'honoraires en litige n'est pas modifié.

19.03 Le paiement des honoraires est fait au médecin ou au tiers qu'il autorise, soit :

Un groupe de médecins;

Une société de médecins dont il est membre;

Une société par actions visée au Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société et pour le compte de laquelle il exerce ses activités professionnelles.

La Régie y procède par chèque ou, lorsque le médecin en fait la demande, par virement bancaire au compte du médecin ou du tiers qu'il autorise.

19.04 La Régie obtient, selon le mode de la compensation, remboursement d'un paiement qu'elle a effectué sur un relevé d'honoraires et auquel elle prétend que le médecin n'a pas droit en vertu de la Loi ou de l'Entente.

Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent également au relevé d'honoraires pour lequel le médecin n'a pas, dans les soixante (60) jours d'une demande écrite de la Régie, fourni les renseignements et documents qu'elle peut requérir en vertu de la Loi et de l'Entente.

19.05 Lors d'un remboursement, la Régie informe le médecin au moyen d'un avis qui identifie le relevé d'honoraires en cause et énonce les motifs au soutien de sa décision.

Dans le cas où la décision de la Régie suit une recommandation du comité de révision, la Régie informe le médecin de sa décision, motifs à l'appui, en lui transmettant, en outre, copie de la recommandation du comité de révision.

19.06 La Régie apprécie un relevé d'honoraires que lui soumet un médecin et, le cas échéant, obtient les renseignements et documents qu'elle peut requérir en vertu de la Loi ou de l'Entente, avant d'effectuer le paiement des honoraires réclamés, dans les circonstances suivantes :

a) le médecin a cessé d'être détenteur d'un permis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec;

b) le médecin est devenu désengagé ou non-participant;

c) la Régie est d'avis qu'un nombre important de relevés portent sur des services qui ne sont pas assurés ou qu'il n'a pas fournis;

d) le médecin est décédé;

e) les honoraires du médecin font l'objet d'une saisie;

f) en ce qui concerne les honoraires dus avant la date de la faillite, dans le cas d'un médecin qui est en faillite;

g) le médecin a quitté le Québec ou la Régie est informée qu'il s'apprête à s'établir en dehors du Québec;

En pareil cas, un relevé d'honoraires est acquitté dès compensation de tout montant pour lequel la Régie entend obtenir remboursement en vertu du paragraphe 19.04.

19.07 Tout montant dû et non payé sur un relevé d'honoraires payable en vertu du paragraphe 19.01 porte intérêt, depuis le quarante-cinquième (45e) jour de sa réception par la Régie, au taux d'escompte de la Banque du Canada en vigueur au moment du paiement, majoré d'un et demi pour cent (1 1/2 %).

Le bénéfice de l'intérêt ne peut être réclamé que pour un relevé d'honoraires soumis dans les trente (30) jours de la date de la dispensation des soins médicaux ou, dans le cas d'une hospitalisation, du congé du malade.

19.A.00 DEMANDE DE RÉVISION

19.A.01 Le médecin qui conteste la décision de la Régie sur le paiement d'un relevé d'honoraires autre que les cas prévus au troisième alinéa du paragraphe 19.01 peut présenter une demande de révision.

19.A.02 Le délai pour demander la révision est de trois (3) mois; il court de la date de la décision de la Régie sur le relevé d'honoraires concerné.

19.A.03 La Régie statue sur une demande de révision et communique sa décision motivée au médecin dans les trois (3) mois de la réception de la demande de révision. Selon le cas, elle paie les honoraires réclamés, applique le redressement réclamé, maintient sa décision antérieure avec ou sans modification. Le défaut de la Régie de rendre sa décision dans le délai prévu équivaut à une décision de refuser la demande de révision.

19.A.04 Le médecin ou la Fédération peut contester cette décision de la Régie dans les délais et selon les modalités prévues par les dispositions de la présente entente concernant les différends.

Toutefois, si le médecin présente une demande de révision, la Fédération ou le médecin ne peut loger un différend tant que la Régie n'a pas rendu sa décision.

19.A.05 Chaque mois, la Régie informe la Fédération des demandes de révision auxquelles elle n'entend pas faire droit et elle reçoit ses représentations.

20.00 AVANTAGES SOCIAUX

20.01 Tout médecin nommé dans un établissement et dont les services sont retenus à honoraires fixes à plein temps ou à demi-temps conformément à l'article 10, bénéficie des avantages sociaux énumérés et définis à l'annexe VI.

20.02 Un médecin non visé par le paragraphe 20.01 ne bénéficie pas des avantages sociaux décrits à l'annexe VI.

20.03 La Régie est expressément autorisée à retenir sur la rémunération du médecin la cotisation convenue pour les avantages sociaux.

CHAPITRE VI – ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

21.00 ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

21.01 La Régie honore l'autorisation écrite d'un médecin à déduire des paiements qu'elle fait à ce dernier un montant égal à la prime annuelle d'une assurance groupe responsabilité professionnelle.

21.02 Le médecin remet l'autorisation à la Fédération. L'autorisation est valable dès le trentième (30e) jour à compter de son dépôt auprès de la Régie par la Fédération et elle est irrévocable de la part du médecin pendant la durée de l'Entente. Une révocation transmise à la Régie par la Fédération dans les soixante (60) jours qui précèdent la date de l'expiration contractuelle de l'Entente prend effet à la date du renouvellement de l'Entente.

21.03 La Fédération avise annuellement la Régie du montant de la prime annuelle payable pour cette assurance, précisant l'année pour laquelle la prime s'applique. Cet avis doit précéder d'au moins soixante (60) jours le début de l'année visée.

21.04 La Régie déduit du premier paiement qu'elle fait au médecin dans le premier mois de l'année établie selon le paragraphe 21.03, la totalité de la prime annuelle ou, au cas de l'insuffisance de ce premier paiement, à même les paiements immédiatement subséquents. La retenue syndicale a toutefois priorité sur cette déduction.

21.05 La Régie remet à la Fédération dans le mois qui suit leur déduction le ou les versements déduits jusqu'à concurrence du montant de la prime annuelle, avec un bordereau nominatif mensuel.

21.06 Les dispositions du présent article ne peuvent être interprétées comme constituant ni une approbation ni une désapprobation de telle assurance. La Fédération s'engage à tenir la Régie indemne contre toute réclamation civile d'un médecin relativement à cette assurance, et renonce pour elle-même à toute telle réclamation.

CHAPITRE VII – DIFFÉREND ET ARBITRAGE

22.00 DÉFINITION DU DIFFÉREND

22.01 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation ou à l'application de l'Entente ou à la prétendue violation de l'Entente.

22.02 Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend.

22.03 Nulle décision émanant d'un comité constitué en vertu de l'Entente ne peut faire l'objet d'un différend.

22.04 Peut également faire l'objet d'un différend la décision de la Régie arrêtée aux termes de l'alinéa 1 de l'article 22.2 de la Loi.

23.00 PARTIES AU DIFFÉREND OU À L'ARBITRAGE

23.01 Un médecin seul ou par l'entremise de la Fédération, peut soulever un différend en contestation d'une décision de la Régie, d'un établissement ou du Ministre.

La Fédération peut aussi, de son propre chef, soulever un différend, sauf dans le cas prévu au paragraphe 23.04.

23.02 La partie contre laquelle est soulevé un différend est réputée mandataire des deux autres parties non mises en cause aux fins de l'obtention de tous renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou d'arbitrage et de l'exécution de la décision du conseil d'arbitrage.

23.03 L'établissement contre lequel est soulevé un différend est représenté par son directeur général ou le délégué nommé à cette fin par son conseil d'administration.

Est imputable à l'établissement l'acte ou la décision :

a) du conseil d'administration de cet établissement;

b) d'un organisme relevant de l'autorité du conseil d'administration, y compris le conseil des médecins et dentistes;

c) d'un responsable relevant de l'autorité du conseil d'administration.

23.04 Lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même ou par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du même médecin, un différend ayant la même cause et le même objet.

23.05 Le Ministre ou la Fédération peuvent en tout temps intervenir de leur propre chef dans tout différend.

24.00 PROCÉDURE DE DIFFÉREND

24.01 La partie qui désire soulever un différend doit présenter son différend, par écrit, à la partie en cause dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend si la partie en cause est le Ministre ou la Régie, et trois (3) mois si la partie en cause est l'établissement. Cet écrit doit contenir un exposé sommaire des faits et du redressement réclamé. Dans les trente (30) jours qui suivent la réception du différend, la partie visée au différend donne par écrit sa réponse. Copie du différend et de la réponse doit être transmise au Ministre et à la Fédération, à moins qu'ils ne soient parties du différend, dans les délais prévus ci-dessus.

24.02 Si la partie qui soulève le différend n'est pas satisfaite de la réponse de la partie visée au différend ou si aucune réponse ne lui est donnée dans les délais prévus, elle peut référer le différend à l'arbitrage en donnant un avis à l'autre partie, sous pli recommandé, dans les quinze (15) jours suivant le délai prévu à l'étape précédente.
L'avis doit mentionner le nom de l'assesseur de la partie qui soulève le différend; copie de l'avis doit être transmise au Ministre et à la Fédération, à moins qu'ils ne soient parties au différend.

Dans les quinze (15) jours qui suivent, l'autre partie procède également à la nomination de son assesseur et en informe par écrit la partie qui soulève le différend et également le Ministre et la Fédération à moins qu'ils ne soient parties au différend.

24.03 Un différend doit être présenté selon la formule apparaissant à l'annexe VIII; à défaut, il comporte les renseignements essentiels permettant de saisir le sens et la portée du différend soumis ainsi que l'identité de la partie qu'il vise.

24.04 Nonobstant le paragraphe 23.02, tout règlement intervenu entre le Ministre et la Fédération en regard d'un différend soumis en vertu du présent chapitre est final et lie les parties au différend ou à l'arbitrage.

24.05 La Fédération peut déroger à la procédure prévue au paragraphe 24.01 et référer directement le différend à l'arbitrage selon la procédure prévue au paragraphe 24.02. En ce cas, la présentation de la demande d'arbitrage doit être faite dans un délai n'excédant pas six (6) mois de la naissance du fait qui donne lieu au différend si la partie en cause est le Ministre ou la Régie, et trois (3) mois si la partie en cause est l'établissement. La partie visée au différend dispose d'un délai de quinze (15) jours pour la nomination de son assesseur.

24.06 Les délais de présentation prévus aux paragraphes 24.01 et 24.05 sont de rigueur. L'inobservance du délai de quinze (15) jours prévu aux paragraphes 24.02 et 24.05 n'entraîne pas le rejet du différend si le conseil d'arbitrage décide qu'il n'est pas indu.

25.00 REDRESSEMENT

25.01 Le médecin qui soulève un différend, seul ou par l'entremise de la Fédération, ne peut réclamer un redressement que pour son propre bénéfice.

25.02 La Fédération qui soulève un différend de son propre chef peut réclamer tout redressement pour elle-même, pour un ou plusieurs médecins ou pour l'ensemble des médecins.

26.00 ARBITRAGE

26.01 Le conseil d'arbitrage est composé d'un arbitre et de deux (2) assesseurs.

Chacune des parties au différend désigne son assesseur.

On procède devant un président seul, si le plaignant en fait la demande.

26.02 Dans les quinze (15) jours qui suivent le référé à l'arbitrage, les assesseurs ou, à défaut, les parties au différend désignent un arbitre parmi ceux dont les noms suivent :

Me Nathalie Faucher, arbitre en chef
Me Denis Provençal, arbitre en chef substitut
Me Pierre Flageole
Me Pierre Laplante
Me André G. Lavoie
Me Joëlle L'Heureux
Me Claude Martin
Me Pierre-Georges Roy
Me Louise Viau
Me Nancy Ménard-Cheng

Cet arbitre agit comme arbitre unique assisté d'assesseurs.

26.03 À moins d'une convention expresse ou contraire entre les parties au différend, le défaut du conseil d'arbitrage de procéder à l'audition dans un délai de soixante (60) jours suivant sa constitution rend le conseil inhabile à siéger. Un nouveau conseil d'arbitrage est constitué par la nomination d'un nouvel arbitre suivant la procédure énoncée au paragraphe 26.02 ou le cas échéant, celle prévue au paragraphe 26.04.

26.04 À défaut par les assesseurs ou les parties de convenir de la désignation d'un arbitre dans le délai prescrit au paragraphe 26.02, celui-ci, à la demande de l'une des parties, est désigné par l'arbitre en chef à même la liste d'arbitres apparaissant au paragraphe 26.02.

27.00 COMPÉTENCE DU CONSEIL D'ARBITRAGE

27.01 Le conseil d'arbitrage a compétence pour disposer de tout différend visé à l'article 22.00. Il peut maintenir, modifier ou rescinder un acte ou une décision du Ministre, de la Régie ou d'un établissement, ordonner un paiement ou un remboursement, fixer une compensation, déclarer ou rétablir un droit. Le conseil a compétence pour déterminer si le fait qui donne lieu au différend constitue un acte, une décision, un avis ou une recommandation.

27.02 Tout recours d'un médecin ou de la Fédération concernant un différend doit être décidé par le conseil d'arbitrage exclusivement à tout tribunal de juridiction civile.

27.03 Le conseil d'arbitrage ne peut ni soustraire ni ajouter aux dispositions de l'Entente, ni les modifier.

Les directives du Ministre ou de la Régie ne peuvent prévaloir sur une disposition expresse de l'Entente.

Aucun programme de santé ou contrat de service d'un établissement, au sens de l'article 124 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, ne peut prévaloir sur une disposition expresse de l'Entente.

27.04 L'arbitre rend seul la décision du conseil. Cette décision doit être écrite et motivée. Un assesseur peut y adjoindre ses commentaires dans les dix (10) jours de la décision de l'arbitre.

27.05 Le conseil d'arbitrage peut rendre toute décision interlocutoire qu'il estime nécessaire à la sauvegarde des droits des parties. Notamment, si le médecin conteste une demande de remboursement de la Régie et établit prima facie une apparence de droit, le conseil d'arbitrage peut ordonner sursis d'exécution.

27.06 Le conseil d'arbitrage est maître de sa procédure. Il procède selon le mode de preuve qu'il juge approprié.

27.07 Un assesseur est réputé ne pas avoir un intérêt dans un différend ni avoir agi dans un différend pour la seule raison qu'il est un employé d'une partie au différend ou qu'il a participé à la négociation de l'Entente.

27.08 Le fardeau de la preuve incombe à la partie qui soulève un différend. Toutefois, il y a renversement du fardeau de la preuve en faveur de celle-ci lorsque le différend soumis porte sur la contestation d'une mesure disciplinaire affectant un médecin rémunéré à honoraires fixes.

28.00 EFFETS DE LA DÉCISION DU CONSEIL D'ARBITRAGE

28.01 La décision du conseil d'arbitrage est finale et elle lie, selon les termes de la décision, le Ministre, la Fédération, la Régie, le médecin et le cas échéant, l'établissement en cause.

28.02 Le greffier du conseil d'arbitrage doit transmettre, sous pli recommandé ou certifié, copie de la décision au Ministre, à la Fédération et le cas échéant, aux autres parties intéressées dans les dix (10) jours de la réception de la décision rendue.

28.03 Les honoraires et déboursés de l'arbitre sont payés à part égale par les parties au différend. Les frais de sténographie ou d'enregistrement par bandes magnétiques sont assumés par la Régie ou l'établissement partie au différend. Les honoraires et déboursés des assesseurs nommés par les parties au différend sont à leur charge respective.

28.04 Le greffier du conseil d'arbitrage est nommé d'office par le Ministre. Il est rémunéré par la Régie.

28.05 À la demande de l'une des parties, la sentence du conseil d'arbitrage est homologuée selon la Loi.

CHAPITRE VIII – DISPOSITIONS RELATIVES AUX EFFECTIFS MÉDICAUX

29.00 COMITÉ CONSULTATIF SUR LA RÉPARTITION

29.01 Les parties conviennent de former un comité consultatif de quatre (4) membres dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par la Fédération.

29.02 Ce comité a mandat de faire des recommandations au Ministre, quant à la désignation des territoires, pour les fins suivantes :

a) application de l'annexe XII concernant la rémunération différente pour la fourniture de services médicaux dans des territoires insuffisamment pourvus de médecins;

b) application de l'article 88 de la *Loi concernant les bourses dans certains territoires*;

c) application de l'article 77.02 de la *Loi concernant les primes d'encouragement dans certains territoires*.

Ce comité fournit en outre des avis sur tout problème que le Ministre ou la Fédération lui soumet concernant la répartition géographique des effectifs ou, aux fins de la réalisation fonctionnelle de celle-ci, la détermination des effectifs médicaux.

29.03 Une entente particulière, en vertu de l'article 4.04 de l'Entente peut prévoir, pour les fins de l'application du sous-paragraphe c) du paragraphe 29.02, les conditions et les modalités d'octroi des primes d'encouragement.

29.04 Aux fins de l'exécution du mandat du comité, le Ministre et la Fédération fournissent au Comité toutes les données utiles qui leur sont accessibles.

29.05 Le comité fixe les règles de régie interne nécessaires à son bon fonctionnement. Le Comité fait rapport aux parties dans les trois (3) mois de l'entrée en vigueur de l'Entente et au moins trois (3) fois par année par la suite.

29.06 Un secrétaire est nommé par le Ministre. Ce secrétaire n'a pas droit de vote.

29.07 Les déboursés du Comité sont assumés par la Régie.

30.00 MÉCANISME DE DÉPANNAGE

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***009006*** *Forfait obstétrique*
- ***009018*** *Forfait anesthésie*
- ***009030*** *Services cliniques*
- ***009063*** *Garde sur place (EP 1 – Grand-Nord, Hôpital de Chibougamau et* Lettre d'entente n° 105*)*
- ***009081*** *Garde en disponibilité (EP 1 – Grand-Nord et Hôpital de Chibougamau)*
- ***009094*** *Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)*
- ***009095*** *Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) (EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse Côte-Nord)*
- ***009100*** *Garde en disponibilité (comité paritaire) (Accord n° 455)*
- ***009112*** *Forfait rajusté obstétrique / urgence*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.

30.01 Le Ministre et la Fédération conviennent d'instituer un mécanisme de dépannage afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle en établissement. Il ne s'applique que dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et dans les installations des centres locaux de services communautaires du réseau de garde intégré.

Le dépannage peut consister en outre, dans certains cas jugés exceptionnels par le Ministre, en la dispensation de services dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Aux fins de l'application du présent article, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale détermine les critères d'admissibilité au présent mécanisme de dépannage, désigne l'installation de l'établissement et la durée de sa désignation. Pour être admissible audit mécanisme de dépannage, une installation doit être confronté à une pénurie d'effectifs médicaux.

Le comité paritaire informe les établissements dont des installations requièrent l'accès au mécanisme de dépannage des conditions d'admissibilité.

30.02 Une banque de noms de médecins volontaires est établie par le Ministère conjointement avec la Fédération selon la procédure établie par le comité paritaire.

30.03 Le médecin dépêché auprès d'une installation dans le cadre du mécanisme de dépannage est rémunéré **selon les modalités apparaissant à l'annexe XVIII de l'Entente**, selon le taux applicable dans le territoire concerné, pour tous les services professionnels qu'il fournit.

30.04 Un médecin ne peut être dépêché dans le cadre du dépannage que s'il remplit les conditions suivantes :

- Il n'exerce pas autrement que dans le cadre du dépannage dans l'installation où il est dépêché ou dans une autre installation du même établissement situé à moins de 60 km;
- Il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail de services dans l'installation ou les installations où il exerce de façon régulière;
- L'installation ou les installations où il exerce de façon régulière n'est ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire.

30.05 Les frais de déplacement (transport et temps de déplacement) sont remboursés au médecin par la Régie selon les modalités suivantes :

a) La Régie lui paie, sur présentation des pièces justificatives, les frais réels de transport (avion, train, taxi* ou location de voiture)

OU

Une indemnité par kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'usage de son automobile, dont le taux est le double du taux du kilomètre autorisé par le Conseil du trésor du Québec pour les premiers 8 000 kilomètres dans la *Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents*. On compte la distance du point de départ situé au Québec duquel le déplacement est entrepris jusqu'à l'installation. Cette distance est établie selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.

***AVIS* :** *Selon cette directive, à compter du 1er avril 2023 le taux correspond à 1,19 $ du kilomètre (distance unidirectionnelle) soit 0,595 x 2.*

Taux par kilomètre

- À partir du 2019-04-01 : 0,93 $

- À partir du 2020-04-01 : 0,96 $

- À partir du 2021-04-01 : 0,98 $

- À partir du 2022-04-01 : 1,09 $

- À partir du 2023-04-01 : 1,19 $

L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada.

Consulter la rubrique Frais de déplacement.

***** L'utilisation du taxi comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances dont il faut indiquer les points de départ et de destination.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

L'utilisation de l'automobile personnelle peut aussi être autorisée par l'établissement pour permettre au médecin de se rendre de l'installation à son lieu de séjour. Dans ce cas, le médecin est remboursé par l'établissement.

Exceptionnellement, le comité paritaire peut autoriser les frais réels de l'utilisation d'un avion ou d'un hélicoptère, personnel ou nolisé. À défaut d'une telle autorisation, le médecin sera remboursé par la Régie, selon la modalité suivante applicable :

s'il existe une liaison commerciale, la Régie remboursera, pour la partie relative au vol aérien, un montant équivalent à celui de la liaison commerciale pour des envolées équivalentes en ajoutant, s'il y a lieu, le montant des taxis requis pour se rendre à l'installation;

OU

selon les dispositions apparaissant ci-dessus pour l'utilisation d'une automobile personnelle

b) Le temps de déplacement est payé selon le taux horaire régulier prévu à la Partie II : Dispositions tarifaires de l'annexe XIV de l'entente générale et selon la durée établie aux paragraphes 30.06 et 30.07. La rémunération versée n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de cette annexe ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués. Le temps de déplacement est payé jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par trajet.

***AVIS* :** *Pour le remboursement des frais de déplacement (transport et temps), consulter la rubrique* Frais de déplacement *et, s'il y a lieu, la section* 2.2.1.11 Section 11 *du* Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et mixte.

30.06 On calcule le temps de déplacement alloué en regard du mode de transport utilisé par le médecin;

a) Transport aérien ou ferroviaire :

La durée totale du trajet (aller-retour) est calculée sur la base des heures d'arrivée et de départ telles que fixées par le transporteur aérien ou ferroviaire. Dans le cas du transport aérien, à l'exception d'un vol par avion ou hélicoptère personnel ou nolisé, une allocation d'une heure pour l'aller et d'une heure pour le retour est également ajoutée pour compenser le temps d'attente relié à l'utilisation de ce mode de transport. De plus, le temps de déplacement requis pour se rendre à l'aéroport et à l'installation et en revenir est compensé selon les modalités prévues à l'alinéa b) ci-dessous.

b) Utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué ou taxi) ou d'un autobus :

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Kilométrage total (aller-retour)} = \text{durée de déplacement}$$
$$80 \text{ km/hre}$$

et les distances sont établies selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes.

AVIS **:** *L'outil déterminé par les parties négociantes est « Google Maps Canada ».*

30.07 Lorsqu'un médecin est retenu pour des raisons imprévues (exemples : une intempérie ou un retard de son envolée), la Régie compense, sur présentation de pièces justificatives, le médecin selon le taux horaire régulier prévu à la Partie II : Dispositions tarifaires de l'annexe XIV de l'entente générale pour son temps d'attente, jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par jour (y compris le temps de déplacement).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Temps d'attente imprévu**.

30.08 L'établissement paie les frais de séjour du médecin. Les frais de séjour (repas, logement et autres frais) sont remboursés au médecin selon les modalités prévues dans la directive 5-74 refondue par le C.T 194 603 mis à jour le 1er juillet 2003.

30.09 Sauf dans les cas autorisés par le comité paritaire prévu au paragraphe 30.01, un médecin ne peut demander de frais de déplacement (transport et temps de déplacement) qu'une seule fois par période de dépannage de journées consécutives pour la même installation.

Pour les fins du présent paragraphe, des journées sont consécutives lorsqu'elles sont entrecoupées d'au plus une journée de calendrier pendant laquelle le médecin n'exerce pas au sein de l'installation visé par le dépannage. Une période de dépannage comprend les journées consécutives de dépannage en excluant les journées consacrées uniquement au déplacement.

Malgré ce qui précède, lorsque le lieu de résidence du médecin et le lieu de dépannage sont à moins de cent soixante (160) kilomètres de route, des journées ne sont pas consécutives lorsqu'au moins vingt-quatre (24) heures séparent la fin d'un quart de garde comme dépanneur et le début du quart de garde suivant au sein de la même installation.

AVIS **:** *Chaque cas est étudié par le comité paritaire et précisé dans l'avis de dépannage délivré.*

30.10 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze jours consécutifs de dépannage, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au sous-paragraphe a) du paragraphe 30.05.

30.11 Le médecin peut se faire rembourser les frais de transport lorsqu'il soumet à la Régie une copie du billet d'avion et une copie du paiement auxquelles est jointe une attestation de l'établissement confirmant le lieu et la durée du dépannage.

31.00 RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE

31.01 L'annexe XII prévoit une rémunération différente ainsi que certains autres avantages pour la fourniture de services médicaux dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

CHAPITRE IX – COMITÉS

32.00 COMITÉ PARITAIRE

32.01 Le Ministre et la Fédération conviennent d'établir un comité paritaire formé de quatre (4) membres, dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par la Fédération.

32.02 La désignation d'un membre peut revêtir un caractère ponctuel.

32.03 Le comité a pour fonction principale d'assumer, à la demande des parties, les responsabilités suivantes :

a) informer et conseiller les établissements et les médecins qui sont assujettis à l'application d'une entente particulière, relativement à la mise en oeuvre de celle-ci;

b) évaluer le fonctionnement d'une entente particulière et recommander, s'il y a lieu, au Ministre et à la Fédération, les correctifs requis.

Aux fins du présent article, les termes **« entente particulière »** comprennent une lettre d'entente ou un accord.

32.04 Le comité a également pour fonction de faire aux parties, à la demande de celles-ci, les recommandations appropriées relativement aux matières suivantes :

a) dans le cas d'un mode de rémunération autre que l'acte, l'octroi d'une banque d'heures, annuelle ou autre, requise aux termes d'une entente particulière et, au moins une fois par année, sa réévaluation ou sa révision;

b) l'adhésion à une entente particulière, ou le retrait de celle-ci, d'un établissement, d'un centre exploité par un établissement, d'un département, d'un service ou d'une unité d'un centre, y compris, le cas échéant, un GMF-U en établissement, dans tous les cas, que ce soit ou non dans le cadre d'un programme;

c) les effets de l'un ou de plusieurs des événements que constituent la modification, la suspension ou la révocation du permis d'un établissement ainsi que la fusion ou la conversion d'établissement.

32.05 Le comité a en outre pour fonction d'assumer les responsabilités suivantes :

a) élaborer tout instrument de collecte d'informations susceptibles de permettre aux parties de déterminer adéquatement, et à un établissement d'évaluer de la même façon, le nombre d'heures qui, sur une base annuelle, est alloué à cet établissement, en tenant compte du plan d'organisation et des effectifs médicaux autorisés;

b) assumer toute autre fonction requise, d'une façon expresse, par l'Entente ou une entente particulière;

c) exécuter tout autre mandat qui lui est confié par les parties.

32.06 Chaque partie devant être représentée au comité, le quorum de celui-ci est fixé à deux (2) membres.

32.07 La rémunération et les déboursés d'un membre du comité relèvent de l'autorité exclusive de la partie qui l'a nommé. La présente disposition s'applique également au bénéfice de la personne ressource appelée à intervenir sur une question auprès du comité, à la demande d'une partie.

32.00A COMITÉ SPÉCIAL

32.01A Le Ministre et la Fédération peuvent convenir de former, à la demande de l'un d'eux, des comités ad hoc ayant pour mandat d'étudier tout problème particulier qu'ils jugent bon de leur soumettre.

32.02A Tout comité ainsi formé est composé de quatre (4) membres, dont deux (2) sont désignés par le Ministre et deux (2) par la Fédération.

32.03A Le Ministre nomme pour chaque comité un secrétaire qui n'a pas voix délibérative.

32.04A Ce comité peut fixer les règles de régie interne nécessaires à son bon fonctionnement.

32.05A Tout tel comité doit faire rapport au Ministre et à la Fédération dans le délai que ceux-ci lui ont fixé.

32.06A À défaut d'entente entre le Ministre et la Fédération quant à la durée du mandat d'un tel comité, celui-ci doit faire rapport dans les quatre-vingt-dix (90) jours de sa formation, à la suite de quoi, il est dissout automatiquement.

32.07A Les déboursés d'un tel comité font l'objet d'approbation préalable du Ministre et sont assumés par la Régie.

Dispositions transitoires (article 11.1 de l'*Amendement n° 51*)

Le comité paritaire prévu à l'article 32,00 de l'Entente remplit, d'ici la date de terminaison du moratoire relatif à la vacation, les fonctions qui sont dévolues au comité mixte prévu à l'article 3 (disposition transitoire) de l'*Amendement n° 49* intervenu en date du 1er novembre 1993, tel qu'amendé par l'article 10 du présent amendement.

Lorsque cette substitution n'y est pas expressément stipulée, le présent article s'applique également à tout comité mixte dont création est prévue par une entente particulière, une lettre d'entente ou un accord, et ce pendant toute la durée que peut couvrir un tel dispositif conventionnel.

CHAPITRE X – MODIFICATIONS DE L'ENTENTE

33.00 MODIFICATIONS DE L'ENTENTE

33.01 Le Ministre et la Fédération peuvent d'un commun accord entreprendre des discussions en vue de modifier la présente entente.

33.02 Un accord constaté par écrit, intervenu entre le Ministre et la Fédération suite aux discussions entreprises, entre en vigueur à la date fixée à cet accord.

33.03 Le Ministre et la Fédération doivent, à la demande de l'un deux, entreprendre des discussions afin d'amender si nécessaire la présente entente, si une modification aux lois ou règlements rend nécessaire une modification aux dispositions de la présente entente.

33.04 Une partie qui désire se prévaloir de l'article 33.03 donne à l'autre partie un avis écrit d'au moins quinze (15) jours indiquant le motif de la rencontre et spécifiant la date, l'heure et l'endroit où ses représentants sont prêts à la rencontrer. Un tel avis est adressé sous pli recommandé.

CHAPITRE XI – CONSULTATIONS

34.00 CONSULTATIONS

34.01 Le Ministre convient de consulter la Fédération préalablement à l'adoption ou à la modification de toute loi ou de tout règlement dont il recommande l'adoption ou la modification et de nature à affecter spécifiquement l'Entente.

34.02 Le Ministre consulte la Fédération préalablement à l'adoption ou à la modification de toute formule qui peut ou doit être utilisée par un médecin pour les fins de l'article 72 de la Loi et de ses règlements.

CHAPITRE XII – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

35.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

35.01 Les dispositions du chapitre VII de l'Entente édictées par l'*Amendement n° 17* s'appliquent à compter de leur mise en vigueur à un différend qui se fonde sur des dispositions antérieures. Néanmoins, ce différend est tranché en vertu des dispositions qui le fondaient lorsqu'il a été soumis.

35.02 Un médecin qui, à la date de l'entrée en vigueur de l'*Amendement n° 17*, ou dans les trois mois précédents cette date, est ou a été rémunéré suivant le mode de la vacation en vertu de l'entente particulière concernant les médecins âgés de plus de 65 ans intervenue le 3 octobre 1979, peut conserver ce mode de rémunération ou se prévaloir des dispositions du paragraphe 17.06 de l'Entente.

CHAPITRE XIII – RENOUVELLEMENT

36.00 RENOUVELLEMENT

36.01 Dans les cent quatre-vingts (180) jours précédant l'expiration de l'Entente, l'une des parties peut donner à l'autre un avis d'au moins quinze (15) jours spécifiant la date, l'heure et le lieu où ses représentants sont prêts à la rencontrer pour le renouvellement de l'Entente.

36.02 La partie intéressée expédie à l'autre l'avis précité sous pli recommandé.

36.03 Suite à l'avis, les négociations commencent et se poursuivent avec diligence et bonne foi.

CHAPITRE XIV – ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

37.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

37.01 L'Entente entre en vigueur le 1er novembre 1976; elle se termine le 31 mars 2023.

AVIS **:** *Voir l'Accord-cadre signé le 18 mars 2004.*

ANNEXE I

LISTE DES ARTICLES ET PARAGRAPHES QUI LIENT TOUT ÉTABLISSEMENT

ARTICLES	**PARAGRAPHES**
1 à 5 inclusivement	*Au complet*
7	*.01 à.06 inclusivement*
8 à 18 inclusivement	*Au complet*
20	*.01 et.02*
22 à 28 inclusivement	*Au complet*
30	*Au complet*
33	*.02(*)*
35	*(.01 -.02 et.03)(*)*
37	*Au complet*

(*) Pour autant qu'un établissement est visé.

ANNEXE II

TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

1. Le taux annuel de rémunération qui s'applique au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes et nommé à temps plein pour une période régulière d'activités professionnelles de trente-cinq heures (35) par semaine, est de 129 877 $ au 1er avril 2018, de 131 588 $ au 1er octobre 2018 et de 132 904 $ au 1er avril 2019.

2. Le taux annuel de rémunération est réduit de 50 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes nommé à demi-temps, pour une période régulière d'activités professionnelles de dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine.

3. Le taux annuel de rémunération du médecin rémunéré à honoraires fixes, avec qualité de plein temps, pour une période régulière d'activités professionnelles qui, sur base hebdomadaire, est supérieure à dix-sept heures et demie (17 1/2), mais inférieure à trente-cinq (35) heures, correspond à la fraction que représente le nombre d'heures apparaissant à la période régulière d'activités professionnelles de ce médecin, divisé par trente-cinq (35).

4. Un montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 1er avril 2006 au 30 septembre 2006 est versé au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes. Ce montant est versé le ou vers le 31 mars 2007 selon des modalités à convenir par les parties.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le _____.

Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

ANNEXE III

FORMULE DE DÉSENGAGEMENT, NON-PARTICIPATION ET RÉENGAGEMENT

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Avis de modification de statut au régime d'assurance maladie du Québec – Réengagement – non participation – désengagement *(1378)*.

....
20.....

Le Directeur général de la
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Monsieur,

Je, soussigné..... .....

(nom et prénom en lettres moulées)

médecin exerçant ma profession
à.....

(lettres moulées)

à titre de :

- médecin soumis à l'application d'une entente (.....)

- médecin désengagé (.....)

médecin non-participant (.....)
pointez (X) la mention utile)

avise la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends exercer ma profession à titre de :

- médecin soumis à l'application d'une entente (.....)

- médecin désengagé (.....)

médecin non-participant (.....)
pointez (X) la mention utile)

le tout suivant la *Loi de l'assurance maladie*.

....

(signature)

ANNEXE V

TARIF DES ACTES MÉDICAUX

Voir « Dispositions tarifaires » dans le manuel des médecins omnipraticiens sous l'onglet A - Préambule général.

ANNEXE VI

AVANTAGES SOCIAUX

MÉDECINS OMNIPRATICIENS RÉMUNÉRÉS SELON LE MODE DES HONORAIRES FIXES

PRÉAMBULE

Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent au médecin rémunéré à honoraires fixes qu'à compter de la date où il commence à exercer effectivement sa profession dans un établissement selon les modalités prévues à son avis de nomination et à l'avis qu'envoie l'établissement à la Régie aux termes du dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente.

Pour les fins de la présente annexe, les heures de garde prises en compte dans le calcul du traitement hebdomadaire sont celles faites sur place dans les établissements visés au paragraphe 14.06 de l'Entente ainsi que dans un établissement où la garde sur place est, à l'encontre d'une recommandation à l'effet contraire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, décidée par le conseil d'administration de cet établissement. Dans ce dernier cas, l'établissement avise par écrit la Régie de sa décision dans les quinze (15) jours suivants. Dans le même délai, l'établissement transmet copie de cet avis au Ministre.

ANNÉE

Dans la présente annexe, l'année se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1er mai d'une année au 30 avril de l'année suivante, à moins que le contexte n'indique un sens différent.

SERVICE

À l'exception des vingt (20) semaines de service requises pour avoir droit au congé de maternité rémunéré selon les dispositions des paragraphes 1.08, 1.09, 1.10 et 1.15 c), le service s'entend du nombre d'années ou parties d'année que le médecin a accumulées alors qu'il détenait une nomination à honoraires fixes ou à salaire d'un établissement.

Pour fins d'application du paragraphe précédent, un médecin ne peut cumuler plus d'une (1) année de service pendant une période de douze (12) mois.

DROITS PARENTAUX

Dispositions générales

Les indemnités du congé de maternité ou du congé d'adoption sont uniquement versées à titre de supplément aux prestations d'assurance parentale ou aux prestations d'assurance emploi, selon le cas, ou dans les cas prévus ci-après, à titre de paiements durant une période d'absence pour laquelle le Régime québécois d'assurance parentale et le Régime d'assurance emploi ne s'appliquent pas.

Les indemnités pour le congé de maternité et d'adoption ne sont toutefois versées que durant les semaines où le médecin reçoit ou recevrait, s'il en faisait la demande, des prestations du Régime d'assurance parentale ou des prestations du Régime d'assurance emploi.

Dans le cas où le médecin partage avec l'autre conjoint les prestations d'adoption ou parentales prévues par le Régime québécois d'assurance parentale et par le Régime d'assurance emploi, l'indemnité n'est versée que si le médecin reçoit effectivement une prestation d'un de ces Régimes pendant le congé de maternité prévu à l'article 1.01 ou le congé pour adoption prévu à l'article 1.23.

La Régie peut demander au médecin une attestation à l'effet qu'il ne reçoit aucune prestation d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Aux fins d'application des droits parentaux, on entend par conjointe ou conjoint, les personnes :

a) qui sont mariées ou unies civilement et cohabitent;

b) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;

c) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement depuis au moins un (1) an.

Lorsque les parents sont toutes deux de sexe féminin, les indemnités et avantages octroyés au père sont alors octroyés à celle des deux mères qui n'a pas donné naissance à l'enfant.

La Régie ne rembourse pas au médecin les sommes qui pourraient lui être exigées par le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en vertu de l'application de la *Loi sur l'assurance parentale*.

De même, la Régie ne rembourse pas au médecin les sommes qui pourraient lui être exigées par Emploi et Développement social Canada (EDSC) en vertu de la *Loi sur l'assurance emploi*, lorsque le revenu du médecin excède une fois et quart (1¼) le maximum assurable.

1.00 CONGÉ DE MATERNITÉ

1.01 Le médecin visé par le paragraphe 1.08 a droit à un congé de maternité d'une durée de vingt et une (21) semaines qui, sous réserve du paragraphe 1.03, doivent être consécutives.

Le médecin visé par le paragraphe 1.09 ou 1.10 a droit à un congé de maternité d'une durée de vingt (20) semaines qui, sous réserve du paragraphe 1.03, doivent être consécutives.

Le médecin admissible à des prestations du Régime québécois d'assurance parentale ou du Régime d'assurance emploi mais qui n'a pas complété vingt (20) semaines de service tel que prévu aux paragraphes 1.08 et 1.09 a également droit à un congé de vingt et une (21) semaines ou vingt (20) semaines, selon le cas.

Le médecin visé par le paragraphe 1.10 a droit à un congé de vingt (20) semaines si elle n'a pas complété vingt (20) semaines de service tel que prévu à ce paragraphe.

Malgré les dispositions du paragraphe 4.13 c) de la présente annexe, le médecin qui devient enceinte alors qu'elle bénéficie d'un congé sans rémunération prévu au présent article a aussi droit au congé de maternité et aux indemnités prévues aux paragraphes 1.08, 1.09, 1.10 selon le cas.

Le médecin a également droit à ce congé de maternité dans le cas d'une interruption de grossesse à compter du début de la vingtième (20e) semaine précédant la date prévue de l'accouchement.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **01**.*

Le médecin dont la conjointe décède se voit transférer le résiduel des semaines du congé de maternité et bénéficie des droits et indemnités s'y rattachant.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **12**.*
Cette disposition s'applique lorsque les deux conjoints sont des médecins rémunérés à honoraires fixes.

1.02 La répartition du congé de maternité, avant et après l'accouchement, appartient au médecin. Ce congé est simultané à la période de versement des prestations accordées en vertu de la *Loi sur l'assurance parentale* et doit débuter au plus tard la semaine suivant le début du versement des prestations accordées en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

1.03 Lorsque le médecin est suffisamment rétabli de son accouchement et que son enfant n'est pas en mesure de quitter l'établissement de santé, le médecin peut suspendre son congé de maternité en reprenant ses activités professionnelles. Il est complété lorsque l'enfant intègre la résidence.

En outre, lorsque le médecin est suffisamment rétabli de son accouchement et que son enfant est hospitalisé après avoir quitté l'établissement de santé, le médecin peut suspendre son congé de maternité après entente avec son établissement, en reprenant ses activités professionnelles pendant la durée de cette hospitalisation.

Sur demande du médecin, le congé de maternité peut être fractionné en semaines si son enfant est hospitalisé ou si le médecin peut s'absenter pour cause de maladie ou d'accident non relié à la grossesse.

Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles le congé de maternité peut être suspendu est équivalent au nombre de semaines que dure l'hospitalisation. En cas d'absence du médecin pour cause d'accident ou de maladie non reliée à la grossesse, le nombre de semaines de suspension du congé de maternité est celui correspondant au nombre de semaines complètes que dure la situation, sans toutefois excéder quinze (15) semaines.

Durant une telle suspension, le médecin est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le médecin bénéficie des avantages prévus aux paragraphes 1.21 B et 1.21 C durant cette suspension.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **62**.*

Lors de la reprise du congé de maternité suspendu ou fractionné en vertu du paragraphe 1.03, la Régie verse au médecin l'indemnité à laquelle elle aurait alors eu droit si elle ne s'était pas prévalue d'une telle suspension ou d'un tel fractionnement, et ce, pour le nombre de semaines qui reste à couvrir en vertu des paragraphes 1.08, 1.09 ou 1.10, selon le cas.

1.04 Le congé de maternité peut être d'une durée moindre que celle prévue au paragraphe 1.01. Si le médecin reprend ses activités professionnelles dans les deux (2) semaines suivant la naissance, elle produit, sur demande de l'établissement, un certificat médical attestant de son rétablissement suffisant pour reprendre ses activités professionnelles.

1.05 Si la naissance a lieu après la date prévue, le médecin a droit à une prolongation de son congé de maternité égale à la période de retard, sauf si elle dispose déjà d'une période d'au moins deux (2) semaines de congé de maternité après la naissance.

Le médecin peut bénéficier d'une prolongation du congé de maternité si l'état de santé de son enfant ou l'état de santé du médecin l'exige. La durée de cette prolongation est celle qui est indiquée au certificat médical qui doit être fourni par le médecin.

Durant ces prolongations, le médecin est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Durant ces périodes le médecin est visé par le paragraphe 1.11 pendant les six (6) premières semaines et par les paragraphes 1.21 B et 1.21 C par la suite.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **27**.*
Joindre les pièces justificatives à votre demande de paiement.

1.06 Le médecin qui ne peut à cause de son état de santé reprendre ses activités professionnelles à l'expiration de la période prévue au paragraphe 1.01 ou 1.05 est considéré comme étant absent pour cause de maladie et de ce fait, assujetti aux dispositions de l'article 8.00.

AVIS **:** *Voir l'avis administratif sous le paragraphe 8.02 a) i).*

Préavis de départ

1.07 Pour obtenir le congé de maternité, le médecin doit donner un préavis écrit à la Régie et à l'établissement au moins deux (2) semaines avant la date du départ.

Ce préavis doit être accompagné d'un certificat médical attestant de la grossesse et de la date prévue pour la naissance.

AVIS **:** *Transmettre à la RAMQ un certificat médical attestant de votre grossesse et de la date probable de l'accouchement, si cela n'a pas été communiqué. Préciser la date de début de votre congé par lettre ou par demande de paiement avec le code de congé* ***01****.*

Par la poste
Direction de l'application des ententes
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 643-7585

Le délai de présentation du préavis peut être moindre si un certificat médical atteste que le médecin doit cesser ses activités professionnelles plus tôt que prévu.

En cas d'imprévu, le médecin est exempté de la formalité du préavis, sous réserve de la production à la Régie et à l'établissement d'un certificat médical attestant qu'elle devait cesser ses activités professionnelles sans délai.

Indemnités et avantages

Indemnités prévues pour les médecins admissibles au Régime québécois d'assurance parentale

AVIS **:** *Pour éviter les pénalités, faire votre demande de prestations au Régime québécois d'assurance parentale dès le début du congé de maternité sans attendre d'avoir en main votre relevé d'emploi.*

1.08 Le médecin qui a accumulé vingt (20) semaines de service et qui reçoit des prestations de maternité en vertu du Régime québécois d'assurance parentale, a également droit de recevoir de la Régie durant son congé de maternité, pendant les vingt et une (21) semaines de son congé de maternité, une indemnité égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire et le montant des prestations de congé de maternité ou parentales qu'elle reçoit, ou qu'elle pourrait recevoir si elle en faisait la demande du Régime québécois d'assurance parentale.

AVIS **:** *Le médecin absent accumule du service si son absence est autorisée, notamment pour invalidité, et comporte une prestation ou une rémunération.*

Cette indemnité se calcule à partir des prestations du Régime québécois d'assurance parentale qu'un médecin a droit de recevoir sans tenir compte des montants soustraits de telles prestations en raison de remboursements de prestations, des intérêts, des pénalités et autres montants recouvrables en vertu de la *Loi sur l'assurance parentale*.

Cependant, lorsque le médecin exerce dans le cadre de la Régie de l'assurance maladie du Québec et travaille également pour un ou des employeurs hors Régie, l'indemnité est égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement de base versé par la Régie et le montant des prestations du Régime québécois d'assurance parentale correspondant à la proportion du traitement hebdomadaire qu'elle lui verse par rapport à la somme du traitement hebdomadaire versé par la Régie et l'ensemble des employeurs. À cette fin, le médecin produit à la Régie et à chacun des employeurs un état du traitement hebdomadaire versé par chacun de ceux-ci en même temps que le montant des prestations qui lui sont payables en application de la *Loi sur l'assurance parentale*.

AVIS **:** *Lors de votre demande de congé de maternité à la RAMQ, transmettre un état de traitement hebdomadaire versé par chacun de vos employeurs ainsi que le montant des prestations qui vous sont payables en application de la* Loi sur l'assurance parentale.

1.08 A La Régie ne peut compenser par l'indemnité qu'elle verse au médecin en congé de maternité, la diminution des prestations du Régime québécois d'assurance parentale attribuable au traitement gagné auprès d'un employeur hors Régie.

Malgré les dispositions de l'alinéa précédent, la Régie effectue cette compensation si le médecin démontre que le traitement gagné est un traitement habituel. Si le médecin démontre qu'une partie seulement de ce traitement est habituelle, la compensation est limitée à cette partie.

L'employeur qui verse le traitement habituel prévu par l'alinéa précédent doit, à la demande du médecin, lui produire cette lettre.

Le total des montants reçus par le médecin durant son congé de maternité, en prestations du Régime québécois d'assurance parentale, indemnité et rémunération, ne peut cependant excéder quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire.

Indemnités prévues pour les médecins non admissibles au Régime québécois d'assurance parentale mais admissibles au Régime d'assurance emploi

1.09 Le médecin qui a accumulé vingt (20) semaines de service et qui est admissible au Régime d'assurance emploi sans être admissible au Régime québécois d'assurance parentale a droit de recevoir :

a) pour chacune des semaines du délai de carence prévu au Régime d'assurance emploi, une indemnité égale à quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire;

AVIS **:** *Ce pourcentage est fixé pour tenir compte du fait que le médecin bénéficie, en pareille situation, d'une exonération des cotisations aux régimes de retraite et d'assurance emploi, laquelle équivaut en moyenne à 7 % de son traitement.*

b) pour chacune des semaines qui suivent la période prévue à l'alinéa a), une indemnité égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire et la prestation de maternité ou parentale du Régime d'assurance emploi qu'elle reçoit ou pourrait recevoir si elle en faisait la demande, et ce, jusqu'à la fin de la vingtième semaine du congé de maternité;

AVIS **:** *Pour éviter les pénalités prévues au Régime d'assurance emploi, faire votre demande de prestations dès le début du congé de maternité sans attendre d'avoir en main le relevé d'emploi.*

Cette indemnité se calcule à partir des prestations d'assurance emploi qu'un médecin a droit de recevoir sans tenir compte des montants soustraits de telles prestations en raison des remboursements des prestations, des intérêts, des pénalités et autres montants recouvrables en vertu du Régime d'assurance emploi.

Cependant, lorsque le médecin travaille également auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic, des organismes dont la loi prévoit que les normes et barèmes de rémunération sont déterminées conformément aux conditions définies par le gouvernement, de l'Office franco-québécois pour la jeunesse, de la Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires ainsi que tout autre organisme dont le nom apparaît à l'annexe C de la *Loi sur le Régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (RLRQ, chapitre R-8.2), elle reçoit de chacun de ces employeurs une indemnité. Dans ce cas, l'indemnité est égale à la différence entre quatre-vingt-treize pour cent (93 %) du traitement versé par la Régie et le pourcentage des prestations d'assurance emploi correspondant à la proportion du traitement hebdomadaire qu'elle lui verse par rapport à la somme du traitement hebdomadaire versé par la Régie et par l'ensemble des employeurs. À cette fin, le médecin produit à la Régie et à chacun des employeurs un état du traitement hebdomadaire versé par chacun de ceux-ci en même temps que le montant du taux de prestations que lui verse Emploi et Développement social Canada (EDSC).

AVIS **:** *Lors de votre demande de congé de maternité à la RAMQ, transmettre un état de traitement hebdomadaire versé par chacun de vos employeurs ainsi que le montant du taux de prestations versé par Ressources humaines et Développement des Compétences Canada*.

De plus, si EDSC réduit le nombre de semaines de prestations d'assurance emploi auxquelles le médecin aurait eu autrement droit si elle n'avait bénéficié de prestations d'assurance emploi avant son congé de maternité, le médecin continue de recevoir, pour une période équivalant aux semaines soustraites par EDSC, l'indemnité prévue par le premier alinéa du présent paragraphe b) comme si elle avait, durant cette période, bénéficié de prestations d'assurance emploi.

Le paragraphe 1.08 A s'applique au présent paragraphe en faisant les adaptations nécessaires.

Indemnités prévues pour les médecins non admissibles au Régime québécois d'assurance parentale et au Régime d'assurance emploi

1.10 Le médecin non admissible aux bénéfices du Régime québécois d'assurance parentale et du Régime d'assurance emploi est également exclu du bénéfice de toute indemnité prévue aux paragraphes 1.08 et 1.09, sous réserve des dispositions prévues aux sous-paragraphes qui suivent.

Toutefois, le médecin à plein temps qui a accumulé vingt (20) semaines de service a droit à une indemnité égale à quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire, et ce, durant douze (12) semaines, si elle ne reçoit pas de prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

AVIS **:** *Ce pourcentage est fixé pour tenir compte du fait que le médecin bénéficie, en pareille situation, d'une exonération des cotisations aux régimes de retraite et d'assurance emploi, laquelle équivaut en moyenne à 7 % de son traitement*.

AVIS **:** *Lors de votre demande de congé de maternité à la RAMQ, transmettre une pièce justificative confirmant votre non-admissibilité au Régime québécois d'assurance parentale et au Régime d'assurance emploi ainsi qu'une attestation à l'effet que vous ne recevez aucune prestation d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire*.

Si le médecin reçoit des prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire, elle a droit à une indemnité égale à 93 % de son traitement moins les prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Le médecin à demi-temps ou le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est inférieure à trente-cinq (35) heures qui a accumulé vingt (20) semaines de service a droit à une indemnité égale à 95 % de son traitement hebdomadaire, et ce, durant douze (12) semaines si elle ne reçoit pas de prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Si le médecin reçoit des prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire, elle a droit à une indemnité égale à 95 % du traitement hebdomadaire moins les prestations d'un Régime de droits parentaux établi par une autre province ou un autre territoire.

Si le médecin à demi-temps ou à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est inférieure à trente-cinq (35) heures est exonéré des cotisations au Régime de retraite et au Régime québécois d'assurance parentale, le pourcentage d'indemnité est fixé à quatre-vingt-treize pour cent (93 %).

Avantages

1.11 Durant le congé de maternité et les prolongations prévues au paragraphe 1.05 ou le congé d'adoption, le médecin bénéficie, en autant qu'elle y ait normalement droit, des avantages suivants :

assurances, à la condition qu'elle verse, le cas échéant, sa quote-part;
accumulation de vacances;
accumulation de l'expérience;
accumulation des années de service.

Malgré les dispositions relatives au report des vacances prévues à l'article 2.00, le médecin peut reporter au maximum quatre (4) semaines de vacances annuelles si celles-ci se situent à l'intérieur du congé de maternité ou d'adoption et si, au plus tard deux (2) semaines avant l'expiration dudit congé, elle avise par écrit le chef du département de médecine générale ou du médecin qui le remplace ou son délégué, de la date du report.

La date du report doit se situer à la suite du congé de maternité ou d'adoption ou être soumise, dès le retour en fonction du médecin, à l'approbation du chef de département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions, sous réserve de la nécessité d'une dispensation adéquate des soins médicaux.

Dispositions particulières

1.12 Traitement hebdomadaire

1 ° Le traitement hebdomadaire utilisé aux fins du calcul de l'indemnité est établi par la Régie de la façon suivante :

A) On détermine le traitement de base du médecin, pour une période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire, en référant au taux annuel de rémunération en vigueur au moment du départ du médecin en congé de maternité ou congé pour adoption, majoré, s'il y a lieu, de la rémunération différente conformément aux annexes XII et XII-A de l'Entente, à l'exclusion de toute rémunération en période supplémentaire d'activités professionnelles, de toute rémunération pour la garde sur place et pour la garde en disponibilité sous réserve des dispositions prévues à l'Entente particulière relative à la santé publique, des bonis, des primes et de toute rémunération à l'acte.

AVIS **:** *Lorsque le congé de maternité ou d'adoption comprend la date de majoration de l'échelle de rémunération, le traitement hebdomadaire évolue à cette date selon l'échelle alors applicable.*

B) On effectue ensuite la moyenne des heures effectivement consacrées aux activités professionnelles, à l'exclusion des heures de garde, et, le cas échéant, la moyenne des heures de garde effectuées en garde sur place et la moyenne ajustée des heures rémunérées à honoraires fixes en vertu des dispositions du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale, au cours des vingt (20) dernières semaines de calendrier précédant le congé de maternité, le congé de paternité ou d'adoption, pour lesquelles aucune période d'invalidité, de congé de maternité, de congé de paternité ou d'adoption, de perfectionnement au sens du paragraphe 5.01 de la présente annexe, de ressourcement au sens de l'article 5 de l'annexe XII de l'Entente ou de formation continue selon le paragraphe 7.00 de l'Entente particulière relative au médecin enseignant, de vacances de plus de deux (2) jours ou de congé sans rémunération prévus aux paragraphes 1.21 premier sous-paragraphe, 1.22 A, 1.22 C, 1.22 D, 1.23, 1.23 B, 1.23 D, 1.23 G, 1.23 I, 1.23 J, 4.05, 4.07, 4.08, 4.10, 4.11, 4.12 lorsqu'il s'agit d'un congé réputé congé autorisé de la présente annexe et 5.05 de l'Entente n'a été autorisée ainsi que toute période de dépannage que le médecin dispense en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale, des ententes particulières relatives au Grand Nord, aux régions 17 et 18 et le Centre de santé Basse-Côte-Nord et au Centre de santé de Chibougamau. Sont aussi exclus les jours où le médecin siège, à titre de membre du comité de révision conformément à l'article 42 de la Loi. Ces moyennes sont établies en effectuant d'abord la moyenne :

AVIS **:** *Pour le médecin membre du comité de révision, conformément à l'article 42 de la Loi, utiliser le code de congé* ***61****.*

Toute autre utilisation de ce code à titre d'événement spécial doit faire l'objet d'une entente avec les parties négociantes.

Préciser dans le champ Renseignements complémentaires *si vous êtes membre du comité de révision ou si vous avez pris une entente avec les parties pour un évènement spécial.*

a) des heures effectivement consacrées aux activités professionnelles, en y incluant les heures rémunérées pour la garde en disponibilité prévue à l'entente particulière relative à la santé publique à l'exclusion des heures de garde, pendant la période de vingt (20) semaines mentionnée précédemment, jusqu'à concurrence du nombre d'heures régulières prévues à l'avis (ou aux avis) qu'envoient l'établissement (ou les établissements) à la Régie aux termes du dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente, multiplié par le nombre de semaines pour lesquelles cet avis (ou ces avis) est (sont) applicable(s) durant la période de vingt (20) semaines, sans jamais dépasser sept cents (700) heures si le médecin a la qualité de plein temps ou de trois cent cinquante (350) heures si le médecin a la qualité de demi-temps;

et, le cas échéant, la moyenne :

b) des heures effectuées en garde sur place pendant la période de vingt (20) semaines mentionnée précédemment, la moyenne hebdomadaire ne pouvant excéder douze (12) heures si le médecin a qualité de plein temps ou six (6) heures si le médecin a qualité de demi-temps;

ainsi que, dans le cas du médecin qui s'est prévalu des dispositions du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale, la moyenne ajustée :

c) des heures rémunérées à honoraires fixes en vertu du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale au cours de la période couverte par l'année civile précédant le 1er janvier de l'année d'application en cause. Ces heures ramenées sur la base de quarante-quatre (44) semaines déterminent la moyenne d'heures hebdomadaire ajustée jusqu'à un maximum de cinq (5) heures par semaine.

La période de référence de vingt (20) semaines est établie en s'en rapportant à une période maximale de trois (3) ans depuis la date de début du congé de maternité.

C) Le traitement hebdomadaire est finalement obtenu en divisant le traitement de base déterminé en A) par trente-cinq (35) et en le multipliant par la moyenne ou l'addition des trois (3) moyennes, le cas échéant, obtenue en B).

2 ° Si, pendant cette période de vingt (20) semaines, le médecin a bénéficié d'un congé rémunéré autre que ceux mentionnés à l'alinéa 1° B), ou s'il a bénéficié d'une période de vacances de deux (2) jours ou moins, on attribue pour tel jour de congé le nombre d'heures allouées pour ce congé au moment où il a été pris.

S'il est impossible de compléter une période de référence de vingt (20) semaines aux fins du calcul du traitement hebdomadaire, la Régie l'établit en effectuant la moyenne en fonction du nombre de semaines qui peuvent être retenues.

À défaut de compléter une (1) seule semaine de calendrier, la Régie établit le traitement hebdomadaire du médecin sur la foi du nombre d'heures régulières indiquées à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente, auquel on ajoute, s'il y a lieu, douze (12) heures pour tenir lieu de la garde sur place si le médecin a qualité de plein temps ou six (6) heures, si le médecin a qualité de demi-temps, jusqu'à concurrence de quarante-sept (47) heures dans le premier cas et vingt-trois et demie (23 1/2) heures dans le second.

Si, pour une semaine, un médecin fait défaut de produire une demande de paiement, conformément au paragraphe 18.01 de l'Entente, dans les délais impartis par la *Loi sur l'assurance maladie*, cette semaine est comprise dans la période de référence de vingt (20) semaines, comme si le médecin avait pris un congé sans rémunération non autorisé aux fins du présent paragraphe.

3 ° Dans le cas où un médecin a cumulé, au cours de la période de référence mentionnée précédemment, la qualité de demi-temps dans deux (2) établissements, toute semaine qui ne peut être retenue en raison des motifs prévus à l'alinéa 1° B) du présent paragraphe dans l'un des deux (2) établissements entraîne le rejet de la même semaine dans l'autre établissement aux fins de l'établissement par la Régie du traitement hebdomadaire du médecin.

Si, au moment de la prise d'un congé prévu à la présente annexe, un médecin détient la qualité de demi-temps dans deux (2) établissements, il est rémunéré pour ce congé pris dans l'un ou l'autre des établissements à raison de la moitié du traitement hebdomadaire établi selon les dispositions qui précèdent.

1.13 Durant son congé de maternité ou son congé pour adoption, le médecin continue de bénéficier de la prime d'éloignement ou d'isolement; il bénéficie en outre, en cas de ressourcement, du remboursement des frais réels de transport et de l'allocation forfaitaire prévus au paragraphe 5.3 de l'annexe XII de l'Entente. Le médecin visé par l'entente particulière du Grand Nord ou l'entente particulière relative aux régions 17 et 18 et le Centre de santé Basse-Côte-Nord continue de bénéficier des avantages et conditions relatifs à la nourriture et à son logement tel que prévu à ces ententes particulières.

Malgré ce qui précède, le total des montants reçus par le médecin en congé de maternité, en prestations d'assurance parentale et indemnité ne peut excéder quatre-vingt-quinze pour cent (95 %) de la somme constituée par son traitement hebdomadaire et ses primes d'éloignement.

1.14 Pendant la durée de sa grossesse, un médecin ne peut être tenu à une période d'activités professionnelles comportant plus d'heures que le nombre d'heures prévues à l'avis expédié par l'établissement à la Régie, selon les termes du dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente, en période régulière d'activités professionnelles.

1.15 Dans les cas visés aux paragraphes 1.08, 1.09 et 1.10 :

a) aucune indemnité ne peut être versée durant la période de vacances au cours de laquelle le médecin est rémunéré.

b) l'indemnité due est versée par la Régie à intervalle de deux (2) semaines, le premier versement n'étant toutefois exigible, dans le cas du médecin admissible au Régime québécois d'assurance parentale ou au Régime d'assurance emploi, que trente (30) jours après l'obtention par la Régie d'une preuve qu'elle reçoit des prestations d'un de ces régimes. Aux fins du présent paragraphe, sont considérés comme preuves un état ou un relevé des prestations ainsi que les renseignements fournis par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale ou par EDSC au moyen d'un relevé officiel;

AVIS **:** *Transmettre à la Régie la demande de paiement dûment remplie et signée au début du congé de maternité ainsi qu'une copie de l'état des prestations du Régime québécois d'assurance parentale ou le talon du premier versement d'assurance emploi.*

c) le service se calcule auprès de l'ensemble des établissements où le médecin est rémunéré à honoraires fixes selon les dispositions de l'Entente. De plus, l'exigence de vingt (20) semaines de service requises en vertu des paragraphes 1.08, 1.09 et 1.10 est réputée satisfaite, le cas échéant, lorsque le médecin a satisfait cette exigence auprès de l'un ou l'autre des établissements mentionnés au présent alinéa.

Reprise des activités professionnelles

1.16 L'établissement doit faire parvenir au médecin, au cours de la quatrième (4e) semaine précédant l'expiration du congé de maternité ou d'adoption, un avis indiquant la date prévue de l'expiration de son congé de maternité ou d'adoption.

1.17 Le médecin à qui l'établissement a fait parvenir l'avis ci-dessus doit reprendre ses activités professionnelles à l'expiration de son congé de maternité ou son congé pour adoption, à moins de prolonger celui-ci de la manière prévue au paragraphe 1.21 ou d'être sujet à l'application du paragraphe 1.06.

1.18 Le médecin qui ne reprend pas ses activités professionnelles à l'expiration de son congé de maternité ou son congé pour adoption est réputé en congé sans rémunération pour une période n'excédant pas quatre (4) semaines. Au terme de cette période, le médecin qui ne réintègre pas ses fonctions est réputé y avoir mis fin à compter de cette date.

Ce congé sans rémunération est réputé être un congé non autorisé aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire selon la présente annexe.

L'établissement doit aviser la Régie sans délai de cette situation.

1.19 Au retour du congé de maternité ou du congé pour adoption, le médecin reprend ses activités professionnelles.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À L'OCCASION DE LA GROSSESSE

AVIS **:** *Pour un retrait préventif approuvé par la CNESST :*

*- utiliser le code de congé **22** pour les 3 premières semaines complètes qui suivent immédiatement la date de cessation de travail;*

- faire parvenir à la RAMQ une copie de l'attestation approuvée par cet organisme.

La RAMQ paiera au médecin son salaire habituel pendant les 5 premiers jours ouvrables et 90 % de son salaire net pour les 14 jours civils (jours de calendrier) suivants. Par la suite, la CNESST versera directement les indemnités au médecin.

Congés spéciaux

1.20 Le médecin a droit à un congé spécial dans les cas suivants :

a) lorsqu'une complication de grossesse ou un danger d'interruption de grossesse exige un arrêt de ses activités professionnelles pour une période dont la durée est prescrite par un certificat médical; ce congé spécial ne peut toutefois se prolonger au-delà du début de la quatrième (4e) semaine précédant la date prévue de l'accouchement, moment où le congé de maternité entre en vigueur;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé :*

*- **10** pour un congé de moins de 5 jours;*

*- **71** pour un congé de 5 jours ou plus.*

Joindre le certificat médical.

b) sur présentation d'un certificat médical qui en prescrit la durée, lorsque survient une interruption de grossesse naturelle ou provoquée légalement avant le début de la vingtième (20e) semaine précédant la date prévue de l'accouchement;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé :*

*- **10** pour un congé de moins de cinq jours;*

*- **71** pour un congé de cinq jours ou plus.*

Joindre le certificat médical.

c) pour les visites reliées à la grossesse effectuées chez un médecin et attestées par un certificat médical.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **21** et joindre le certificat médical.*

Préciser la date prévue de l'accouchement lors de la première visite.

Dans le cas des visites visées à l'alinéa c), le médecin bénéficie d'un congé spécial rémunéré jusqu'à concurrence d'un maximum de quatre (4) jours. Ces congés spéciaux sont payés à raison de 1/5 du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 du présent article. Ils peuvent néanmoins être pris par demi-journée et sont dès lors payés à raison de 1/10 du traitement hebdomadaire mentionné précédemment. Ces congés ne peuvent en aucun cas être reportés d'une grossesse à l'autre.

Durant un des congés spéciaux visés au présent paragraphe, le médecin bénéficie des avantages prévus au paragraphe 1.11 en autant qu'elle y ait normalement droit. Au terme de ce congé, elle reprend ses activités professionnelles. De plus, le médecin visé aux alinéas a), b) et c) du présent paragraphe peut également se prévaloir des bénéfices du Régime d'assurance invalidité. Cependant, dans le cas de l'alinéa c), le médecin doit d'abord avoir épuisé les quatre (4) jours prévus ci-dessus.

Congé sans rémunération et congé partiel sans rémunération

1.21 A Le médecin a droit à l'un des congés suivants :

un congé sans rémunération d'une durée de deux (2) ans qui suit immédiatement le congé de maternité prévu au paragraphe 1.01;

un congé sans rémunération d'une durée de deux (2) ans qui suit immédiatement le congé de paternité prévu au paragraphe 1.22;

un congé sans rémunération d'une durée de deux (2) ans qui suit immédiatement le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.23.

AVIS **:** *Lors d'un congé total, sans rémunération, utiliser l'un des codes de congé suivants :*

*- **29** congé sans rémunération – congé de maternité;*

*- **35** congé sans rémunération – paternité;*

*- **36** congé sans rémunération – adoption.*

Informer la Régie de la période.

Le médecin à demi-temps a également droit à ce congé sans rémunération.

Le médecin à plein temps qui ne se prévaut pas de ce congé sans rémunération a droit à un congé partiel sans rémunération établi sur une période maximale de deux (2) ans.

AVIS **:** *Lors d'un congé partiel, sans rémunération, informer la Régie par lettre de la période et du nombre d'heures consacrées aux activités professionnelles durant ce congé.*

Le médecin ne peut en aucun cas réduire sa période régulière d'activités professionnelles à moins de dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine; il est alors considéré, pour les fins de l'annexe VI, comme détenant la qualité de plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles est inférieure à trente-cinq (35) heures par semaine ou, le cas échéant, comme détenant la qualité de demi-temps.

Ces congés sans rémunération sont accordés à la suite d'une demande écrite présentée au chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, au médecin qui assume ces fonctions, au moins trente (30) jours à l'avance en précisant la date de la reprise de ses activités professionnelles.

Pendant la durée de ce congé, le médecin est autorisé, suite à une demande écrite présentée au moins trente (30) jours à l'avance au chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, au médecin qui assume ces fonctions, à une (1) modification de son congé sans rémunération en un congé partiel sans rémunération ou l'inverse, selon le cas.

Le médecin qui veut mettre fin à son congé sans rémunération avant la date prévue doit donner un préavis écrit à la Régie et au chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, au médecin qui assume ces fonctions, de son intention au moins trente (30) jours avant son retour.

1.21 B Au cours du congé sans rémunération accordé en vertu de l'article 1.21 A, le médecin conserve son expérience et continue de participer au Régime d'assurance maladie de base qui lui est applicable en versant sa quote-part des primes pour les cinquante-deux (52) premières semaines du congé et la totalité des primes pour les semaines suivantes. De plus, le médecin peut continuer à participer aux autres Régimes complémentaires d'assurances qui lui sont applicables en faisant la demande au début du congé et en versant la totalité des primes.

1.21 C Sous réserve d'une disposition expresse prévue dans l'Entente, au cours du congé sans rémunération ou du congé partiel sans rémunération, le médecin accumule son expérience, aux fins de la détermination de sa rémunération, jusqu'à concurrence des cinquante-deux (52) premières semaines d'un congé sans rémunération ou partiel sans rémunération.

1.21 D Le médecin peut prendre sa période de vacances annuelles reportées immédiatement avant son congé sans rémunération ou partiel sans rémunération pourvu qu'il n'y ait pas de discontinuité avec son congé de paternité, son congé de maternité ou son congé pour adoption, selon le cas.

1.21 E Au retour de son congé sans rémunération, le médecin reprend ses activités professionnelles.

Autres congés parentaux

Congé de paternité

Le médecin a droit à un congé avec rémunération d'une durée maximale de cinq (5) jours ouvrables à l'occasion de la naissance de son enfant. Le médecin a également droit à ce congé en cas d'interruption de la grossesse survenue à compter du début de la vingtième semaine précédant la date prévue de l'accouchement. Ce congé peut être discontinu et doit se situer entre le début du processus d'accouchement et le quinzième jour suivant le retour de la mère ou de l'enfant à la maison.

Un des cinq (5) jours peut être utilisé pour le baptême ou l'enregistrement.

Le médecin, dont la conjointe accouche, a également droit à ce congé si elle est désignée comme étant l'une des mères de l'enfant.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **23**.*

1.22 A À l'occasion de la naissance de son enfant, le médecin a aussi droit à un congé de paternité sans rémunération d'au plus cinq (5) semaines qui, sous réserve des paragraphes 1.22 B et 1.22 C, doivent être consécutives. Ce congé doit se terminer au plus tard à la fin de la cinquante-deuxième semaine suivant la semaine de la naissance de l'enfant.

Le médecin, dont la conjointe accouche, a également droit à ce congé si elle est désignée comme étant l'une des mères de l'enfant.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **63**.*

1.22 B Lorsque son enfant est hospitalisé, le médecin peut suspendre son congé de paternité, après entente avec son établissement, en retournant au travail pendant la durée de cette hospitalisation.
1.22 C Sur demande du médecin, le congé de paternité peut être fractionné en semaines si son enfant est hospitalisé ou si le médecin doit s'absenter pour cause d'accident ou de maladie.

Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles le congé de paternité peut être suspendu est équivalent au nombre de semaines que dure l'hospitalisation. En cas d'absence du médecin pour cause d'accident ou de maladie, le nombre de semaines de suspension du congé de paternité est celui correspondant au nombre de semaines complètes que dure la situation, sans toutefois excéder quinze (15) semaines. Durant une telle suspension, le médecin est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le médecin est visé par les paragraphes 1.21 B et 1.21 C.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **65**.*

1.22 D Le médecin qui fait parvenir à son établissement, avant la date d'expiration de son congé de paternité, un avis accompagné d'un certificat médical attestant que l'état de santé de son enfant l'exige, a droit à une prolongation de son congé de paternité. La durée de cette prolongation est celle indiquée au certificat médical.

Durant cette prolongation, le médecin est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le médecin est visé par les paragraphes 1.21 B et 1.21 C durant cette période.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **64**.*

Congé pour adoption et congé sans rémunération en vue d'une adoption

1.23 Le médecin qui adopte légalement un enfant autre que l'enfant de son conjoint a droit à un congé pour adoption d'une durée maximale de dix (10) semaines qui, sous réserve des paragraphes 1.23 A et 1.23 B, doivent être consécutives.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **25**.*
Joindre les pièces justificatives.

Pour le médecin admissible au Régime québécois d'assurance parentale, ce congé est simultané à la période de versement des prestations accordées en vertu de la *Loi sur l'assurance parentale* et doit débuter au plus tard la semaine suivant le début du versement des prestations d'assurance parentale.

Pour le médecin non admissible au Régime québécois d'assurance parentale, le congé doit se situer après l'ordonnance de placement de l'enfant ou de son équivalent lors d'une adoption internationale conformément au Régime d'adoption ou à un autre moment convenu avec l'établissement.

1.23 A Lorsque son enfant est hospitalisé, le médecin peut suspendre son congé pour adoption, après entente avec son établissement, en retournant au travail pendant la durée de cette hospitalisation.
1.23 B Sur demande du médecin, le congé pour adoption peut être fractionné en semaines si son enfant est hospitalisé ou si le médecin doit s'absenter pour cause de maladie ou d'accident.

Le nombre maximal de semaines pendant lesquelles le congé pour adoption peut être suspendu est équivalent au nombre de semaines que dure l'hospitalisation. Si le médecin doit s'absenter pour cause de maladie ou d'accident, le nombre de semaines de suspension du congé pour adoption est celui correspondant au nombre de semaines complètes que dure la situation, sans toutefois excéder quinze (15) semaines.

Durant une telle suspension, le médecin est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le médecin est visé par les paragraphes 1.21 B et 1.21 C durant cette période.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **67**.*

1.23 C Lors de la reprise du congé pour adoption suspendu ou fractionné en vertu du paragraphe 1.23 A ou 1.23 B, la Régie verse au médecin l'indemnité à laquelle elle ou il aurait eu droit si elle ou il ne s'était pas prévalu d'une telle suspension ou d'un tel fractionnement, et ce, pour le nombre de semaines qui reste à couvrir en vertu du paragraphe 1.23.
1.23 D Le médecin qui fait parvenir à son établissement, avant la date d'expiration de son congé pour adoption, un avis accompagné d'un certificat médical attestant que l'état de santé de son enfant l'exige, a droit à une prolongation de son congé pour adoption. La durée de cette prolongation est celle indiquée au certificat médical.

Durant cette prolongation, le médecin est considéré en congé sans rémunération et ne reçoit de la Régie ni indemnité, ni prestation. Le médecin est visé par les sous-paragraphes 1.21 B et 1.21 C durant cette période.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **66**.*

1.23 E Pendant le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.23, le médecin reçoit une indemnité égale à la différence entre son traitement hebdomadaire et le montant des prestations qu'elle ou qu'il reçoit ou recevrait, si elle ou il en faisait la demande, en vertu du Régime québécois d'assurance parentale ou en vertu du Régime d'assurance emploi.

AVIS **:** *Lors de votre demande de congé pour adoption, transmettre à la Régie une copie de l'état des prestations du Régime québécois d'assurance parentale ou le relevé du premier versement de prestations d'assurance-emploi.*

Les 2e, 3e et 4e alinéas du paragraphe 1.08 ou 1.09, selon le cas, et le paragraphe 1.08 A s'appliquent au présent paragraphe en faisant les adaptations nécessaires.

1.23 F Le médecin non admissible aux prestations d'adoption du Régime québécois d'assurance parentale ni aux prestations parentales du Régime d'assurance emploi qui adopte un enfant autre que l'enfant de son conjoint reçoit pendant le congé pour adoption prévu au paragraphe 1.23 une indemnité égale à son traitement hebdomadaire.

AVIS **:** *Lors de votre demande de congé pour adoption, transmettre à la Régie une pièce justificative confirmant votre non-admissibilité au Régime québécois d'assurance parentale et au Régime d'assurance-emploi.*

1.23 G Le médecin qui adopte l'enfant de son conjoint a droit à un congé d'une durée maximale de cinq (5) jours ouvrables dont seuls les deux (2) premiers sont avec rémunération.

Ce congé peut être discontinué et ne peut être pris après l'expiration des quinze (15) jours suivants l'arrivée de l'enfant à la maison.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé :*
*- **68** pour les 2 premiers jours;*
*- **69** pour les 3 jours suivants.*

1.23 H Les alinéas a) et b) du paragraphe 1.15 s'appliquent au médecin qui bénéficie des indemnités prévues au paragraphe 1.23 ou 1.23 E en faisant les adaptations nécessaires.
1.23 I Le médecin bénéficie, en vue de l'adoption d'un enfant, d'un congé sans rémunération d'une durée maximale de dix(10) semaines à compter de la prise en charge effective de cet enfant sauf s'il s'agit d'un enfant de la conjointe ou du conjoint.

Le médecin qui se déplace hors du Québec en vue d'une adoption, sauf s'il s'agit de l'enfant de sa conjointe ou de son conjoint, obtient à cette fin, sur demande écrite adressée au chef du département de médecine générale ou du médecin qui assume ces fonctions, si possible deux (2) semaines à l'avance, un congé sans rémunération pour le temps nécessaire au déplacement.

Toutefois, le congé prend fin au plus tard la semaine suivant le début du versement des prestations du Régime québécois d'assurance parentale et les dispositions du paragraphe 1.23 s'appliquent.

Durant ce congé, le médecin bénéficie des avantages prévus aux paragraphes 1.21 B et 1.21 C

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **31**.*

1.24 Traitement hebdomadaire
1° Lors des congés mentionnés aux paragraphes 1.22, le médecin est rémunéré pour chaque jour ouvrable de congé à raison de un cinquième (1/5) de son traitement hebdomadaire qui est établi comme suit par la Régie :

A) On détermine le traitement de base du médecin, pour une période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire, en référant au taux annuel de rémunération en vigueur au moment de la prise du congé, majoré, s'il y a lieu, de la rémunération différente conformément aux annexes XII et XII-A de l'Entente, à l'exclusion de toute rémunération en période supplémentaire d'activités professionnelles, de toute rémunération pour la garde sur place et pour la garde en disponibilité sous réserve des dispositions prévues à l'Entente particulière relative à la santé publique, des bonis, des primes et de toute rémunération à l'acte;

AVIS **:** *Lorsque le congé comprend ou coïncide avec la date de majoration de l'échelle de rémunération, le traitement hebdomadaire évolue à cette date selon l'échelle alors applicable.*

B) On effectue ensuite la moyenne des heures effectivement consacrées aux activités professionnelles, à l'exclusion des heures de garde, et, le cas échéant, la moyenne des heures de garde effectuées en garde sur place et la moyenne ajustée des heures rémunérées à honoraires fixes en vertu des dispositions du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale, au cours des vingt (20) dernières semaines de calendrier précédant le 1er janvier qui précède lui-même l'année (du 1er mai d'une année au 30 avril de l'année suivante) au cours de laquelle le congé est pris et pour lesquelles aucune période d'invalidité, de congé de maternité, de congé de paternité ou congé pour adoption, de perfectionnement au sens du paragraphe 5.01 de la présente annexe, de ressourcement au sens de l'article 5 de l'annexe XII de l'Entente ou de formation continue selon le paragraphe 7.00 de l'Entente particulière relative au médecin enseignant, de vacances de plus de deux (2) jours ou de congé sans rémunération prévus aux paragraphes 1.21 premier sous-paragraphe, 1.22 A, 1.22 C, 1.22 D, 1.23, 1.23 B, 1.23 D, 1.23 G, 1.23 I, 1.23 J, 4.05, 4.07, 4.08, 4.10, 4.11, 4.12 lorsqu'il s'agit d'un congé réputé congé autorisé de la présente annexe et 5.05 de l'Entente n'a été autorisée ainsi que toute période de dépannage que le médecin dispense en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale, des ententes particulières relatives au Grand Nord, aux régions 17 et 18 et le Centre de santé Basse-Côte-Nord et au Centre de santé de Chibougamau. Sont aussi exclus les jours où le médecin siège, à titre de membre du comité de révision conformément à l'article 42 de la *Loi.* Ces moyennes sont établies en effectuant d'abord la moyenne :

AVIS **:** *Pour le médecin membre du comité de révision, conformément à l'article 42 de la Loi, utiliser le code de congé* ***61****.*

Toute autre utilisation de ce code à titre d'événement spécial doit faire l'objet d'une entente entre les parties négociantes.

a) des heures effectivement consacrées aux activités professionnelles, en y incluant les heures rémunérées pour la garde en disponibilité prévue à l'entente particulière relative à la santé publique à l'exclusion des heures de garde, pendant la période de vingt (20) semaines mentionnée précédemment, jusqu'à concurrence du nombre d'heures régulières prévues à l'avis (ou aux avis) qu'envoient l'établissement (ou les établissements) à la Régie aux termes du dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente, multiplié par le nombre de semaines pour lesquelles cet avis (ou ces avis) est (sont) applicable(s) durant la période de vingt (20) semaines, sans jamais dépasser sept cents (700) heures si le médecin a la qualité de plein temps ou de trois cent cinquante (350) heures si le médecin a la qualité de demi-temps;

et, le cas échéant, la moyenne :

b) des heures effectuées en garde sur place pendant la période de vingt (20) semaines mentionnée précédemment, la moyenne hebdomadaire ne pouvant excéder douze (12) heures si le médecin a qualité de plein temps ou six (6) heures si le médecin a qualité de demi-temps;

ainsi que, dans le cas du médecin qui s'est prévalu des dispositions du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale, la moyenne ajustée :

c) des heures rémunérées à honoraires fixes en vertu du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale au cours de la période couverte par l'année civile précédant le 1er janvier de l'année d'application en cause. Ces heures ramenées sur la base de quarante-quatre (44) semaines déterminent la moyenne d'heures hebdomadaire ajustée jusqu'à un maximum de cinq (5) heures par semaine.

La période de référence de vingt (20) semaines est établie en s'en rapportant à une période maximale de trois (3) ans depuis le 1er janvier.

C) Le traitement hebdomadaire est finalement obtenu en divisant le traitement de base déterminé en A) par trente-cinq (35) et en le multipliant par la moyenne ou l'addition des trois (3) moyennes, le cas échéant, obtenue en B).

2° Si, pendant cette période de vingt (20) semaines, le médecin a bénéficié d'un congé rémunéré autre que ceux mentionnés à l'alinéa 1° B), ou s'il a bénéficié d'une période de vacances de deux (2) jours ou moins, on attribue pour tel jour de congé le nombre d'heures allouées pour ce congé au moment où il a été pris.

S'il est impossible de compléter une période de référence de vingt (20) semaines aux fins du calcul de son traitement hebdomadaire, la Régie l'établit en effectuant la moyenne en fonction du nombre de semaines qui peuvent être retenues.

À défaut de compléter une (1) seule semaine de calendrier, la Régie établit le traitement hebdomadaire du médecin sur la foi du nombre d'heures régulières indiquées à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente, auquel on ajoute, s'il y a lieu, douze (12) heures pour tenir lieu de la garde sur place si le médecin a qualité de plein temps ou six (6) heures, si le médecin a qualité de demi-temps, jusqu'à concurrence de quarante-sept (47) heures dans le premier cas et vingt-trois heures et demie (23 1/2) dans le second.

Si, pour une semaine, un médecin fait défaut de produire une (1) demande de paiement, conformément au paragraphe 18.01 de l'Entente, dans les délais impartis par la *Loi sur l'assurance maladie*, cette semaine est comprise dans la période de référence de vingt (20) semaines, comme si le médecin avait pris un congé sans rémunération non autorisé aux fins du présent paragraphe.

3° Dans le cas où un médecin a cumulé, au cours de la période de référence mentionnée précédemment, la qualité de demi-temps dans deux (2) établissements, toute semaine qui ne peut être retenue en raison des motifs prévus à l'alinéa 1° B) du présent paragraphe dans l'un des deux (2) établissements entraîne le rejet de la même semaine dans l'autre établissement aux fins de l'établissement par la Régie du traitement hebdomadaire du médecin.

Si, au moment de la prise d'un congé prévu à la présente annexe, un médecin détient la qualité de demi-temps dans deux (2) établissements, il est rémunéré pour ce congé pris dans l'un ou l'autre des établissements à raison de la moitié du traitement hebdomadaire établi selon les dispositions qui précèdent.

4° Au cours du mois d'avril de chaque année, la Régie avise le médecin par écrit du nombre moyen d'heures déterminées selon le présent paragraphe 1.24.

1.25 Dans les cas prévus aux paragraphes 1.22 et 1.23, le médecin prévient le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions et produit, à la demande de ce dernier, la preuve ou l'attestation de l'événement.

1.26 Advenant des modifications au Régime québécois d'assurance parentale ou à la *Loi sur l'assurance emploi relatives aux droits parentaux*, il est convenu que les parties se rencontrent pour discuter des implications possibles de ces modifications sur le présent Régime de droits parentaux.

1.27 Les avantages sociaux relatifs aux droits parentaux en vigueur le 31 décembre 2005 continuent de s'appliquer après le 1er janvier 2006 au médecin qui, le 31 décembre 2005, bénéficie du Régime d'assurance emploi du gouvernement fédéral.

2.00 VACANCES

2.01 La période de service donnant droit aux vacances annuelles s'établit du 1er mai d'une année au 30 avril de l'année subséquente.
2.02 Sous réserve des autres dispositions du présent article et des dispositions du paragraphe 4.13, le médecin a droit, à compter du 1er mai de chaque année, à des vacances annuelles dont la durée est déterminée sur la base du service accumulé selon le tableau suivant :

SERVICE au 1er mai	**Nombre de jours ouvrables de vacances du 1er mai au 30 avril**
Moins de 1 an	1 2/3 jour par mois de service
1 an et moins de 17 ans	20 jours
17 ou 18 ans	21 jours
19 ou 20 ans	22 jours
21 ou 22 ans	23 jours
23 ou 24 ans	24 jours
25 ans ou plus	25 jours

AVIS **:** *Pour les vacances annuelles, utiliser le code de congé **02**.*

La RAMQ déduit le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles dans l'ordre suivant :

- *code **34** vacances reportées;*
- *code **02** vacances accumulées;*
- *code **32** vacances anticipées.*

Le médecin en est informé dans son état de compte.

2.03 Toute période d'invalidité continue de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation des jours de vacances et ce, indépendamment de la période de référence prévue au paragraphe 2.01.

Toutefois, pendant une période de retour progressif prévue au paragraphe 8.02 de la présente annexe, s'effectuant à compter du treizième (13) mois d'une période d'invalidité ou d'une période de rééducation conformément au paragraphe 8.05 de la présente annexe le médecin accumule des vacances pour le temps consacré à ses activités professionnelles.

2.04 Pour fins de calcul, le médecin nommé dans l'établissement entre le premier (1er) et le quinzième (15e) jour du mois inclusivement est considéré comme ayant un (1) mois complet de service.
2.05 Le médecin est rémunéré pour chaque jour de vacances qu'il prend ou pour chaque demi-jour à raison de un cinquième (1/5) ou de un dixième (1/10), selon le cas, du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.
2.06 Le médecin soumet les dates auxquelles il désire prendre ses vacances à l'approbation du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions qui tient compte des nécessités du service.
2.07 Le médecin a droit de prendre une partie ou la totalité de ses vacances par anticipation. Il ne peut, en aucun cas, prendre par anticipation un nombre de jours supérieur au nombre de jours de vacances auxquels il aurait droit le 1er mai suivant.

Le nombre de jours ou demi-jours de vacances ainsi pris par anticipation est déduit du nombre de jours de vacances auxquels le médecin a droit le 1er mai suivant.

Lorsque le médecin prend une partie ou la totalité de ses vacances par anticipation, il est rémunéré pour chaque jour ainsi pris à raison de un cinquième (1/5) (ou de un dixième (1/10) s'il s'agit d'une demi-journée) du nombre d'heures prévues à l'avis expédié par l'établissement à la Régie aux termes du dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente en période régulière d'activités professionnelles, jusqu'à concurrence de trente-cinq (35) heures si le médecin a qualité de plein temps ou dix-sept heures et demie (17 1/2) si le médecin a qualité de demi-temps.

Dès le 1er mai suivant la période au cours de laquelle le médecin a acquis les vacances qu'il a prises par anticipation, la Régie calcule, pour chacun de ces jours de vacances pris par anticipation, le traitement auquel le médecin aurait eu droit selon la méthode prévue au paragraphe 2.05. Par la suite, la Régie paie au médecin ou lui déduit, selon le cas, le montant dû. Pareil remboursement ou déduction est effectué, le cas échéant, lors du calcul de l'indemnité prévue au paragraphe 2.09.

Aucun intérêt n'est exigible de la Régie sur les montants qui peuvent être dus au médecin par suite de l'application du sous-paragraphe précédent.

2.08 Si un jour férié prévu à l'article 3.00 coïncide avec la période des vacances annuelles du médecin, celui-ci se voit remettre une (1) journée de vacances à une date convenue entre le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, et le médecin concerné. Ce dernier en prévient la Régie en conséquence.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé approprié.*

2.09 En cas de départ ou de décès :

a) le médecin qui n'a pas pris la totalité des vacances acquises au 30 avril précédant immédiatement son départ reçoit (ou sa succession, en cas de décès) une indemnité proportionnelle à la durée des vacances qu'il n'a pas prises, calculée selon la méthode décrite au paragraphe 2.05;

b) il a droit en plus à une indemnité proportionnelle au nombre de jours de vacances acquis depuis le 1er mai précédant son départ ou son décès, mais dont la durée se calcule suivant son service à ce 1er mai. Cette indemnité est calculée selon la méthode prévue au paragraphe 2.05.

2.10 Un médecin incapable de prendre ses vacances ou une partie de ses vacances pour raison de maladie, accident, accident de travail ou maladie professionnelle survenus avant la prise de ces vacances voit ses vacances reportées automatiquement aux conditions énoncées aux paragraphes 2.11 à 2.16.

2.11 Lorsqu'un médecin devient invalide et que cette invalidité se poursuit pendant plus de douze (12) mois, les vacances ou la partie des vacances reportées, le cas échéant, aux termes du paragraphe 2.10 et les vacances accumulées au cours de l'année où le médecin est devenu invalide doivent être prises dans l'année qui suit celle où le médecin est devenu invalide si, de fait, le médecin reprend ses activités professionnelles au cours de cette année.

Dans ce cas, si le nombre de jours de la période comprise entre la date de la reprise des activités professionnelles et le 30 avril suivant est inférieur au nombre de jours de vacances ainsi accumulé, la Régie paie au médecin, selon la méthode prévue au paragraphe 2.05, le solde des jours de vacances qu'il n'a pu prendre.

Les vacances accumulées au cours de l'année qui suit celle où le médecin est devenu invalide sont prises et payées conformément aux dispositions du présent article 2.00, si le médecin reprend ses activités professionnelles au cours de cette même année.

Si le médecin ne reprend pas ses activités professionnelles dans l'année qui suit celle où il est devenu invalide, les vacances ou la partie des vacances reportées, le cas échéant, aux termes du paragraphe 2.10, les vacances accumulées au cours de l'année où le médecin est devenu invalide et les vacances accumulées au cours de l'année qui suit celle où le médecin est devenu invalide lui sont payées dès la fin de l'année qui suit celle où le médecin est devenu invalide.

Toutefois, ce paiement se fait sous réserve de toute correction à effectuer pour des vacances prises par anticipation.

2.12 Lorsque l'invalidité du médecin se poursuit pendant moins de douze (12) mois et que la reprise des activités professionnelles du médecin se situe le ou après le 1er mai qui suit l'année où il est devenu invalide, les vacances ou la partie des vacances reportées, le cas échéant, aux termes du paragraphe 2.10 et les vacances accumulées au cours de l'année où le médecin est devenu invalide doivent être prises entre la date de la reprise des activités professionnelles et le 30 avril suivant.

Si le nombre de jours de la période comprise entre la date de la reprise des activités professionnelles et le 30 avril suivant est inférieur au nombre de jours de vacances ainsi accumulé, la Régie paie au médecin, selon la méthode prévue au paragraphe 2.05, le solde des jours de vacances qu'il n'a pu prendre.

Ce paiement se fait sous réserve de toute correction à effectuer pour des vacances prises par anticipation.

Les vacances accumulées au cours de l'année de la reprise des activités professionnelles du médecin sont prises et payées conformément aux dispositions du présent article 2.00.

2.13 Lorsque l'invalidité du médecin se poursuit pendant moins de douze (12) mois et que la reprise des activités professionnelles du médecin se situe avant le 1er mai qui suit l'année où il est devenu invalide, les vacances ou la partie des vacances reportées, le cas échéant, aux termes du paragraphe 2.10 doivent être prises entre la date de la reprise des activités professionnelles et le 30 avril suivant.

Si le nombre de jours de la période comprise entre la date de la reprise des activités professionnelles et le 30 avril suivant est inférieur au nombre de jours de vacances reporté, la Régie paie au médecin, selon la méthode prévue au paragraphe 2.05, le solde des jours de vacances qu'il n'a pu prendre.

Ce paiement se fait sous réserve de toute correction à effectuer pour des vacances prises par anticipation.

Les vacances accumulées au cours de l'année où le médecin est devenu invalide sont prises et payées conformément aux dispositions du présent article 2.00.

2.14 Malgré les dispositions qui précèdent, le médecin peut reporter à l'année suivante le solde de ses vacances jusqu'à un maximum de dix (10) jours. Ce solde ainsi accumulé ne doit jamais dépasser dix (10) jours.

Toutefois, dans le cas des paragraphes 2.11 et 2.12, le médecin peut reporter dans l'année où il reprend ses activités professionnelles ou l'année suivante le solde de ses vacances jusqu'à un maximum de vingt (20) jours. Dans ce cas, le solde ainsi accumulé ne doit jamais dépasser vingt (20) jours.

AVIS **:** *La RAMQ reporte jusqu'à 10 jours de vacances annuelles accumulées sans que le médecin en fasse la demande.*

Le médecin qui ne désire pas reporter ses vacances accumulées doit en aviser la RAMQ avant la fin du mois d'avril. Ces jours sont alors payés.

Le médecin qui quitte la rémunération à honoraires fixes et renonce à son droit de report afin d'être payé rapidement pour ses congés non utilisés (vacances annuelles, jours fériés et heures supplémentaires) doit, après s'être assuré que toutes ses demandes de paiement sont transmises à la RAMQ, faire part de sa décision et de sa date de départ en écrivant à l'adresse suivante :

Direction de l'application des ententes
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Nonobstant les dispositions du paragraphe 2.09, le médecin a droit, en cas de départ, au report des vacances qu'il a acquises à ce moment si, dans les trois (3) mois de son départ, il avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ et le report est sujet aux règles prévues aux alinéas précédents et au paragraphe 2.15.

2.15 L'établissement doit, à la demande du médecin, reporter à l'année suivante les vacances qui sont dues à ce médecin, lorsque celui-ci, à la demande du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions, consent à changer sa période de vacances déjà approuvée. Le médecin en prévient la Régie en conséquence.

AVIS **:** *Avant la fin du mois d'avril, transmettre à la Régie une copie de la demande écrite reçue de l'établissement à la suite du changement d'une période de vacances déjà approuvée.*

2.16 Les jours de vacances reportés aux termes des paragraphes 2.10 à 2.15 sont payés selon la méthode prévue au paragraphe 2.05 en fonction de la période-témoin de vingt (20) semaines qui devait être utilisée si ces jours de vacances avaient été pris dans l'année où ils étaient dus.
2.17 Le présent paragraphe s'applique avec l'accord du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions.

Lorsqu'un médecin a, en réserve, en date du 30 avril 1989, vingt (20) jours ou moins de vacances accumulés aux termes des dispositions de l'annexe VI applicables antérieurement au 1er mai 1989, ces vacances doivent être utilisées au cours de la période du 1er mai 1989 au 30 avril 1990 ou reportées selon les dispositions prévues à l'article 2.00. Ces jours de vacances sont payés sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24. Le paiement du ou des jours de vacances pris par anticipation au cours de la période s'échelonnant du 1er mai 1988 au 30 avril 1989 est ajusté rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1er janvier 1989.

Lorsqu'un médecin a, en réserve, en date du 30 avril 1989, plus de vingt (20) jours de vacances accumulés aux termes des dispositions de l'annexe VI applicables antérieurement au 1er mai 1989, ces jours de vacances en surplus des vingt (20) premiers constituent une réserve que le médecin doit utiliser à raison d'un minimum de dix (10) jours par année, à compter du 1er mai 1989, jusqu'à concurrence du nombre total des jours ainsi accumulés en réserve. Lors de l'utilisation de ces jours de vacances, le médecin est rémunéré pour chaque jour à raison de sept (7) heures s'il a qualité de plein temps ou à raison de trois heures et demie (3 1/2) s'il a qualité de demi-temps. Une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve pour chaque jour de vacances ainsi pris.

3.00 CONGÉS FÉRIÉS

3.01 Le médecin a droit à treize (13) jours de congés fériés par année, du 1er mai au 30 avril.

Sous réserve du paragraphe 3.02, ces congés sont les suivants : la Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâces, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint, le Lundi de Pâques, la Fête de Dollard et la Fête nationale.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **40** et consulter les* calendriers des jours fériés.

Le calendrier des jours fériés est utilisé pour déterminer les droits du médecin en début ou en fin d'emploi ainsi que lors de la prise d'un congé qui suspend le droit aux jours fériés tel un congé de maternité ou un congé sans rémunération excédant quatre semaines (paragraphe 4.13 de l'annexe VI de l'Entente).

Le calendrier des jours fériés est également utilisé pour l'application du paragraphe 3.04 de l'annexe VI.

Lorsque la date du jour férié dans l'installation ou l'établissement est différente de celle du calendrier de la Régie, le médecin doit se conformer à la date déterminée dans son installation ou son établissement. L'installation ou l'établissement doit faire parvenir à la Régie avant le 1er mai de chaque année, la liste des jours fériés et leur date de célébration :

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

En plus des congés fériés prévus au présent paragraphe, les médecins exerçant en psychiatrie ou en toxicomanie dans les établissements ou parties d'établissements où le personnel a droit à cinq (5) jours ouvrables additionnels de congé ont droit également à ces cinq (5) jours additionnels de congé. Il en va de même pour le médecin qui exerce dans un établissement visé par l'entente particulière du Grand Nord ou par l'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la région du Nunavik (17), du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09).

Les congés prévus au sous-paragraphe précédent sont calculés au médecin au prorata des mois ouvrés.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **41**.*

Toute période d'invalidité de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation des cinq (5) jours additionnels de congé et ce, indépendamment de ce qui est prévu ci-dessus. Toutefois, pendant une période de retour progressif prévue au paragraphe 8.02 de la présente annexe, s'effectuant à compter du treizième (13) mois d'une période d'invalidité ou pendant une période de rééducation prévue au paragraphe 8.05 de la présente annexe, le médecin accumule des jours de congés additionnels pour le temps consacré à ses activités professionnelles.

3.02 Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement à moins d'accord à ce contraire entre le médecin et le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions. Les congés additionnels prévus au troisième sous-paragraphe du paragraphe 3.01 sont pris après accord entre le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, et le médecin concerné.

Toute modification aux dates des congés fériés ne peut, même si les périodes de référence ne sont pas les mêmes pour le personnel professionnel et pour le médecin, donner à ce dernier le droit à plus de treize (13) congés fériés par période de référence.

3.03 À l'occasion de la prise d'un congé férié, le médecin est rémunéré à raison de 1/5 du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24.

Il en est de même pour les autres congés prévus au troisième sous-paragraphe du paragraphe 3.01.

3.04 Lorsque le médecin est tenu d'exercer ses fonctions l'un de ces jours fériés ou lorsqu'il s'agit d'un médecin dont l'horaire régulier d'activités professionnelles ne coïncide pas avec la date d'un congé férié, son congé lui est accordé, à la date convenue entre le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, et le médecin concerné, dans la mesure où cette date se situe dans les quatre (4) semaines qui précèdent ou suivent le jour de congé férié et dans la mesure où ce report se situe dans la période du 1er mai au 30 avril au cours de laquelle ce congé est prévu.

Dans l'éventualité où il ne peut lui être accordé le congé férié dans les délais ci-haut prévus, le médecin est rémunéré pour chaque jour de congé férié non chômé à raison de un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.

3.05 Lorsque l'un de ces congés fériés survient pendant une invalidité n'excédant pas douze (12) mois, à l'exception des accidents du travail ou maladie professionnelle, le médecin ne perd pas ce congé férié.

En ce cas, la Régie verse au médecin la différence entre la prestation de l'assurance invalidité et la rémunération qu'il recevrait selon le paragraphe 3.03.

AVIS **:** *Pour les jours fériés en période d'invalidité, utiliser le code de congé* ***42****.*

3.06 Le présent paragraphe s'applique avec l'accord du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions.

Lorsqu'un médecin visé au troisième (3e) sous-paragraphe du paragraphe 3.01 a, en réserve, en date du 30 juin 1989, vingt (20) jours ou moins de congés fériés ou de congés additionnels accumulés aux termes des dispositions de l'annexe VI applicables antérieurement au 1er mai 1989, ces congés fériés et ces congés additionnels lui sont payés rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1er janvier 1989. Si le médecin a bénéficié de ces congés fériés et de ces congés additionnels, le paiement est ajusté selon la même formule.

Si le médecin visé au sous-paragraphe précédent a, en réserve, en date du 30 juin 1989, plus de vingt (20) jours de congés fériés ou de congés additionnels accumulés, les congés fériés et les congés additionnels en surplus des vingt (20) premiers constituent une réserve que le médecin doit utiliser à raison d'un minimum de dix (10) jours par année, à compter du 1er juillet 1989, jusqu'à concurrence du nombre total des jours ainsi accumulés en réserve. Lors de l'utilisation de ces jours de congés fériés et de ces jours de congés additionnels, le médecin est rémunéré pour chaque jour à raison de sept (7) heures s'il a qualité de plein temps ou à raison de trois heures et demie (3 1/2) s'il a qualité de demi-temps. Une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve pour chaque jour de congé férié ou pour chaque jour de congé additionnel ainsi pris.

Toutefois, lorsqu'un médecin non visé au troisième (3e) sous-paragraphe du paragraphe 3.01 a, en réserve, en date du 30 juin 1989, quinze (15) jours ou moins de congés fériés accumulés aux termes des dispositions de l'annexe VI applicables antérieurement au 1er mai 1989, ces congés fériés lui sont payés rétroactivement sur la base du traitement hebdomadaire calculé selon la formule prévue au paragraphe 1.24, sous réserve que la période-témoin de vingt (20) semaines soit celle identifiée par la Régie avant le 1er janvier 1989. Si le médecin a bénéficié de ces congés fériés, le paiement est ajusté selon la même formule.

Si le médecin visé au sous-paragraphe précédent a, en réserve, en date du 30 juin 1989, plus de quinze (15) jours de congés fériés accumulés aux termes des dispositions de l'annexe VI applicables antérieurement au 1er mai 1989, les congés fériés en surplus des quinze (15) premiers constituent une réserve que le médecin doit utiliser à raison d'un minimum de dix (10) jours par année, à compter du 1er juillet 1989, jusqu'à concurrence du nombre total des jours ainsi accumulés en réserve. Lors de l'utilisation de ces jours de congés fériés, le médecin est rémunéré pour chaque jour à raison de sept (7) heures s'il a qualité de plein temps ou à raison de trois heures et demie (3 1/2) s'il a qualité de demi-temps. Une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve pour chaque jour de congé férié ainsi pris.

3.07 Le médecin qui abandonne sa pratique en milieu psychiatrique ou qui quitte un établissement mentionné au troisième sous-paragraphe du paragraphe 3.01 est payé, pour tous les congés additionnels prévus au troisième sous-paragraphe du paragraphe 3.01 dans la mesure où ils n'ont pas été utilisés, selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe comme s'il les prenait alors.

De la même façon, le médecin est payé pour tous les congés acquis à chaque période du 1er mai au 30 avril de l'année subséquente s'il ne les a pas utilisés au terme de la période où il les a acquis.

Cependant, ce médecin a droit au report de ces congés si, dans les trois (3) mois de son départ, il avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ et le report est sujet aux règles de la période de référence mentionnée à l'alinéa précédent.

AVIS **:** *Voir l'avis sous le paragraphe 2.14.*

4.00 CONGÉS SPÉCIAUX ET CONGÉS SANS RÉMUNÉRATION

4.01 Le médecin a droit à :

a) cinq (5) jours de calendrier de congé à l'occasion du décès de son conjoint ou d'un enfant à charge au sens du paragraphe 6.02 b) de la présente annexe;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **50**.*

b) trois (3) jours de calendrier de congé à l'occasion du décès des membres suivants de sa famille : père, mère, frère, soeur, enfants (à l'exception de ceux prévus à l'alinéa précédent), beau-père, belle-mère, bru et gendre;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***51****.*

c) un (1) jour de calendrier de congé à l'occasion du décès de sa belle-soeur, de son beau-frère et de ses grands-parents.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***05****.*

Lors de décès mentionnés aux alinéas précédents, le médecin a droit à une journée additionnelle pour fins de transport si le lieu des funérailles se situe à deux cent quarante kilomètres (240 km) ou plus du lieu de résidence.

AVIS **:** *Inscrire l'information relative à cette journée additionnelle dans le champ* Renseignements complémentaires.

4.02 Les congés mentionnés au paragraphe 4.01 a) se computent à compter de la date du décès.

Ceux prévus au paragraphe 4.01 b) se prennent de façon continue entre la date du décès et celle des funérailles inclusivement.

Le congé prévu au paragraphe 4.01 c) se prend le jour des funérailles.

4.03 Lors des congés mentionnés au paragraphe 4.01, le médecin est rémunéré, pour chaque jour de congé, à raison de un cinquième (1/5) du traitement hebdomadaire établi selon la méthode prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe, sauf s'ils coïncident avec tout autre congé prévu dans la présente annexe.

De plus, seuls les jours pendant lesquels le médecin devait exercer ses fonctions sont payés en vertu du présent article.

4.04 Dans tous les cas, le médecin prévient le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, et produit, à la demande de ce dernier, la preuve ou l'attestation de l'événement.

4.05 Le médecin candidat à l'exercice d'une fonction de député, de maire, d'échevin ou de commissaire d'école, a droit à un congé sans rémunération de trente (30) jours précédant la date de l'élection. S'il est élu audit poste, il a droit à un congé sans rémunération pour la durée de son mandat, s'il s'agit d'un mandat exigeant une pleine disponibilité de sa part.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***54****.*

Au terme de son mandat, le médecin doit aviser l'établissement au moins trente (30) jours à l'avance de son désir de reprendre l'exercice de ses fonctions.

4.06 Le médecin appelé à agir comme juré ou témoin dans une cause où il n'est pas une des parties intéressées, reçoit, pendant la période où il est appelé à agir comme juré ou témoin, la différence entre son traitement et l'indemnité versée à ce titre par la Cour. Toutefois, il ne reçoit aucune rémunération s'il agit comme témoin-expert autrement que dans l'exercice de ses fonctions auprès de l'établissement.

À cet égard, le traitement s'établit pour chaque jour où il est appelé à agir comme juré ou témoin, selon la formule et aux conditions prévues au paragraphe 4.03.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***08****.*

S'il y a lieu, inscrire le montant de l'indemnité reçue dans la case appropriée. Joindre à la demande de paiement les pièces justificatives ou les documents complémentaires pertinents.

4.07 Le médecin a droit, sur demande adressée au chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, au médecin qui assume ces fonctions, au moins trente (30) jours à l'avance, à deux (2) semaines de congé sans rémunération, lors de son mariage.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***55****.*

4.08 Un médecin exerçant à honoraires fixes dans un établissement du secteur de la santé et des services sociaux peut, une fois par année, avec l'accord du chef du département de médecine générale ou du médecin qui le remplace ou son délégué, obtenir un congé sans rémunération déterminé selon les modalités suivantes :

ANNÉES DE SERVICE	**PÉRIODE MAXIMALE**
Moins de 2 ans	1 semaine
2 ans ou plus mais moins de 5 ans de service	2 semaines
5 ans ou plus mais moins de 10 ans de service	3 semaines
10 années de service ou plus	4 semaines

Le médecin qui exerce dans un établissement visé à l'entente particulière du Grand Nord peut, dès sa première année de service, obtenir un congé visé au présent paragraphe d'une durée de quatre (4) semaines.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***56****.*

4.09 L'attribution d'un congé au sens du paragraphe 4.08 requiert, au préalable, qu'il y ait dans l'établissement visé, maintien d'une dispensation adéquate des soins médicaux et implique, pour les médecins qui demeurent en fonction, l'obligation d'assurer le fonctionnement normal de l'établissement.

4.10 Après cinq (5) ans de service, le médecin a droit, après entente avec le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, sur les conditions entourant l'exercice de ce droit, et une fois par période de cinq (5) ans, à un congé sans rémunération d'une durée maximale de cinquante-deux (52) semaines. Ce congé inclut le congé prévu au paragraphe 4.08.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***57****.*

4.11 Le médecin obligé à suivre un cours de formation requis par la Corporation professionnelle des médecins du Québec ou le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de son établissement peut prendre un congé sans rémunération à cette fin.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***58****.*

4.12 Le médecin, après entente avec l'établissement, peut prendre un congé sans rémunération dont la durée est à déterminer par les parties. Aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire auquel on réfère dans la présente annexe, ce congé n'est pas réputé congé autorisé à l'exception de la prise d'un congé pour maladie, accident au cours d'une période où le médecin ne bénéficie pas des dispositions générales sur les régimes d'assurances et pour la prise d'un congé parental octroyé en vertu de la *Loi sur l'assurance emploi*. Toutefois, le congé parental inclut le congé prévu au paragraphe 4.08, si ce dernier n'a pas déjà été utilisé.

Pendant la durée de la présente entente, ou toute période visée par son extension, toute décision gouvernementale à l'effet d'octroyer ce congé parental en un congé spécifique bénéficie automatiquement, au médecin régi par la présente entente.

AVIS **:** *Pour le congé parental, utiliser le code de congé **60**.*

Transmettre à la Régie une copie de l'avis reçu de Ressources humaines et Développement des compétences Canada confirmant la durée et la date de début de vos prestations parentales.

*Pour les autres types de congé, utiliser le code de congé **20**.*

4.13 Les modalités suivantes s'appliquent à tout congé sans rémunération prévu dans la présente annexe dont la durée excède quatre (4) semaines :

a) **Vacances :**

Sous réserve des dispositions des deuxième et troisième sous-paragraphes du paragraphe 1.11 et des paragraphes 2.14 et 2.15, la Régie remet au médecin la rémunération correspondant aux jours de vacances accumulés jusqu'à la date de son départ en congé. L'accumulation des vacances est interrompue pendant toute la durée du congé sans rémunération mais non l'accumulation du service;

b) **Régime de retraite :**

Le médecin, durant son congé, ne contribue pas au régime de retraite, mais il peut, dans certains cas et sous réserve de l'alinéa suivant, racheter certains congés sans rémunération selon les modalités prévues à la Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP, RRPE); toutefois, il ne peut retirer ses contributions avant son départ définitif.

Dans le cas du congé prévu au paragraphe 4.10 ci-dessus, la période prévue au paragraphe 1.24 1 B) a) pour le calcul du traitement hebdomadaire est de cinquante-deux (52) semaines plutôt que de vingt (20) semaines.

c) **Exclusion :**

Sauf les dispositions des alinéas a) et b) du présent paragraphe, le médecin, durant son congé sans rémunération, n'a pas droit aux bénéfices de la présente annexe, sous réserve de son droit de réclamer des bénéfices acquis antérieurement, des paragraphes 4.14 et 6.21 de la présente annexe et des dispositions prévues aux articles 22.00 à 28.00 de l'Entente.

4.14 Au retour de son congé sans rémunération, le médecin reprend ses activités professionnelles.

4.15 Lorsqu'un médecin est autorisé à prendre un congé sans rémunération prévu à l'Entente ou à la présente annexe, il doit aviser la Régie de la date du début et de la date prévue de terminaison de ce congé au plus tard un (1) mois après le début de ce congé.

AVIS **:** *Aviser la Régie par écrit dans un délai de 30 jours suivant la date du début de ce congé.*

5.00 PERFECTIONNEMENT

5.01 Le médecin a droit à dix jours par année afin de perfectionner sa formation professionnelle. Ces jours de perfectionnement doivent s'effectuer dans le cadre du programme de perfectionnement ou de formation médicale continue ou dans le cadre d'un congrès de perfectionnement. Ces jours sont octroyés au prorata des mois durant lesquels le médecin a exercé des activités professionnelles dans l'année. Aux fins de ce paragraphe, si l'activité se déroule en webdiffusion en direct, la plateforme de webdiffusion est en mesure de confirmer et d'émettre une preuve de la présence en ligne du médecin et de sa durée pendant la période de formation.

AVIS **:** *Pour les congés de perfectionnement, utiliser le code de congé **09**.*

La Régie déduit le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles dans l'ordre suivant :

*- **09** congé de perfectionnement;*

*- **11** congé de perfectionnement reporté.*

Le médecin en est informé sur son état de compte.

Toutefois, le médecin peut, deux fois par année, avec l'accord préalable du Comité consultatif sur la répartition, se prévaloir d'un séjour de ressourcement dispensé à l'extérieur du Québec, que le médecin y assiste en présence ou en webdiffusion en direct. Par définition, une activité de formation continue dispensée à l'extérieur du Québec est une activité organisée par un organisme médical reconnu et accrédité par les autorités compétentes dans la province ou le pays concerné.

Toute période d'invalidité de plus de douze (12) mois interrompt l'accumulation de jours de perfectionnement et ce, indépendamment de ce qui est prévu ci-dessus.

Toutefois, pendant une période de retour progressif prévue au paragraphe 8.02 de la présente annexe, s'effectuant à compter du treizième (13) mois d'une période d'invalidité ou pendant une période de rééducation prévue au paragraphe 8.05 de la présente annexe, le médecin accumule des jours de perfectionnement pour le temps consacré à ses activités professionnelles.

5.02 Si le médecin n'a pas utilisé la totalité des jours de perfectionnement pour une année, il peut reporter à l'année suivante et pour cette seule année, le nombre de jours de perfectionnement qu'il n'a pas utilisé s'il en fait la demande au chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, au médecin qui assume ces fonctions. Le maximum ainsi reporté ne doit jamais dépasser dix (10) jours.

AVIS **:** *La Régie reporte les jours de perfectionnement non utilisés sans que le médecin en fasse la demande.*

Les jours reportés non utilisés ne peuvent pas être reportés une deuxième année consécutive. Seuls les crédits non utilisés de l'année en cours peuvent être reportés à l'année suivante.

5.03 Le médecin doit, pour telle absence, obtenir au préalable la permission écrite du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions, et lui fournir à son retour la justification de son absence.

5.04 Lors d'un jour de perfectionnement, le médecin reçoit son traitement, sauf si ce jour coïncide avec un congé prévu dans la présente annexe à l'exception d'un congé férié, selon la méthode établie au paragraphe 1.24 et selon la procédure prévue à l'article 19.02 de l'entente générale.

Le médecin doit fournir à la Régie les pièces justificatives attestant sa participation dont, s'il s'agit d'une formation en webdiffusion, la confirmation de sa présence en ligne et de sa durée, et ce, au plus tard trois mois après la prise du jour de perfectionnement ou lors de sa facturation.

5.05 Si un jour férié prévu à l'article 3.00 coïncide avec un jour de perfectionnement du médecin, celui-ci bénéficie d'une remise du jour férié selon les dispositions du paragraphe 3.04.

5.06 Si, dans le cadre du paragraphe 5.01, le médecin participe à un congrès à titre de représentant de l'établissement et à la demande expresse de l'établissement, il a droit au remboursement des frais afférents à sa participation selon les normes en vigueur dans le secteur de la santé et des services sociaux.

5.07 Le médecin qui cesse d'exercer sa profession dans un établissement ne reçoit aucune indemnité pour les jours de perfectionnement qu'il n'a pas utilisés au moment de son départ.

Cependant, il a droit au report des jours non utilisés qui ont été acquis dans l'année en cours au moment de son départ si, dans les trois (3) mois de son départ, il avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement où s'applique le présent article 5. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ. Si la reprise des activités professionnelles s'effectue dans la même année que celle du départ, le report est soumis aux règles prévues au paragraphe 5.02. Si la reprise des activités professionnelles s'effectue dans l'année suivant celle du départ, les jours reportés doivent être utilisés dans l'année de la reprise par le médecin de ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes et ne peuvent être reportés une deuxième année consécutive.

6.00 DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE

6.01 Sous réserve de l'alinéa c), le médecin bénéficie, en cas de décès, maladie ou accident, des avantages prévus aux articles suivants, à compter de la date indiquée ci-après :

a) le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente : après un (1) mois de service;

AVIS **:** *Le médecin exerçant à temps plein devient admissible après un mois de service continu et une facturation équivalente à 4 semaines selon l'avis de service.*

b) le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est de moins de vingt-sept (27) heures et le médecin à demi-temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte dix-sept heures et demie (17 1/2) tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente : après trois (3) mois de service;

AVIS **:** *Le médecin exerçant à demi-temps ainsi que celui exerçant à temps plein dont la période régulière d'activités professionnelles est de moins de 27 heures devient admissible après 3 mois de service continu et une facturation équivalente à 13 semaines selon l'avis de service.*

c) dans le cas d'un médecin qui opte pour le mode de rémunération à honoraires fixes après le 30 juin 2000 et qui devient invalide ou décède, les bénéfices prévus au présent article et aux articles 7.00 et 8.00 de la présente annexe ne s'appliquent pas si l'invalidité ou le décès survient à la suite d'une maladie dont les symptômes ont fait l'objet d'une consultation médicale et d'un diagnostic confirmant la maladie et cela avant la prise d'effet des bénéfices selon les alinéas a) et b) du présent paragraphe. Aucune prestation d'invalidité ni d'assurance-vie n'est alors versée.

Toutefois, ces exclusions ne s'appliquent pas si une telle invalidité ou le décès survient après une période de vingtquatre (24) mois d'assurance.

Lorsque le médecin quitte un établissement, il n'est pas assujetti à l'application des alinéas précédents s'il avise la Régie, dans les trois (3) mois de son départ, qu'il est de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ.

6.02 Aux fins des présentes, on entend par:

A) Personne à charge, le conjoint ou l'enfant à charge d'un médecin tel que défini ci-après :

a) **conjoint :** une personne liée à l'adhérent par un mariage légalement reconnu ou, si l'adhérent la désigne par écrit à l'assureur, une personne qu'il présente publiquement comme conjoint, avec qui il fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, avec qui il fait régulièrement vie commune depuis au moins un an étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas d'un mariage non légalement reconnu. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme conjoint.

b) **enfant à charge :** un enfant du médecin, de son conjoint ou des deux, non marié et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend du médecin pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

est âgé de moins de dix-huit (18) ans;

est âgé de vingt-cinq (25) ans ou moins et fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue;

quel que soit son âge, s'il a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date;

B) Date de la retraite : la date du premier versement de la pension du médecin en vertu du régime de retraite RREGOP, lequel prévoit que la retraite débute le jour où il prend sa retraite ou au plus tard lorsqu'il atteint 71 ans.

C) Période d'assurance : sous réserve du dernier alinéa du paragraphe 6.01 de la présente annexe, la période d'assurance s'entend de toute période d'assurance continue ou de périodes successives séparées par moins de douze (12) mois.

6.03 Par invalidité, on entend un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une complication grave d'une grossesse, nécessitant des soins médicaux et qui rend le médecin totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de ses fonctions ou de fonctions analogues et comportant une rémunération de niveau similaire, peu importe sa provenance.

6.04 Une période d'invalidité est toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de quinze (15) jours d'activités professionnelles à moins que le médecin n'établisse à la satisfaction de l'établissement ou de son mandataire ou de la Régie qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

AVIS **:** *Toute nouvelle période d'invalidité est considérée comme une seule période si elle est séparée par moins de 15 jours d'activités professionnelles (3 semaines de calendrier), à moins que le médecin avise la Régie que cette nouvelle période d'invalidité est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.*

6.05 Une période d'invalidité n'est pas reconnue comme une période d'invalidité aux fins des présentes, si elle résulte :

a) de la participation à un voyage aérien par l'exercice de toute fonction s'y rattachant notamment en tant que membre de l'équipage de l'appareil;

b) d'une guerre déclarée ou non ou de service dans les forces armées;

c) de mutilation, maladie, blessure, volontairement causée;

d) de participation active à une émeute, une insurrection ou à des actes criminels;

e) d'alcoolisme ou autre toxicomanie.

Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle le médecin est sous traitement dans un centre hospitalier ou établissement pour alcooliques ou toxicomanes est reconnue comme une période d'invalidité; de même est reconnue comme une période d'invalidité, une cure ouverte résultant d'une ordonnance médicale et d'une durée maximale totale de trois (3) semaines au cours d'une période de douze (12) mois consécutifs.

Alcoolisme et toxicomanie désignent l'intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se dispenser d'alcool ou de la drogue sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non pas le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre.

6.06 En contrepartie de la contribution de la Régie aux prestations d'assurance prévues ci-après, la totalité du rabais consenti par Développement des Ressources humaines Canada dans le cas d'un régime enregistré est acquise à la Régie.

6.07 Les parties conviennent de former avec diligence un comité paritaire de quatre (4) personnes dont deux (2) représentants sont désignés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et deux (2) représentants par le Ministre. Ce comité se met à l'oeuvre dès sa formation et est responsable de l'implantation et de l'application des régimes complémentaires d'assurance prévus aux présentes.

6.08 Les représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ceux du Ministre disposent chacun d'un vote. En cas d'égalité des votes, la mésentente est entendue par un arbitre seul désigné par les parties parmi la liste prévue au paragraphe 26.02 de l'entente générale.

6.09 L'arbitrage prévu au paragraphe précédent procède par voie sommaire.

L'audition de la mésentente soumise à cette procédure devrait se limiter à une journée.

L'arbitre doit entendre le litige au fond avant de rendre une décision sur une objection préliminaire, à moins qu'il puisse disposer de cette objection sur-le-champ; il doit ultérieurement sur demande de l'une ou l'autre des parties, motiver sa décision par écrit. Aucun document ne peut être déposé après la fin de l'audition, sauf la jurisprudence et ceci, dans un délai maximum de cinq (5) jours.

L'arbitre doit tenir l'audition dans les quinze (15) jours de la date où il a accepté d'agir et doit rendre sa décision par écrit dans les quinze (15) jours suivant l'audition.

La décision de l'arbitre constitue un cas d'espèce.

La décision de l'arbitre est finale et elle lie les parties.

6.10 Le Ministre et la Régie participent à la mise en place et à l'application des régimes complémentaires d'assurance ci-après, notamment en effectuant la retenue des cotisations requises.

6.11 Deux (2) ou plusieurs comités paritaires peuvent choisir de se regrouper et d'opérer comme un seul comité paritaire. En ce cas, les médecins et autres personnes couverts par ces comités constituent un seul groupe pour fins d'assurance. Un comité paritaire qui a choisi de se regrouper ne peut se retirer du groupe qu'à un anniversaire du contrat d'assurance subordonnément à un préavis écrit de quatre-vingt-dix (90) jours aux autres comités paritaires. En cas de désaccord entre les parties sur le fait de se regrouper, le statu quo est maintenu.

6.12 Le comité doit déterminer les dispositions des régimes complémentaires d'assurance, préparer un cahier des charges et obtenir un ou des contrats d'assurance groupe couvrant l'ensemble des participants aux régimes. À cette fin, le comité peut procéder par appel d'offres ou selon toute autre méthode qu'il détermine; à défaut d'unanimité à cette fin au sein du comité, il y a appel d'offres à toutes les compagnies d'assurance ayant leur siège social au Québec.

6.13 Le comité doit procéder à une analyse comparative des soumissions reçues, le cas échéant, et après avoir arrêté son choix, transmettre à chacune des parties tant le rapport de l'analyse que l'exposé des motifs qui militent en faveur de son choix. L'assureur choisi peut être un assureur seul ou groupe d'assureurs agissant comme un assureur seul.

Le cahier des charges doit stipuler que le comité peut obtenir de l'assureur un état détaillé des opérations effectuées en vertu du contrat, diverses compilations statistiques et tous les renseignements nécessaires à la vérification du calcul de la rétention.

Le comité doit aussi pouvoir obtenir de l'assureur, moyennant des frais raisonnables qui s'ajoutent à ceux prévus par la formule de rétention, tout état ou compilation statistique additionnel utile et pertinent que peut lui demander une partie. Le comité fournit à chaque partie une copie des renseignements ainsi obtenus.

6.14 De plus, advenant qu'un assureur choisi par le comité modifie en tout temps les bases de calcul de sa rétention, le comité peut décider de procéder à un nouveau choix; si l'assureur cesse de se conformer au cahier des charges ou encore modifie substantiellement son tarif ou les bases de calcul de sa rétention, le comité est tenu de procéder à un nouveau choix. Une modification est substantielle si elle modifie la position relative de l'assureur choisi par rapport aux soumissions fournies par les autres assureurs.

6.15 Tout contrat doit être émis conjointement au nom des parties et comporter entre autres les stipulations suivantes :

a) une garantie que ni les facteurs de la formule de rétention, ni le tarif selon lesquels les primes sont calculées, peuvent être majorés avant le 1er janvier qui suit la fin de la première année complète d'assurance, ni plus fréquemment qu'à tous les douze (12) mois par la suite;

b) l'excédent des primes sur les indemnités ou remboursement payés aux assureurs doit être remboursé par l'assureur à titre de dividendes ou de ristournes, après déduction des montants convenus suivant la formule de rétention préétablie pour contingence, administration, réserves, taxes, profit et les honoraires de l'arbitre prévu au paragraphe 6.08;

c) la prime pour une période est établie selon le tarif qui est applicable au participant au premier jour de la période;

d) aucune prime n'est payable pour une période au premier jour de laquelle le médecin n'est pas un participant; de même, la pleine prime est payable pour une période au cours de laquelle le médecin cesse d'être un participant.

6.16 Le comité paritaire confie au Ministre l'exécution des travaux requis pour la mise en marche et l'application des régimes complémentaires d'assurance; ces travaux sont effectués selon la directive du comité. Le Ministre a droit au remboursement des coûts encourus.

6.17 Le surplus résultant de l'expérience favorable des régimes complémentaires obligatoires est partagé de la façon suivante :

1. celui accumulé au 31 décembre 1987 appartient en totalité au Gouvernement du Québec;
2. celui accumulé après le 31 décembre 1987 est, par période annuelle, partagé entre le Gouvernement du Québec et les médecins participants selon leur participation respective, la totalité appartenant au Gouvernement du Québec si les médecins n'y ont pas contribué.

Lorsque, en vertu de ce qui précède, l'assureur doit effectuer des remboursements, il les fait par chèques émis à l'ordre du Ministre des Finances du Québec et, le cas échéant, à l'ordre des médecins participants.

6.18 Les membres du comité paritaire n'ont droit à aucun remboursement de dépenses ni à aucune rémunération pour leurs services à ce titre, mais ils ont droit, s'ils sont médecins à honoraires fixes dans un établissement, à leur traitement. Le médecin est rémunéré pour chaque jour ou pour chaque demi-jour à raison de un cinquième (1/5) ou de un dixième (1/10), selon le cas, du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **70**.*

6.19 Lorsque le médecin cesse ses activités professionnelles par suite d'un congé sans rémunération de plus d'un (1) mois, les présents régimes d'assurance demeurent en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par le médecin. Le médecin informe par écrit la Régie et son assureur de son intention de continuer de bénéficier des régimes d'assurance en cause. Sur réception de la facturation qui lui est transmise par la Régie à cette fin, le médecin en effectue le paiement dans les trente (30) jours de la date de réception de ladite facturation.

Si l'assurance d'un médecin qui bénéficie d'un congé sans rémunération demeure en vigueur, le montant d'assurance vie, le montant de la rente de survivants, le montant de la rente en cas d'invalidité et le coût de ces assurances sont établis sur le traitement annuel du médecin au moment de son départ. Ce traitement annuel est calculé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.12 de la présente annexe, sans toutefois être majoré si une majoration de l'échelle de rémunération survient pendant la durée de ce congé sans rémunération; le traitement hebdomadaire ainsi calculé est ensuite multiplié par cinquante-deux (52).

Toutefois, le médecin qui désire maintenir la garantie du régime complémentaire optionnel doit également maintenir l'assurance de ses garanties du régime complémentaire obligatoire.

Dans tous les cas, le médecin doit en faire la demande à la Régie et à son assureur avant la date du début de son absence.

Aucune prestation d'assurance invalidité n'est versée avant la date prévue de la terminaison du congé sans rémunération.

AVIS **:** *Pour maintenir les régimes d'assurance en vigueur, il est obligatoire de respecter le délai mentionné.*

6.20 Le coût du régime uniforme d'assurance vie et d'assurance invalidité de base est à la charge de la Régie. Sous réserve des dispositions du paragraphe 6.23, est également à la charge de la Régie, le coût de la rente de survivants.

6.21 En outre, au taux établi au paragraphe 6.22 ci-après, la Régie fournit une contribution pour les régimes d'assurance complémentaires obligatoires. Le solde du coût des régimes d'assurance complémentaires obligatoires est à la charge du médecin. Cependant, la totalité du coût du régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire est à la charge du médecin.

6.22 Sous réserve du paragraphe 6.23, la contribution de la Régie est, pour une année civile donnée, de 1,95 %.

6.23 La Régie paie, pour une année civile donnée, le coût réel de la rente du survivant. Ce coût est de 1,05 % du traitement annuel du médecin. S'il advient que ce pourcentage est modifié, le pourcentage paraissant au paragraphe 6.22 est modifié de telle façon que le taux de la contribution gouvernementale aux régimes d'assurance complémentaires obligatoires et de la contribution au coût de la rente du survivant soit de 3 % du traitement annuel du médecin.

6.24 Les avantages prévus aux régimes complémentaires obligatoires et optionnels d'assurance de la présente annexe sont applicables à la condition que le comité paritaire puisse choisir un assureur acceptant d'offrir ces avantages à des conditions jugées raisonnables par le comité. Dans le cas contraire, les avantages de ces régimes complémentaires sont ceux convenus entre le comité paritaire et l'assureur choisi.

6.25 Aux fins du présent article 6.00, le traitement annuel est calculé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe, sous réserve des dispositions des paragraphes 6.18 et 6.19; ce traitement hebdomadaire est ensuite multiplié par cinquante-deux (52).

7.00 DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SUR LA VIE

7.01 Régime uniforme d'assurance vie

Le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente, bénéficie d'un montant de six mille quatre cents dollars (6 400 $) d'assurance vie après un (1) mois de service.

Le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est inférieure à vingt-sept (27) heures et le médecin à demi-temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte dix-sept heures et demie (17 1/2) tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente, bénéficient d'un montant de trois mille deux cents dollars (3 200 $) d'assurance vie après trois (3) mois de service.

Un médecin ne peut toutefois en aucun cas bénéficier d'une assurance vie de plus de six mille quatre cents dollars
(6 400 $).

Le médecin participe au régime uniforme d'assurance vie jusqu'à :

i) la date de terminaison de ses fonctions;

ii) la date de sa retraite.

7.02 Régime de rente de survivants

a) Le présent régime accorde une rente annuelle viagère de conjoint, laquelle est égale initialement à trente-cinq pour cent (35 %) du traitement annuel du médecin lors de son décès. Le montant initial de cette rente est réduit du montant initial de la rente de veuf ou de veuve payable en vertu du Régime de rentes du Québec;

b) Le présent régime complémentaire accorde également une rente annuelle d'enfant à charge, laquelle est égale initialement à quinze pour cent (15 %) du traitement annuel du médecin lors de son décès pour le premier enfant à charge et de dix pour cent (10 %) pour chacun des autres enfants à charge. Cette rente est payable aux enfants à charge ou au tuteur et distribuée au prorata;

c) Le montant initial maximum de la somme de la rente de veuf ou de veuve payable en vertu du Régime de rentes du Québec et des rentes prévues à a) et b) ci-dessus ne peut excéder cinquante pour cent (50 %) du traitement annuel du médecin au moment de son décès;

d) Le montant initial de la rente de conjoint et d'enfant à charge est réduit, le cas échéant, de telle sorte que le montant initial de cette rente et de toute rente de même nature payée en vertu d'un régime de retraite et d'un régime d'assurance auxquels la Régie contribue ne soit pas supérieur à quatre-vingt-dix pour cent (90 %) du traitement annuel du médecin lors de son décès;

e) Les bénéfices consentis au médecin sous le présent régime complémentaire se terminent à la première des dates suivantes :

i) trente-et-un (31) jours suivant la terminaison de ses fonctions;

ii) la date de la retraite.

AVIS **:** *Le sous-paragraphe f) est abrogé par l'*Amendement n° 75.

g) Les rentes de conjoint et d'enfant à charge sont indexées annuellement selon les mêmes modalités que les rentes payables présentement en vertu du Régime de rentes du Québec. L'indexation annuelle ne peut cependant excéder trois pour cent (3 %).

7.03 Régime complémentaire obligatoire

a) Le médecin bénéficie également, à titre de régime complémentaire obligatoire d'assurance sur la vie, d'une prestation, constituant un capital assuré payable au décès égale à une fois son traitement annuel lors de son décès. Cette prestation est toutefois réduite du montant payable en vertu du régime uniforme d'assurance vie et de la rente payable au conjoint et aux enfants à charge pour la première année selon le paragraphe 7.02 ci-dessus;

b) Le médecin jouit du droit de transformation pendant les trente-et-un (31) jours qui suivent la terminaison de ses fonctions pour toute cause autre que la mise à la retraite ou l'invalidité, aucune preuve d'assurabilité n'étant requise à ce moment. Le capital assuré en vertu de ce droit ne peut excéder une somme égale à deux (2) fois le traitement annuel du médecin, sujet aux conditions exigées par l'assureur et au maximum accordé par l'assureur; cette transformation peut être effectuée en assurance permanente ou temporaire à soixante-cinq (65) ans;

c) l'assurance d'un médecin sous le présent régime complémentaire se termine à la première des dates suivantes :

i) trente et un (31) jours suivant la terminaison de ses fonctions, sauf pour invalidité tel que prévu à l'article 8.02 j);

ii) date de la retraite.

7.04 Régime complémentaire optionnel

a) Sous réserve des exigences des assureurs, le médecin peut obtenir à ses frais un montant supplémentaire d'assurance, de façon facultative, lequel s'ajoute à l'assurance obligatoire précédemment décrite, de la façon suivante :

i) pour le médecin :	une ou deux fois son traitement annuel
ii) pour la famille : le conjoint	un montant d'assurance vie variant entre une (1) et cinq (5) tranches de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 50 000 $
iii) chaque enfant à charge :	un montant d'assurance vie de 5 000 $

AVIS **:** *Transmettre à la Régie le formulaire prescrit par l'assureur.*

b) L'assurance vie supplémentaire du médecin se termine à la première des dates suivantes :

i) la date de terminaison de ses fonctions;

ii) la date de la retraite.

L'assurance pour la famille se termine à la date de terminaison de l'assurance vie supplémentaire du médecin. Le médecin pourra toutefois convertir son assurance et celle de sa famille en assurance permanente aux conditions de l'assureur.

7.05 Les contrats d'assurance relatifs aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vie doivent contenir entre autres les dispositions suivantes :

a) le médecin bénéficie également, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité, de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance-vie pour une période de deux (2) ans sous réserve de la date de la prise de la retraite, si l'invalidité débute après 63 ans. Dans le cas où elle débute avant 63 ans, l'exonération s'applique jusqu'à 65 ans sous réserve de la date de la prise de la retraite.

Le médecin bénéficie aussi, selon les modalités prévues à l'alinéa précédent, d'une exonération des cotisations au régime de retraite.

b) 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 lock-out l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par le médecin.

7.06

a) Aux fins du présent article 7.00, le traitement annuel se calcule à partir du traitement hebdomadaire du médecin au moment de son décès, lequel est obtenu en utilisant la formule prévue au paragraphe 1.12 de la présente annexe, sans toutefois être majoré si une majoration de l'échelle de rémunération survient après le décès du médecin, à moins que cette majoration ne prenne effet rétroactivement avant la date du décès du médecin. Ce traitement hebdomadaire est ensuite multiplié par cinquante-deux (52);

b) Si le médecin décède durant la période d'invalidité de base, le traitement annuel se calcule de la même manière que celle décrite à l'alinéa a) ci-dessus; dans le cas où le décès survient en période d'invalidité de longue durée, ce traitement annuel toujours calculé de la même manière est indexé le 1er janvier de chaque année depuis la fin de la cent quatrième (104e) semaine d'invalidité jusqu'à la date du décès du médecin, et ce, de la même façon que la rente de retraite du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence de quatre pour cent (4 %) par année.

8.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ

8.01 Système de congés de maladie

a) La réserve de jours de congés-maladie accumulés par un médecin jusqu'à la mise en vigueur des nouveaux régimes d'assurance peut être utilisée, en fonction du traitement du médecin lors de l'utilisation de ces jours, de la façon prévue ci-après :

i) utilisation pour rachat d'années de service non cotisées au RREGOP (section IX de la Loi), ou pour fins de préretraite.

Dans ce cas, la banque de congés-maladie est utilisable au complet, de la façon suivante :

d'abord, les soixante (60) premiers jours à leur pleine valeur; et

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***15****.*

ensuite, l'excédent de soixante (60) jours, sans limite, à la moitié de leur valeur;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé* ***16****.*

ii) lors de la terminaison des fonctions et lors du décès, les jours de congés-maladie monnayables accumulés lui sont payés jour par jour jusqu'à concurrence de soixante (60) jours ouvrables. L'excédent des soixante (60) jours ouvrables de congés-maladie accumulés lui sont payés à raison d'une demi-journée (1/2) ouvrable par jour ouvrable accumulé jusqu'à concurrence de trente (30) jours ouvrables. Le maximum de jours monnayables au départ ne peut excéder en aucun cas quatre-vingt-dix (90) jours ouvrables;

iii) comblement de la différence entre quatre-vingt-douze pour cent (92 %) du traitement hebdomadaire du médecin établi selon la méthode prévue au paragraphe 8.02 i) et la prestation d'assurance invalidité prévue au paragraphe 8.02 a). Durant cette période, la réserve de congés-maladie est réduite proportionnellement au montant ainsi payé;

AVIS **:** *Aviser la RAMQ pour chaque période de facturation en précisant les dates.*

b) Les jours de congés de maladie de cette réserve ont une valeur de sept (7) heures par jour si le médecin a qualité de plein temps et une valeur de trois heures et demie (3 1/2) s'il a qualité de demi-temps. Pour chaque jour utilisé aux termes de l'alinéa précédent, une déduction du même ordre est effectuée en termes d'heures sur cette réserve.

8.02 Régime d'assurance invalidité de base

AVIS **:** *Durant une période d'invalidité, porter attention aux jours fériés et au comblement de la différence de traitement hebdomadaire.*

Voir les paragraphes 3.05 et 8.01 a) iii) de l'annexe VI de l'Entente.

a) i) Sous réserve des présentes dispositions, un médecin a droit pour toute période d'invalidité durant laquelle il s'absente de ses fonctions, à une prestation égale à cent pour cent (100 %) de son traitement hebdomadaire pendant les trois (3) premières semaines d'invalidité; par la suite, le médecin reçoit quatre-vingt pour cent (80 %) de son traitement hebdomadaire durant les cent une (101) semaines suivantes; le paiement de cette prestation cesse à la date de la retraite. Toutefois, aucune prestation n'est payable pour les deux (2) premiers jours de toute période d'invalidité au-delà de la deuxième (2e) au cours d'une même année;

AVIS **:** *Utiliser le code de congé :*

*- **10** pour une invalidité de moins de 5 jours;*

*- **71** pour une invalidité de 5 jours et plus.*

*Lors de la facturation d'activités, inscrire **1.00** dans le champ* Durée (jours). *La RAMQ calculera l'ajustement approprié.*

ii) À compter de la cinquième (5e) semaine d'invalidité au sens du paragraphe 6.03, un médecin qui reçoit des prestations d'assurance invalidité peut, à sa demande et sur recommandation de son médecin traitant et après entente avec l'établissement, bénéficier d'une ou de plusieurs périodes de retour progressif tout en continuant d'être assujetti au régime d'assurance invalidité pourvu que, pendant cette période, il accomplisse des activités professionnelles découlant de son statut et de ses privilèges.

Durant cette période, le médecin a droit d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré à ses activités professionnelles et d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ses activités professionnelles. La proportion s'établit par rapport au nombre moyen d'heures consacrées à ses activités professionnelles par semaine, tant en période régulière d'activités professionnelles qu'en période de garde sur place, le cas échéant, que l'on a observé durant la période de vingt (20) semaines qui a servi à établir le traitement hebdomadaire du médecin aux fins de déterminer sa prestation d'assurance invalidité.

La période de retour progressif n'excède pas normalement six (6) mois consécutifs et ne peut avoir pour effet de prolonger l'invalidité totale au-delà de cent quatre (104) semaines. Le médecin peut mettre fin à son retour progressif avant la fin de la période convenue, sur présentation d'un certificat médical de son médecin traitant. En outre, à la fin de la période de retour progressif, le médecin peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est pas invalide. Si son invalidité persiste, le médecin continue à recevoir sa prestation tant qu'il est admissible.

À la fin de la période de réadaptation, le médecin peut reprendre ses activités professionnelles s'il n'est pas invalide. Si son invalidité persiste, le médecin continue de recevoir sa prestation tant qu'il est admissible. En outre, malgré les dispositions qui précèdent, le médecin peut, après une période minimale de quatre (4) mois d'invalidité continue, participer au programme de réadaptation convenu entre l'assureur et le comité paritaire selon le plan de réadaptation qui lui est proposé. Il continue d'être assujetti au régime d'assurance invalidité. Durant cette période de réadaptation, il a droit, d'une part, à son traitement hebdomadaire pour la proportion du temps consacré aux activités professionnelles de réadaptation prévues à son plan et, d'autre part, à la prestation qui lui est applicable pour la proportion du temps non consacré à ces activités professionnelles conformément au 2e paragraphe du présent sous-alinéa.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **72** pour chaque jour de retour progressif même si, pour un jour donné, il y a des heures travaillées.*

*Inscrire **1.00** dans le champ* Durée (jours) *pour chaque jour d'invalidité, peu importe le nombre d'heures inscrit à l'avis de service (35 h ou moins).*

Dès que le médecin est en retour progressif ou qu'il profite d'un plan de réadaptation, inscrire 5 jours par semaine. La RAMQ calculera l'ajustement approprié.

Lorsque la période de retour progressif est terminée, indiquer la date de fin dans le champ Renseignements complémentaires.

Pour profiter du plan de réadaptation, transmettre l'information dans les meilleurs délais :

Par la poste

Direction de l'application des ententes

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 643-7585

iii) Sous réserve du paragraphe 8.07, durant toute sa période d'invalidité, qu'il bénéficie ou non d'une période de retour progressif, le médecin a droit de recevoir de la Régie toute autre rémunération, indemnité, prestation ou congé payé que la prestation prévue à l'alinéa i) ou que la prestation et la rémunération prévues à l'alinéa ii).

b) Le montant de la prestation se fractionne, le cas échéant, à raison de un cinquième (1/5) du montant prévu pour une (1) semaine complète par jour d'invalidité au cours de la semaine normale d'activités professionnelles, laquelle ne peut, pour les fins des présentes, excéder en aucun cas cinq (5) jours. Aucune prestation n'est payable durant un retrait de services sauf pour une invalidité ayant commencé antérieurement;

c) Le versement des prestations payables est effectué directement par la Régie, mais sujet à la présentation par le médecin des pièces justificatives raisonnablement exigibles;

d) Quelle que soit la durée de l'absence, qu'elle soit indemnisée ou non et qu'un contrat d'assurance soit souscrit ou non aux fins de garantir le risque, l'établissement, son mandataire, la Régie ou l'assureur peut vérifier le motif de l'absence et contrôler tant la nature que la durée de l'invalidité;

e) De façon à permettre cette vérification, le médecin doit aviser sans délai l'établissement et la Régie lorsqu'il ne peut exercer ses fonctions en raison de maladie et lui soumettre promptement les pièces justificatives requises visées à l'alinéa c); l'établissement, son mandataire ou la Régie peut exiger une déclaration du médecin traitant sauf dans les cas où, en raison des circonstances, aucun médecin n'a été consulté; il peut également faire examiner le médecin relativement à toute absence, le coût de l'examen n'étant pas à la charge de ce dernier;

AVIS **:** *Pour une invalidité de 5 jours ou plus :*
- remplir le formulaire Demande de prestations – Assurance invalidité *(3912);*
- faire remplir par le médecin traitant le formulaire Demande initiale – Invalidité *(3913).*

Transmettre les formulaires :
Par la poste
Direction des affaires professionnelles
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Lors d'une période d'invalidité prolongée, faire remplir par le médecin traitant le Rapport d'évolution – Invalidité *(3914).*

f) La vérification peut être faite sur base d'échantillonnage de même qu'au besoin lorsque, compte tenu de l'accumulation des absences, l'établissement ou son mandataire ou la Régie le juge à propos. Advenant que le médecin ait fait une fausse déclaration ou que le motif de l'absence soit autre que la maladie, le médecin perd le bénéfice de l'assurance invalidité quant à cette réclamation;

g) Si, en raison de ses maladies ou de ses blessures, le médecin n'a pu aviser l'établissement ou la Régie dans les délais ou lui soumettre promptement les preuves requises, il doit le faire dès que possible;

h) S'il y a refus de paiement en raison de l'inexistence ou de la cessation présumée de l'invalidité, le médecin peut en appeler de la décision selon la procédure normale de différend;

i) Le traitement hebdomadaire utilisé aux fins du calcul de la prestation déterminée à l'alinéa a) du présent paragraphe est établi selon la formule prévue au paragraphe 1.12 de la présente annexe. Toutefois, lorsqu'une période d'invalidité est inférieure à cinq (5) jours, le traitement hebdomadaire utilisé aux fins du calcul de la prestation est établi selon la formule prévue au paragraphe 1.24 de la présente annexe. Si, par ailleurs, la période d'invalidité comprend la date de majoration de l'échelle de rémunération, le traitement hebdomadaire évolue à cette date selon l'échelle alors applicable. Il en est de même lors d'un avancement d'échelon.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé :*

- ***10*** *pour une invalidité de moins de 5 jours;*
- ***71*** *pour une invalidité de 5 jours et plus.*

j) Le médecin bénéficie, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée auquel il participe sans perte de droit et ce, jusqu'à 65 ans en autant que l'invalidité débute avant 63 ans.

8.03 Régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée

a) Lorsqu'un médecin devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit, après l'expiration d'une période d'attente de deux (2) ans, à une rente mensuelle payable jusqu'à 65 ans, tant que dure l'invalidité totale;

b) Le montant initial de cette rente est égal à soixante-dix pour cent (70 %) du traitement mensuel du médecin. Le traitement mensuel s'entend du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 8.02 i), multiplié par cinquante-deux (52) et divisé ensuite par douze (12);

c) En plus de la rente précitée, l'assureur verse au régime de retraite auquel le médecin participe, la cotisation mensuelle qu'il devrait normalement y verser. Toutefois, aucun versement de cotisation n'est effectué après la date de la retraite, soit à 65 ans si l'invalidité a débuté avant 63 ans, étant entendu que le versement cesse à la date de la survenance du premier événement.

d) Les rentes d'invalidité de longue durée sont indexées annuellement. L'indexation annuelle ne peut cependant excéder quatre pour cent (4 %).

e) Le médecin bénéficie, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité, de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée auquel il participe sans perte de droit, et ce, jusqu'à 65 ans en autant que l'invalidité débute avant 63 ans.

Le médecin bénéficie aussi, selon les modalités prévues à l'alinéa précédent, d'une exonération des cotisations au régime de retraite.

8.04

a) À compter de la date de la retraite d'un médecin invalide, le montant de la prestation d'invalidité prévue au régime d'assurance invalidité de base ou, le cas échéant, le montant de la rente d'invalidité prévue au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée, devient égal au montant obtenu en multipliant le nombre d'années de service que le médecin a complétées par deux pour cent (2 %) du traitement annuel du médecin.

Le nombre d'années de service compté est limité à trente-cinq (35) et comprend les années d'invalidité antérieures à la date de la retraite. La prestation ou la rente ainsi calculée ne peut toutefois être supérieure à celle que le médecin recevait immédiatement avant la date de la retraite;

b) Si la date de la retraite survient durant la période d'invalidité de base, le traitement annuel est déterminé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 8.02 i), lequel est ensuite multiplié par cinquante-deux (52); dans le cas où la date de la retraite survient en période d'invalidité de longue durée, le traitement annuel est toujours déterminé à partir du traitement hebdomadaire établi selon la formule prévue au paragraphe 8.02 i), lequel est multiplié par cinquante-deux (52), mais il est indexé le 1er janvier de chaque année depuis la fin de la cent quatrième (104e) semaine d'invalidité jusqu'à la date de la retraite et ce, de la même façon que la rente de retraite du Régime de rentes du Québec, jusqu'à concurrence de quatre pour cent (4 %) par année.

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 programme normal de rééducation, la rente alors payable en vertu du présent régime sera réduite de cinquante pour cent (50 %) du revenu ainsi reçu.

Sous réserve du paragraphe 8.07, durant toute sa période d'invalidité, qu'il bénéficie ou non d'une période de rééducation, le médecin a droit de recevoir de la Régie touteautre rémunération, indemnité, prestation, rente ou congé payé que la rente prévue au paragraphe 8.03 ou que la rente et la rémunération prévues au 1er alinéa de 8.05 b).;

AVIS **:** *Le médecin qui revient au travail après une absence pour invalidité de plus de 104 semaines doit informer la Régie qu'il est ou pas en période de rééducation. Dans ce dernier cas, il informe la Régie des dates de la période de rééducation.*

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 lock-out l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par le médecin.

8.06 Les prestations d'invalidité de base et la rente d'invalidité de longue durée sont réduites de la rente d'invalidité ou de retraite que peut recevoir le médecin du Régime de rentes du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec et du Régime de retraite et de tout autre régime auquel a contribué l'établissement ou la Régie.

Le médecin qui reçoit une prestation d'invalidité de base et atteint 71 ans et qui, au 31 décembre de cette année ne reçoit pas une rente de retraite au sens de l'alinéa précédent, a le fardeau de démontrer qu'il n'y a pas droit.

AVIS **:** *Pour une période d'invalidité où le médecin reçoit une rente d'invalidité d'un autre organisme gouvernemental, utiliser le code de congé **71** et inscrire :*

- le nom de cet organisme;

- le montant de la rente d'invalidité ou de retraite reçu.

8.07 Les prestations d'invalidité de base des trois (3) premières semaines d'invalidité sont réduites de toute rémunération.

Sous réserve des alinéas suivants, les prestations d'invalidité de base des 101 semaines suivantes sont réduites de toute rémunération, tous modes confondus, qui excède 90 % des honoraires bruts totaux, tous modes confondus, reçus de la Régie avant l'invalidité. Pour les fins de ce paragraphe, par toute rémunération on entend la somme des prestations et des honoraires selon le mode des honoraires fixes de même que de toute rémunération, indemnité, prestation, rente ou congé découlant d'un autre mode de rémunération, versé par la Régie au cours de la période d'invalidité du médecin.

Par honoraires bruts totaux avant l'invalidité on entend la somme des honoraires fixes ayant servi au calcul des prestations d'invalidité et de toute rémunération, indemnité, prestation, rente ou congé, selon un autre mode de rémunération, versé par la Régie au cours de la même période que celle retenue pour établir les honoraires fixes servant de base au calcul des prestations d'invalidité de base, conformément à l'article 1.12. Ces honoraires bruts totaux sont ajustés en fonction des augmentations de tarif accordées en vertu de l'Entente au cours de la période d'invalidité.

L'ajustement des prestations d'invalidité de base découlant des honoraires bruts totaux avant l'invalidité s'effectue annuellement sur l'ensemble de la durée de l'invalidité au cours de l'année sujette à l'ajustement. Cet ajustement, le cas échéant, est répartit sur les semaines d'invalidité pendant lesquelles des prestations d'invalidité ont été payées jusqu'à concurrence du montant visé par l'ajustement. Lorsque l'ajustement total serait supérieur au montant des prestations payées, il est limité à ce montant.

Pour les fins du calcul décrit à l'alinéa précédent, sont exclus de la rémunération servant au calcul de l'excédent et des honoraires bruts totaux avant invalidité, les paiements suivants :

- les frais de sortie, la prime d'éloignement ou d'isolement et le remboursement des frais de déménagement constituant des mesures incitatives de l'Annexe XII;
- les forfaits pour les journées de pratique significatives travaillées de l'Annexe XXI;
- le remboursement de l'assurance responsabilité professionnelle de l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle* et de l'Article 4 de la Section II de l'Annexe XII ;
- les remboursement de frais de déplacement et l'indemnité pour les frais de kilométrage;
- le forfait d'inscription générale (paragraphe 4.01), le montant supplémentaire à l'inscription générale (paragraphe 4.15), le forfait annuel de prise en charge (paragraphe 6.01) et la majoration relative à la pratique polyvalente (paragraphe 16.00) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*;
- le forfait de familiarisation et de gestion du changement (paragraphe 18.02) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*;
- tout autre montant versé au médecin qui, en vertu de l'Entente ou par avis écrit du comité paritaire, est expressément exclu du calcul du présent paragraphe.

AVIS **:** *Le médecin qui reçoit toute autre rémunération pendant sa période d'invalidité doit en aviser la RAMQ. Remplir le formulaire* Avis d'un médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes en période d'invalidité – Poursuite des activités en première ligne – Annexe VI *(4543) et le transmettre :*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 646-8110

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

i) la date de la terminaison de ses fonctions;

ii) la date de la retraite sauf pour l'assurance complémentaire obligatoire d'invalidité de longue durée qui se termine à 63 ans.

8.09 Régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire

Sous réserve des exigences des assureurs et des exemptions applicables, le médecin adhère au régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire. La Régie perçoit, selon les données fournies par l'assureur, les primes qui sont à la charge du médecin.

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. Les heures rémunérées selon le mode des honoraires fixes en vertu du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale sont reconnues comme heures régulières, jusqu'à un maximum de deux cent soixante (260) heures, aux fins du présent paragraphe.

10.00 RÉGIME DE CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ

AVIS **:** *Pour aviser la RAMQ, utiliser le formulaire* Adhésion au régime de congé à traitement différé – Médecins omnipraticiens – Dentistes – Optométristes *(3326)*.

10.01 Définition

Le régime de congé à traitement différé vise à permettre au médecin d'étaler sa rémunération sur une période déterminée, afin de pouvoir bénéficier d'un congé.

Ce régime comprend une période d'activités professionnelles et une période de congé pendant lesquelles le médecin reçoit une rémunération réduite d'un pourcentage de contribution.

La période de congé se situe soit au début, en cours ou à la fin du régime pour le médecin à temps plein dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaires est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente.

La période de congé se situe à la fin du régime pour le médecin à demi-temps ou à temps plein mais dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est inférieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente.

10.02 Durée du régime

La durée du régime de congé à traitement différé peut être de deux (2) ans, de trois (3) ans, de quatre (4) ans ou de cinq (5) ans à moins d'être prolongée, suite à l'application des dispositions prévues aux alinéas f, g et j du paragraphe 10.06. Cependant, la durée du régime, y incluant les prolongations, ne peut, en aucun cas, excéder sept (7) ans.

10.03 Durée du congé

La durée du congé peut être de six (6) mois à un (1) an, tel que prévu à l'alinéa a) du paragraphe 10.06.

AVIS **:** *Utiliser le code de congé **52**.*

Sauf les dispositions du présent article, le médecin, durant son congé n'a pas droit aux bénéfices de la présente annexe ni aux bénéfices prévus à la section II de l'annexe XII, sous réserve de son droit de réclamer des bénéfices acquis antérieurement et des dispositions prévues aux articles 22.00 à 28.00 de l'Entente.

10.04 Conditions d'obtention

Le médecin peut bénéficier du régime de congé à traitement différé après entente avec le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, lequel ne peut refuser sans motif valable. Le médecin doit satisfaire aux conditions suivantes :

a) être détenteur d'un avis de service;

b) avoir complété deux (2) ans de service précédant le début du régime;

c) ne pas être en période d'invalidité ou en congé sans traitement lors de l'entrée en vigueur du contrat;

d) avoir complété trois (3) ans d'exercice au sens du décret 1292-82 concernant la rémunération diminuée;

e) avoir convenu avec le chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, avec le médecin qui assume ces fonctions, des modalités spécifiques suivantes :

la durée de participation au régime de congé à traitement différé;
la durée du congé;
les dates de la prise du congé;

f) avoir consigné ces modalités sous forme d'un contrat écrit lequel inclut également les dispositions du présent régime;

g) aviser la Régie en transmettant copie du contrat tel que précisé à l'alinéa e) du paragraphe 10.04;

h) ne pas être engagé dans le programme de bourses d'études en médecine pour la formation pré et post-doctorale, dans le programme des primes d'installation en vertu d'un décret ou dans le programme de stages en région tel que prévu à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

10.05 Retour

Au terme de son congé, le médecin doit reprendre ses activités professionnelles à honoraires fixes pour une durée au moins équivalente à celle de son congé.

10.06 Modalités d'application

Préambule

Durant les années visées par le régime, la Régie retient un pourcentage du traitement, selon l'échelle applicable, basé sur la rémunération correspondante au nombre d'heures apparaissant à l'avis de service au début du régime.

Si le médecin reçoit, en début de régime, une rémunération additionnelle en vertu de l'annexe XII, le pourcentage retenu peut être basé sur la rémunération à 100 % ou sur la rémunération majorée, au choix du médecin.

La base de calcul retenue pour la contribution, tel que déterminée en début de régime relativement au nombre d'heures apparaissant à l'avis de service ou encore à la rémunération majorée, sera maintenue tout au long du régime même si ces modalités réelles de rémunération changent en cours de régime.

a) Contribution

La contribution, exprimée en pourcentage du nombre d'heures apparaissant à l'avis de service au début du régime, est déterminée selon le tableau suivant :

	Durée du régime			
Durée du congé	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
6 mois	25,0 %	16,66 %	12,5 %	10,0 %
7 mois	29,2 %	19,47 %	14,6 %	11,68 %
8 mois	N/A	22,24 %	16,68 %	13,4 %
9 mois	N/A	25,0 %	18,75 %	15,0 %
10 mois	N/A	27,8 %	20,85 %	16,68 %
11 mois	N/A	N/A	22,93 %	18,34 %
12 mois	N/A	N/A	25,0 %	20,0 %

b) Traitement

Pendant la période d'activités professionnelles, le traitement versé au médecin sera égal à celui qui lui aurait été versé s'il n'avait pas participé au régime, réduit de la contribution, tel que déterminée selon l'alinéa a) du paragraphe 10.06. Dans l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de la présente annexe pour le calcul du traitement à verser lors des congés et des vacances, la période de congé du régime de traitement différé n'est pas retenue aux fins de la détermination de la période de référence de vingt (20) semaines.

Pendant la période de congé, le traitement versé au médecin sera basé sur le nombre d'heures apparaissant à l'avis de service en début de régime réduit de la contribution telle que définie à l'alinéa a) du paragraphe 10.06. Il sera majoré si le médecin s'est prévalu en ce sens de l'option offerte au deuxième sous-paragraphe du préambule du paragraphe 10.06.

Les primes sont versées au médecin en conformité avec les dispositions de l'Entente, pour autant qu'il y ait normalement droit, tout comme s'il ne participait pas au régime. Toutefois, durant la période de congé, le médecin n'a pas droit à ces primes.

c) Régime de retraite

Aux fins d'application du régime de retraite, chaque année pour laquelle le médecin a participé au régime de congé à traitement différé, à l'exclusion des suspensions prévues au présent article, équivaut à une année de service et le traitement moyen est établi sur la base du traitement que le médecin aurait reçu s'il n'avait pas participé au régime de congé à traitement différé.

Pendant la durée du régime, la cotisation du médecin au régime de retraite est calculée en fonction du traitement qu'il reçoit selon l'alinéa b) du paragraphe 10.06.

Toutefois, la participation au régime de retraite pendant la période de congé, ne pourra excéder la moyenne de participation pendant la période d'activités professionnelles du régime de congé à traitement différé, sur la base des heures effectivement travaillées. Si le congé est pris avant ou en cours du régime, le calcul de la moyenne devra être effectué à la fin du régime.

d) Accumulation des années de service

Durant son congé, le médecin conserve et accumule du service.

e) Vacances annuelles

Pendant la durée du régime, les vacances annuelles sont rémunérées sur la base du traitement versé au médecin tel que défini à l'alinéa b) du paragraphe 10.06.

Durant le congé, le médecin est réputé accumuler du service aux fins des vacances annuelles.

Si la durée du congé est d'un (1) an, le médecin est réputé avoir pris le quantum annuel des vacances payées auquel il a droit. Si la durée du congé est inférieure à un (1) an, le médecin est réputé avoir pris le quantum annuel de vacances payées auquel il a droit, au prorata de la durée du congé. Si le médecin n'a pas accumulé des jours de vacances en nombre suffisant, ce médecin se retrouve en situation d'anticipation auquel cas le paragraphe 2.07 de la présente annexe s'applique.

Pour les vacances autres que celles réputées prises en vertu du sous-paragraphe précédent, le médecin exprime son choix de vacances conformément aux dispositions prévues à l'article 2.00 de la présente annexe.

Les vacances accumulées ou en réserve au moment du congé sont reportées à la période d'activités professionnelles qui suit la période de congé.

f) Assurance invalidité

Dans le cas où une invalidité survient pendant la durée du régime de congé à traitement différé, les dispositions suivantes s'appliquent :

1. Si l'invalidité survient au cours du congé, elle est présumée ne pas avoir cours.

   À la fin du congé, si le médecin est encore invalide, il reçoit la prestation prévue au paragraphe 8.02 réduite de la contribution telle que déterminée selon l'alinéa a) du paragraphe 10.06.

2. Si l'invalidité survient avant que le congé n'ait été pris et qu'elle dure trois semaines ou moins, le régime est maintenu. Si elle dure plus de trois semaines, le médecin pourra se prévaloir de l'un des choix suivants :

   il pourra continuer sa participation au régime. Dans ce cas, il reçoit une prestation d'assurance invalidité réduite de la contribution telle que déterminée selon l'alinéa a) du paragraphe 10.06 et ce, tant qu'il y est admissible conformément aux paragraphes 8.02 de la présente annexe.

   Dans le cas où le médecin est invalide à la date où le congé a été planifié et que la date de la fin de ce congé coïncide avec la date de la fin prévue du régime, il pourra interrompre sa participation jusqu'à la fin de son invalidité. Durant cette période d'interruption, le médecin reçoit, tant qu'il y est admissible, sa pleine prestation d'invalidité conformément au paragraphe 8.02 de la présente annexe.

   Il devra débuter son congé le jour où cessera son invalidité sous réserve du paragraphe 10.02;

   il pourra suspendre sa participation au régime. Dans ce cas, il reçoit sa pleine prestation d'invalidité conformément au paragraphe 8.02 de la présente annexe. Au retour, sa participation au régime est prolongée d'une durée équivalente à celle de son invalidité.

   Si l'invalidité perdure jusqu'au moment où le congé a été planifié, le médecin pourra reporter le congé à un moment où il ne sera plus invalide sous réserve du paragraphe 10.02.

3. Si l'invalidité survient après le congé, le médecin reçoit sa prestation d'assurance invalidité réduite de la contribution telle que déterminée selon l'alinéa a) du paragraphe 10.06 et ce, tant qu'il y est admissible en vertu du paragraphe 8.02 de la présente annexe. Si le médecin est toujours invalide à la fin du régime, il reçoit sa pleine prestation d'assurance invalidité.

4. Dans tous les cas, si l'invalidité perdure au-delà de cent quatre (104) semaines, le médecin devra cesser sa participation au régime et les dispositions de l'alinéa l) s'appliquent.

Aux fins d'application du présent paragraphe, le médecin invalide en raison d'une lésion professionnelle est considéré comme recevant une prestation d'invalide.

g) Congé sans traitement

Pendant la durée du régime, le médecin qui est en congé sans traitement voit sa participation au régime de congé à traitement différé suspendue. Au retour, elle est prolongée d'une durée équivalente à celle du congé. Dans le cas d'un congé partiel sans traitement, le médecin reçoit, pour la période d'activités professionnelles effectuée, le traitement qui lui serait versé s'il ne participait pas au régime.

Cependant, un congé sans traitement d'un (1) an et plus, à l'exception de celui prévu au paragraphe 1.21 de la présente annexe, équivaut à un désistement du régime et les dispositions de l'alinéa l) s'appliquent.

h) Congés avec traitement

Pendant la durée du régime, les congés avec traitement non prévus au présent article, sont rémunérés sur la base du traitement tel que défini à l'alinéa b) du paragraphe 10.06.

Les congés avec traitement survenant durant la période de congé sont réputés avoir été pris.

i) Congés additionnels

Pendant la durée du régime, les congés additionnels prévus au paragraphe 3.01 de la présente annexe, sont rémunérés sur la base du traitement tel que défini à l'alinéa b) du paragraphe 10.06.

Si la durée du congé est d'un (1) an, le médecin est réputé avoir pris le quantum annuel de congés additionnels auquel il a droit. Si la durée du congé est inférieure à un (1) an, le médecin est réputé avoir pris le quantum annuel de congés additionnels auquel il a droit, au prorata de la durée du congé.

Pendant la durée du congé, le médecin n'accumule pas de congés additionnels.

j) Congé de maternité

Dans le cas de congé de maternité, la participation au régime de congé à traitement différé est suspendue. Au retour, elle est prolongée d'un maximum de vingt (20) semaines. Durant ce congé de maternité, la prestation est établie sur la base du traitement qui serait versé si le médecin ne participait pas au régime.

k) Jours de perfectionnement et séjours de ressourcement

Pendant la durée du régime, les jours de perfectionnement et de ressourcement sont rémunérés sur la base du traitement versé au médecin tel que défini à l'alinéa b) du paragraphe 10.06.

Malgré le paragraphe 5.02 de la présente annexe, si le médecin n'a pas utilisé la totalité des jours de perfectionnement l'année précédant la prise du congé, il peut reporter à l'année de la prise de congé ou à l'année suivante, le nombre de jours de perfectionnement non utilisés, s'il en fait la demande au chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, au médecin qui assume ces fonctions. Le maximum ainsi reporté ne doit jamais dépasser dix (10) jours.

Pendant la durée du congé, le médecin n'accumule pas de jours de perfectionnement ni de ressourcement.

l) Bris de contrat

Le contrat peut être brisé pour des raisons de cessation d'exercice, retraite, désistement, invalidité de plus de cent quatre (104) semaines ou expiration du délai de sept (7) ans prévu au paragraphe 10.02.

1. Si le congé a été pris, le médecin devra rembourser à la Régie, sans intérêt, le traitement reçu au cours du congé proportionnellement à la période qui reste à courir dans le régime par rapport à la période de contribution.

AVIS **:** *À partir de la date de l'avis de remboursement transmis par la Régie, les dispositions de l'article 52.1 de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent.*

2. Si le congé n'a pas été pris, le médecin sera remboursé par la Régie d'un montant égal aux contributions retenues sur le traitement jusqu'au moment du bris du contrat (sans intérêt).

3. Si le congé est en cours, le calcul du montant dû par une partie ou l'autre s'effectue de la façon suivante : le montant reçu par le médecin durant le congé moins les montants déjà déduits sur la rémunération du médecin en application de son contrat. Si le solde obtenu est négatif, la Régie rembourse ce solde (sans intérêt) au médecin; si le solde obtenu est positif, le médecin rembourse le solde à la Régie (sans intérêt).

AVIS **:** *À partir de la date de l'avis de remboursement transmis par la Régie, les dispositions de l'article 52.1 de la Loi sur l'assurance maladie s'appliquent.*

Aux fins du régime de retraite (RREGOP), les droits reconnus seront ceux qui auraient eu cours si le médecin n'avait jamais adhéré au régime de congé à traitement différé.

Ainsi, si le congé a été pris, les cotisations versées au cours de ce congé sont utilisées pour compenser les cotisations manquantes des années d'exercice en vue de restaurer les écarts de pension alors perdus; le médecin pourra cependant racheter la période de service perdue selon les mêmes conditions que celles relatives au congé sans traitement prévu à la loi sur le RREGOP.

Par ailleurs, si le congé n'a pas été pris, les cotisations manquantes pour reconnaître la totalité des années d'exercice sont prélevées à même le remboursement des contributions retenues sur le traitement.

m) Bris de contrat pour raison de décès

Advenant le décès du médecin pendant la durée du régime, le contrat prend fin à la date du décès et les dispositions suivantes s'appliquent :

si le médecin a déjà pris son congé, les contributions retenues sur le traitement ne seront pas exigibles et une (1) année de service aux fins de participation au régime de retraite sera reconnue pour chaque année de participation au régime de congé à traitement différé;

si le médecin n'a pas déjà pris son congé, les contributions retenues sur le traitement seront remboursées sans intérêt et sans être sujettes à cotisation aux fins du régime de retraite.

n) Changement à l'avis de service

Le médecin qui modifie sa qualité de plein temps de vingt-sept (27) heures et plus à celle de plein temps de moins de vingt-sept (27) heures ou à celle de demi-temps et inversement durant sa participation au régime de congé à traitement différé, pourra se prévaloir de l'un des deux choix suivants :

1. Il pourra mettre un terme à son contrat et ce, aux conditions prévues à l'alinéa l) du présent paragraphe;

2. Il pourra continuer sa participation au régime sur la base des conditions établies en début de régime en vertu du paragraphe 10.06.

Toutefois, le médecin modifiant sa qualité de demi-temps ou de plein temps à moins de vingt-sept (27) heures à celle de plein temps à vingt-sept (27) heures et plus ne pourra prendre son congé qu'à la dernière année du régime.

o) Régime d'assurance

Durant le congé, le médecin continue de bénéficier du régime de base d'assurance vie sans frais. Les régimes complémentaires d'assurance sont maintenus pourvu qu'il en assume la totalité du coût conformément au paragraphe 6.21 de la présente annexe.

Durant le régime, le traitement assurable est celui versé au médecin tel que déterminé selon les dispositions de l'alinéa b) du paragraphe 10.06. Cependant, le médecin peut maintenir le traitement assurable sur la base du traitement qui lui serait versé s'il ne participait pas au régime en payant l'excédent des primes applicables.

11.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

11.01 Le médecin qui, au 1er janvier 2013, n'est pas en mesure d'exercer l'option prévue au quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale parce qu'il est en congé de maternité, d'adoption, de paternité, d'invalidité de plus de deux (2) semaines, doit le faire au plus tard deux (2) mois suivant la date de son retour au travail à temps plein.

11.02 Dans le cas du médecin qui exerce l'option prévue au quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale le cumul des huit cent quatre-vingt (880) heures débute le 1er janvier 2013 quel que soit le nombre d'heures facturées selon les dispositions de ce paragraphe du 1er juin 2012 au 31 décembre 2012.

11.03 Pour l'année allant du 1er mai 2013 au 30 avril 2014, aux fins du calcul du traitement hebdomadaire selon les dispositions prévues aux paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe VI de l'entente générale, le calcul de la moyenne ajustée en vertu des dispositions du quatrième alinéa, sous-alinéa b), du paragraphe 15.01 de l'entente générale est basé sur l'année civile 2012.

Le médecin qui détenait, en 2012, une nomination à honoraires fixes à trente-cinq (35) heures par semaine ou deux nominations à demi-temps et qui a facturé, au cours de l'année 2012 des heures rémunérées selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire au-delà du nombre d'heures prévues à sa période d'heures régulières se voit reconnaître un maximum de deux cent vingt (220) heures aux fins du calcul de la moyenne ajustée prévues aux paragraphe 1.12 B) c) et 1.24 B) c) de la présente annexe.

ANNEXE VIII

FORMULE DE DIFFÉREND

..... 19.....

A : partie en cause

Nom du médecin :..... .....

Adresse du médecin :..... .....

Numéro de téléphone :..... .....

Nom de la Fédération :..... .....

Si le différend a pour objet un relevé :

Date :.....

Numéro de code :..... .....

Numéro du relevé :..... .....

Date du dernier état de compte

sur lequel apparaît le relevé objet du différend :.....

Numéro d'assurance maladie du bénéficiaire :.....

a) PREMIÈRE ÉTAPE :

Nature du différend et exposé sommaire des faits :

Redressement réclamé :

Date :

Le médecin ou la Fédération

Copie : le Ministre
la Fédération

b) Réponse à la première étape :

.....

Date :.....

Par :.....

Représentant :.....

c) DEUXIÈME ÉTAPE :

A :

partie en cause

Compte tenu de la décision rendue, je demande que le présent différend procède à l'arbitrage.

.....

Date :

Le médecin ou la Fédération

Copie : le Ministre
la Fédération

Amendement n° 17 (1983)

ANNEXE IX

CONDITIONS D'APPLICATION DES TARIFS

ARTICLE 1 ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

Détermination de l'enveloppe budgétaire
1.1 A) Enveloppe budgétaire globale

L'enveloppe budgétaire globale, en tenant compte des dispositions des paragraphes 1.1 B), 1.2 A) et 4.1, en incluant l'intégration du facteur d'évolution de la pratique médicale,en tenant compte de l'ajustement en fonction du nombrede GMF entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016 et en excluant l'ajustement pour les GMF à compter du 1er avril 2016 tel que prévu à la Lettre d'entente nº 167, est déterminée, sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

a) 2 448,3 M$ pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016;

b) 2 574,5 M$ pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017;

c) 2 885,9 M$ pour la période du 1er avril 2017 au 31 mars 2018;

d) 2 764,1 M$ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019;

e) 2 961,5 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;

f) 3 032,8 M$ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;

g) 3 032,6 M$ pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;

h) 3 233,0 M$ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023;
i) 3 197,2 M$ pour la période du 1er avril 2023 au 31 mars 2024; *
j) 3 078,0 M$ pour la période du 1er avril 2024 au 31 mars 2025. *

*Sujet à modification à la suite du renouvellement de l'Entente générale venant à échéance le 31 mars 2023.

B) Montants découlant du réaménagement de l'étalement

Les montants récurrents suivants sont inclus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

a) 44,7 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
b) 65,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
c) 41,2 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
d) 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;
e) 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;
f) 57,6 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
g) 67,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
h) 0,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023.

Les montants non récurrents suivants sont inclus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

a) 38,9 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016;
b) 60,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017;
c) 253,4 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
d) 79,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;

e) 184,4 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2020;
f) 141,4 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021;
g) 15,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022;
h) 155,0 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2022 et le 31 mars 2023;
i) 119,2 M$ pour la période comprise entre le 1er avril 2023 et le 31 mars 2024.

Les montants apparaissant ci-dessus incluent les sommes accordées par l **'Entente intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n*° *138*** au chapitre du redressement de la rémunération et de celui du Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.

Paramètres monétaires

1.2 A) Réduction de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec

Une augmentation de l'enveloppe budgétaire globale de 2,4 % est accordée à titre d'avance, le cas échéant, pour réduire l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec pour la période de l'Entente. Elle s'appliquera de la façon suivante :

a) 1,0 % pour la période comprise entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2018;
b) 1,4 % pour la période comprise entre le 1er avril 2019 au 31 mars 2020.

B) Évolution de la pratique

Un pourcentage de rajustement de 1,245 % est appliquépour la période comprise du 1er avril 2015 au 31 mars 2016 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicalerésultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Au 1er avril de chaque année, un pourcentage de rajustement de 2 % est appliqué pour la période comprise du 1er avril 2016 au 31 mars 2023 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Contenu de l'enveloppe budgétaire

1.3 Une enveloppe budgétaire globale prédéterminée au paragraphe 1.1, pour une période annuelle d'application donnée, couvre, sous réserve des exclusions prévues au paragraphe 1.5, la rémunération de l'ensemble des services rendus au cours de cette période par les médecins dans le cadre du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* ainsi que les services rendus dans le cadre des autres programmes dont l'administration est confiée par la Loi ou le gouvernement à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elle couvre également le coût des remboursements relatifs aux services médicaux rendus, au cours de cette période, par le médecin désengagé au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*.

De plus, le versement d'une rémunération différente pour la fourniture de services médicaux dans un territoire ou un lieu d'exercice visé par un règlement pris en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, le versement d'une rémunération sous forme de forfait, de majoration de la rémunération de base, le paiement d'avantages sociaux ou le versement de divers montants, tels des primes, des suppléments, des indemnités, des frais ou des allocations, sont également assumés à même l'enveloppe budgétaire globale d'une période annuelle d'application, peu importe que la rémunération versée, ou les paiements effectués pour les services rendus au cours de cette période, soient octroyés à titre de compensation, de rétroactivité, de remboursement, ou autrement.

1.4 Sans limiter la généralité de ce qui précède, la rémunération des services apparaissant ci-après est assumée à même une enveloppe budgétaire déterminée aux paragraphes 1.1 et 1.3, savoir :

- tous les services qui, considérés comme assurés au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* et de ses règlements, sont rendus par les médecins;

- les services médicaux dispensés par les médecins dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail* et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*;
- les services rendus dans le cadre de *l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence;*
- les activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une installation qui exploite un centre hospitalier au sein d'un établissement, en qualité de chef de département clinique de médecine générale, de chef du service d'urgence ainsi que celles effectuées dans le cadre du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James ainsi que dans le cadre du Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale;*

- les traitements physiatriques dispensés en clinique au sens de la *Lettre d'entente n° 8*;

- l'examen d'évaluation médicale (patient en perte d'autonomie) ainsi que les autopsies;

- les services rendus dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 20*, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*;

- les activités du médecin relativement au prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévu au *Code criminel*;

- les services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la *Loi sur le curateur public*;

- les services professionnels rendus, hors-Québec, par des médecins omnipraticiens inscrits au régime d'assurance maladie ainsi que les remboursements aux personnes assurées pour des services médicaux dispensés hors-Québec par des médecins omnipraticiens non inscrits au régime;

1.5 Est cependant exclue de l'enveloppe budgétaire, la rémunération versée aux médecins pour les services médico-administratifs rendus par ceux-ci dans le cadre des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Sont également exclus de l'enveloppe budgétaire le montant visé au sous-paragraphe 3 du paragraphe 1.1 ainsi que les montants d'allocation reliés aux programmes d'allocation de fin de carrière et de départ assisté.

Sont de plus exclus de cette enveloppe budgétaire, les montants versés aux médecins à titre de bourses d'étude ou de recherche, de même que les bourses de formation spécialisée et les primes d'installation versées notamment en vertu du décret 691-90 du 16 mai 1990.

Est également exclue de cette enveloppe, pendant une période annuelle d'application donnée, la contribution, tenant lieu de contribution de l'employeur, versée par la Régie, à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, au bénéfice du médecin rémunéré à honoraires fixes.

Sont également exclus les remboursements effectués dans le cadre de l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle*, à compter du 1er avril 2015.

Sont également exclus les montants versés au médecin dans le cadre de l'*Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques*, de même que ceux versés en vertu des paragraphes 17.01 et 17.02 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

ARTICLE 2 MONITORING

2.1 Dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application visée au paragraphe 1.1, un suivi du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est, aux conditions prévues ci-après, effectué par les parties.

À cette fin, la Régie prépare et transmet aux parties des prévisions budgétaires pour chaque période annuelle d'application.

Elle effectue tout d'abord une prévision initiale, au cours du mois de janvier précédant chaque période annuelle d'application.

Cette prévision est, par la suite, révisée au cours des mois de mai, septembre et janvier de la période annuelle d'application sous étude, en fonction de la rémunération versée jusqu'alors aux médecins.

2.2 Sur réception de ces prévisions, les parties procèdent à leur analyse en y apportant, s'il y a lieu, les corrections qu'elles jugent opportunes.

L'analyse tient compte des tendances observées et, le cas échéant, de l'effet prévisible sur la rémunération des mesures introduites dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale.

2.3 Si, au terme de leur analyse, l'évaluation des parties laisse prévoir un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période annuelle d'application en cours, les mesures correctrices requises peuvent être apportées par les parties, afin d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale pour cette période.

ARTICLE 3 VÉRIFICATION FINALE

3.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est effectuée par les parties au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période annuelle d'application, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes annuelles d'application prévues à cette annexe.

3.2 La vérification est effectuée sur la base des données statistiques établies par la Régie au cours du mois de septembre suivant chacune des périodes d'application prévues à la présente annexe, en incluant le coût des demandes de paiement au Fichier des erreurs en attente de traitement (FERAT) rajusté selon le paragraphe 3.3. Ces données sont considérées comme représentant la totalité des honoraires ou des remboursements versés pour les services rendus au cours d'une période d'application.

3.3 Pour les données inscrites au FERAT, celles-ci sont ajustées selon la moyenne des pourcentages d'honoraires du FERAT payés au cours des deux périodes annuelles précédant la période concernée ou selon toute autre modalité convenue par les parties.

3.4 En ce qui a trait au calcul du coût relatif aux remboursements aux personnes assurées pour lesquelles aucune imputation n'a été effectuée par la Régie, les parties fixent la part du résiduel imputable à une enveloppe budgétaire visée aux présentes à un montant équivalent à 25 % du coût de ces services médicaux tel qu'établi par la Régie.

3.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application comprise entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2023 les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le pourcentage de rajustement de 2 % peut être augmenté, le cas échéant, selon la méthodologie suivante concernant le facteur de l'ajout net des effectifs médicaux :

A - L'ajout net à l'effectif pour une année financière donnée est constaté au plus tard le 30 novembre suivant la fin de cette année financière selon la méthode de détermination du nombre d'effectifs suivante :

La détermination du nombre de médecins omnipraticiens dans une année est calculée en retenant l'ensemble des médecins pour lesquels la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a versé au moins 1 $ de rémunération dans l'année budgétaire visée pour des services rendus dans cette même année budgétaire. Par rémunération, on entend l'ensemble des sommes, honoraires, tarifs horaires, *per diem* et autres montants de quelque nature que ce soit versé à un médecin omnipraticien par la RAMQ à l'exception des montants suivants :

- les honoraires versés pour des services rendus hors Québec;
- les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;
- les honoraires médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (Annexe XIII);
- les allocations de fin de carrière et de départ assisté versées en vertu de l'Annexe XV;
- l'ensemble des mesures incitatives et des mesures particulières;
- les services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes 09800 et 09801);
- les montants forfaitaires de quelque nature que ce soit versés dans l'année budgétaire visée;
- les forfaits relatifs à l'inscription générale (article 4.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- les forfaits annuels de prise en charge de patients vulnérables (article 6.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- les suppléments du volume de patients inscrits (article 15 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- la majoration relative à la pratique polyvalente (article 16 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*);
- les forfaits relativement à la reconnaissance de l'efficience (Annexe XXI).

B - Le nombre calculé à l'alinéa A est multiplié par un montant correspondant à 75 % du revenu moyen annuel de tous les effectifs déterminés selon la méthode définie à cet alinéa A. Le revenu moyen annuel est calculé en considérant pour ces effectifs l'ensemble des honoraires versés par la RAMQ et qui sont inclus dans l'enveloppe budgétaire, tel que le prévoient les paragraphes 1.3, 1.4 et 1.5 de la présente annexe en excluant toutefois les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle ainsi que les services professionnels rendus hors Québec. Le résultat de ce calcul est exprimé en pourcentage de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette année financière donnée, en excluant l'évolution de la pratique de 2 % et les sommes non récurrentes prévues.

C - Le pourcentage calculé à l'alinéa B est consenti en totalité jusqu'à concurrence de la dépense réelle finale.

b) Sous réserve de l'alinéa a), advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à la présente annexe, les parties introduisent les mesures correctives appropriées afin d'assurer, d'une part, le remboursement de ce dépassement et d'éviter, d'autre part, tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.
À défaut d'entente entre les parties sur les mesures correctives appropriées à apporter dans les 120 jours suivants la réception des données statistiques établies par la RAMQ conformément au paragraphe 3.2 de la présente annexe, l'une ou l'autre des parties peut référer le litige au Conseil d'arbitrage selon les modalités prévues au paragraphe 3.6 de la présente annexe.

3.6 Le Conseil d'arbitrage est formé d'un président, qui doit être avocat, assisté de deux assesseurs. Le président est nommé par les parties et chacune d'elles choisit un assesseur.
Les parties nomment Me Nathalie Faucher afin d'agir comme président du Conseil d'arbitrage et à titre de substitut, Me Joëlle L'Heureux.
Les honoraires du président du Conseil d'arbitrage sont partagés à parts égales entre les parties.
Dans le cadre de ses fonctions, le Conseil d'arbitrage reçoit les observations présentées par les représentants du MSSS et de la FMOQ.
Le Conseil d'arbitrage utilise la méthode de la meilleure offre finale globale, soit de la FMOQ, soit du MSSS.
La décision du Conseil d'arbitrage lie les parties, lesquelles s'engagent à apporter les modifications nécessaires à l'Entente générale.
Ce recours en arbitrage doit être entendu prioritairement à tout différend soumis en vertu de l'Entente.

3.7 Advenant une non-atteinte, soit une dépense réelle observée inférieure à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour une période annuelle d'application, seules les sommes requises à l'égard d'une non-utilisation des augmentations tarifaires, des mesures convenues ou à convenir ou à l'égard d'une surestimation afférente auxdites mesures, demeurent disponibles.

ARTICLE 4 SURESTIMATION DU FINANCEMENT ALLOUÉ À DES MESURES AU 31 MARS 2016

4.1 Les parties reconnaissent une surestimation du financement alloué pour différentes mesures au 31 mars 2016 de 42,2 M$, dont 33,0 M$ sur une base récurrente et 9,2 M$ sur une base non récurrente. Il est entendu que ces sommes seront versées selon les modalités identifiées par la Fédération lesquelles seront entérinées par les parties.

4.2 La non-atteinte est utilisée de la façon suivante :

a) malgré certaines dispositions de la *Lettre d'entente n° 221*, le financement des mesures d'accessibilité convenues par l'*Amendement n° 113* sera assuré sur une base récurrente pour les années 2010-2011 et 2011-2012 par les sommes de 24,7 M$ allouées dans le cadre du *Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux* et disponibles au 1er avril 2010 et au 1er avril 2011. Pour l'année 2010-2011, les coûts de cette mesure dépassant la somme de 24,7 M$ seront assumés par la non-atteinte;

b) le résiduel de la non-atteinte est consacré à devancer l'application de mesures identifiées aux paragraphes 8.00 de l'Accord-cadre 2010-2015 ou tout autre mesure convenue par les parties.

ARTICLE 5 PLAFOND TRIMESTRIEL

5.1 Un médecin est rémunéré, selon les tarifs applicables, en autant que son revenu fait en provenance du régime soit inférieur au montant du plafond trimestriel applicable à un trimestre donné.

Pour la durée de l'entente, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est de :

À compter du 1er septembre 2018 72 563 $

À compter du 1er septembre 2019 73 289 $

5.2 Lorsque le médecin reçoit une rémunération différente selon le territoire desservi, conformément à l'article 19 de la Loi, les services ainsi rémunérés sont comptés, pour les fins de calcul du revenu brut, comme ayant été payés par la Régie selon le tarif de base prévu par l'Entente.

5.3 Ne sont pas comptés dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin :

AVIS **:** *S'il n'y a pas d'avis spécifique aux alinéas ci-après, voir les instructions de facturation dans l'entente particulière concernée.*

1) Pour les quatre (4) trimestres commençant le 1er mars de chaque année, toute la rémunération du médecin qui a inscrit, au 31 décembre précédant ce 1er mars, au moins deux cents (200) patients vulnérables qui, à partir du 31 décembre 2007 doivent être actifs selon les dispositions apparaissant au premier alinéa du paragraphe 6.01 D) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*;

   Pour les mêmes trimestres, toute la rémunération du médecin qui compte, au 31 décembre précédant le 1er mars en cause, 200 enfants inscrits de 63 mois ou moins, pour lesquels il s'est prévalu des dispositions relatives à la visite périodique pédiatrique ou au supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé entre 0 et 63 mois. Cette disposition s'applique également pour le médecin qui compte un total d'au moins deux cents (200) enfants et patients vulnérables inscrits tels que décrits ci-dessus.

2) La rémunération versée en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle,* la rémunération de tous les services dispensés à un patient par le médecin auprès duquel il est inscrit dans le cadre de la même entente, la rémunération versée en vertu de l'*Entente particulière relative au groupe de médecine de famille* (GMF) ainsi que les forfaits versés en vertu de l'annexe XXI de l'entente générale.

   AVIS **:** *La date d'inscription du patient doit être antérieure ou égale à la date où les services sont rendus pour que la rémunération associée soit exclue du cumul du plafond trimestriel conformément aux dispositions du présent paragraphe 5.3.*

   Pour plus d'information sur les étapes à suivre pour inscrire un patient, voir la section Démarche pour l'inscription d'un patient *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

3) La rémunération versée pour les services rendus dans le cadre d'une clinique réseau. Seuls sont visés par la présente disposition les services décrits aux alinéas e) et f) du paragraphe 3.01 et à l'article 6.00 de l'*Entente particulière relative aux cliniques réseau* ;

4) La rémunération versée pour le dépistage et traitement des infections transmises sexuellement ou par le sang ainsi que le counselling anti-tabac;

5) La rémunération versée en lien avec une inscription dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 195* jusqu'au 31 octobre 2011 ou qui en découle et celle prévue dans la *Lettre d'entente n° 245* à compter du 1er novembre 2011 jusqu'au 31 octobre 2015.

6) La rémunération versée pour les services dispensés dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés à l'exception de ceux dispensés dans le cadre d'une clinique externe sous réserve de l'alinéa 9) ci-dessous;

AVIS **:** *Pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser les secteurs de dispensation suivants :*

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation***
EP 24 – Santé publique		
• ***Services rendus selon le paragraphe 5.10.03 de l'EP 24 – Santé publique***		
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	***45***[4]
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	***44***[4]
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***43***[4]
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	***03***
• ***Autres services de cette entente particulière***		
En tout temps	*0 h à 24 h*	***03***
CH (service d'urgence)		
• ***Services rendus dans un établissement permis selon le paragraphe 5.01 de l'annexe XX***		
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	***35***[2]
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	***34***[2]
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***32***[2]
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***33***[2]
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	***07***[3]
• ***Services rendus dans un établissement non permis selon le paragraphe 5.01 de l'annexe XX***		
En tout temps	*0 h à 24 h*	***07***
CH (sauf service d'urgence)		
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	***31***[1]
Samedi, dimanche ou jour férié	*0 h à 8 h*	***42***[1]
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***29***[1]
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***30***[1]
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié (courte durée)	*0 h à 20 h*	***03***
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié (longue durée)	*0 h à 20 h*	***04***

[1] Les conditions d'utilisation des secteurs de dispensation 29,30, 31 et 42 sont prévues à l'annexe XX.
[2] L'utilisation des secteurs de dispensation 32, 33, 34 et 35 est prévue à l'annexe XX.
[3] Pour les CLSC, l'utilisation du secteur de dispensation 07 est limitée au CLSC du réseau de garde intégré.
[4] Les conditions d'utilisation des secteurs de dispensation 43, 44 et 45 sont prévues à l'EP 24 – Santé publique.

7) La rémunération versée pour les services dispensés dans un centre hospitalier de soins psychiatriques;

AVIS **:** *Pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser les secteurs de dispensation suivants :*

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation***
CH (sauf service d'urgence)		
• ***Services rendus dans un établissement permis selon le paragraphe 5.01 de l'annexe XX***		
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	***35***[2]
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	***34***[2]
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***32***[2]
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***33***[2]
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	***07***[3]
• ***Services rendus dans un établissement non permis selon le paragraphe 5.01 de l'annexe XX***		
En tout temps	*0 h à 24 h*	***07***
CH (sauf service d'urgence)		
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	***31***[1]
Samedi, dimanche ou jour férié	*0 h à 8 h*	***42***[1]
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***29***[1]
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***30***[1]
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié (courte durée)	*0 h à 20 h*	***03***
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié (longue durée)	*0 h à 20 h*	***04***

[1] Les conditions d'utilisation des secteurs de dispensation 29, 30, 31 et 42 sont prévues à l'annexe XX.
[2] L'utilisation des secteurs de dispensation 32, 33, 34 et 35 est prévue à l'annexe XX.
[3] Pour les CLSC, l'utilisation du secteur de dispensation 07 est limitée au CLSC du réseau de garde intégré.

8) La rémunération versée pour les services dispensés dans le cadre d'un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré;

AVIS **:** *Pour la rémunération à l'acte, utiliser le secteur d'activité* **Service d'urgence CLSC du réseau de garde**.

Pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser les secteurs de dispensation suivants :

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation***
CH (service d'urgence)		
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	***35***[2]
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	***34***[2]
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***32***[2]
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***33***[2]
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	***07***[3]

[2] *L'utilisation des secteurs de dispensation 32, 33, 34 et 35 est prévue à l'annexe XX.*
[3] *Pour les CLSC, l'utilisation du secteur de dispensation 07 est limitée au CLSC du réseau de garde intégré.*

9) Lorsque dispensés en établissement, la rémunération versée pour les services anesthésiques et obstétricaux visés à l'annexe V de l'Entente, pour l'échographie pelvienne ou obstétricale, ou payés en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération de prestations de services professionnels en anesthésie, ou versés en vertu des dispositions de la *Lettre d'entente n° 57* ;

AVIS **:** *À moins que ces activités ne soient reconnues autrement par la RAMQ, utiliser le code d'activité* ***002079*** *pour les services anesthésiques et obstétricaux.*

Les services rendus dans le cadre de l'EP 10 – Anesthésie (CHSGS) sont reconnus par la RAMQ à l'aide des codes d'activité réguliers.

Cet avis ne s'applique pas lorsque les honoraires sont versés en vertu de la Lettre d'entente nº 57 *(interruption volontaire de grossesse) puisqu'il s'agit de services rémunérés à l'acte.*

Lorsque dispensés en cabinet, la rémunération versée pour les actes apparaissant sous la sous-rubrique « Manipulation » de la rubrique « Utérus et col utérin » de l'onglet « GYNÉCOLOGIE » de l'annexe V de l'Entente;

10) La rémunération versée pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, en centre de réadaptation et en centre-jeunesse;

11) La rémunération versée au médecin en vertu de l'entente particulière prévoyant, en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, la rémunération du chef de département clinique de médecine générale;

12) La rémunération versée dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale;

13) Les honoraires versés pour les services de garde en disponibilité rémunérés dans le cadre de l'entente générale, d'une lettre d'entente ou d'une entente particulière ainsi que les services dispensés lors d'un déplacement effectué pendant une telle garde en disponibilité;

14) La rémunération versée dans le cadre de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence*;

15) Les montants versés pour les services dispensés dans les établissements de détention;

16) La rémunération des services médico-administratifs dispensés par le médecin et rendus pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu en vertu de la *Loi sur la sécurité du revenu* (RLRQ, chapitre S-3.1.1), ou pour le compte de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*;

17) La rémunération versée au médecin pour l'activité professionnelle effectuée, en vertu du protocole d'accord, au bénéfice d'une agence en vertu des paragraphes 4.02 ou 4.03 et 4.04 du protocole d'accord applicable ainsi que celle effectuée au bénéfice d'un CSSS en vertu de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi de la clientèle;

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

18) Les montants d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté versés au médecin qui a été autorisé à reprendre une pratique médicale;

19) Les montants versés au médecin dans le cadre de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle;

20) Les montants versés au médecin à titre de bourses d'étude ou de recherche, de même que les bourses de formation spécialisée et les primes d'installation versées notamment en vertu du décret 691-90 du 16 mai 1990;

21) Le supplément versé, à titre de frais compensatoires, prévu au sous-paragraphe 2.4.7.7 du préambule général de l'annexe V pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie en cabinet;

22) En regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé, 3,50 % de la rémunération relative aux visites, aux interventions cliniques et aux psychothérapies faits en cabinet et à domicile;

23) 75 % des sommes versées à titre d'honoraires de laboratoire de radiologie sous la section « radiologie diagnostique » (R=7) dans les laboratoires désignés par les parties;

24) Les jours de congé de maladie résiduels, prévus au paragraphe 8.01 de l'annexe VI, lorsque le médecin laisse le mode des honoraires fixes;

25) La rémunération versée au médecin en vertu d'une mesure de ressourcement ou de formation médicale continue;

26) Les honoraires pour les services médicaux dispensés en établissement dans les territoires déterminés par arrêté du ministre, conformément au troisième (3e) alinéa de l'article 19 de la Loi;

27) La rémunération versée au médecin enseignant, pour les activités de supervision ou pour les activités académiques, qui sont prévues à l'alinéa 2 ou à l'alinéa 3 du paragraphe 3.01 de la section II de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant ainsi que la rémunération versée au médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte prévu à l'annexe XXIII soit le forfait horaire ainsi que les services prévus à l'annexe I de l'annexe XXIII, Section B 2 - Unités de médecine familiale en CLSC ou en CH.

28) Les montants versés au médecin dans le cadre de l'*Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques, de même que ceux versés en vertu des paragraphes* 17.01 *et* 17.02 *de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

29) Tout autre montant versé au médecin qui, en vertu de l'Entente, est expressément exempté de la réduction prévue au présent paragraphe.

30) Les honoraires versés à un médecin et relatifs aux services de vasectomie (code 06232) réalisés en établissement, en cabinet incluant la composante technique en cabinet privé et apparaissant sous la section « Canal déférent » et sous la rubrique « Excision » de l'onglet « APPAREIL GÉNITAL MÂLE » de l'Annexe V de l'entente.

31) Lorsque dispensés en établissement et en cabinet, les honoraires versés à un médecin relatifs à une interruption volontaire de grossesse par médicament (codes d'acte 15313, 15314, 15317 et 15318) de même que ceux versés pour l'examen d'ultrasonographie requis aux fins des services rendus dans le cadre de l'interruption volontaire de grossesse par médicament (codes d'acte 15315, 15316, 15319 et 15320);

32) Lorsque dispensés en cabinet, les suppléments compensatoires payés à un médecin relatifs à une interruption volontaire de grossesse par médicament (codes d'acte 15407 et 15408).

33) La rémunération versée au médecin dans le cadre de la Lettre d'entente n° 336.

34) En regard de la Lettre d'entente n° 368, les montants forfaitaires versés au médecin et prévus respectivement aux articles 1, 2 et 3 ainsi que la rémunération versée au médecin en vertu de l'article 1.14 de cette lettre d'entente.
35) En regard des Lettres d'entente n°s 370, 372, 374 et 376, les montants forfaitaires versés au médecin en vertu de ces lettres d'entente.

36) Les honoraires versés à un médecin pour l'intervention clinique à la suite d'une demande d'aide médicale à mourir.

5.4 Dès que le revenu brut d'un médecin pour les services médicaux fournis dans un trimestre donné atteint le plafond fixé pour ce trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services médicaux fournis jusqu'à la fin de ce trimestre sont réduits automatiquement de 75 %.

5.5 Le présent article s'applique également à la rémunération, incluant les avantages sociaux, du médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes. La valeur de ces avantages sociaux est, en pourcentage, déterminée par accord des parties.

Toutefois, une fois les modalités des calculs effectuées, l'équivalent de la coupure découlant de l'évaluation du plafond trimestriel est d'abord prélevée sur les gains en provenance des autres modes de rémunération.

5.6 Le revenu du médecin en provenance du régime comprend également la rémunération versée pour un service médical dispensé dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*.

ARTICLE 6 ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

6.1 À compter du 1er janvier 2018, le montant de financement pour chacune des périodes d'application correspond au minimum entre l'atteinte du seuil de la part assumée par le gouvernement en vertu de l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, établie à 57,6 %, et le montant maximum prévu au paragraphe 6.2.
6.2 Le montant maximum pour chacune des périodes d'application est le suivant :

a) 13,6 M$ pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019;
b) 13,8 M$ pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020;
c) 14,1 M$ pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021;
d) 14,4 M$ pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022;
e) 14,7 M$ pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023;

6.3 Advenant que pour une période d'application, le montant découlant de l'atteinte du seuil prévu au paragraphe 6.1 est inférieur au montant prévu au paragraphe 6.2, aucun montant ne peut être mis en réserve.

ARTICLE 7 DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES

7.1 À compter du 1er avril 2011, une enveloppe budgétaire distincte de 15,4 M$ sert à financer les coûts reliés aux Dossiers médicaux électroniques.

ANNEXE X

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS OU PARTIES D'ÉTABLISSEMENT OÙ LES MÉDECINS À TEMPS PLEIN OU À DEMI-TEMPS SONT OBLIGATOIREMENT RÉMUNÉRÉS À HONORAIRES FIXES

AVIS **:** *L'annexe X a été remplacée par l'annexe I de l'Accord n° 1.*

ANNEXE XI

LISTE DES FORMULAIRES VISÉS À L'ARTICLE 1.1.4 DU « PRÉAMBULE GÉNÉRAL » DE L'ANNEXE V

1) LOI SUR LA SÉCURITÉ DU REVENU

Certificat médical, SR-40 (100) REV.

2) LOI SUR LA PROTECTION DU MALADE MENTAL

Rapport d'examen clinique psychiatrique - AH-108 (REV. 87-11)

3) LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Déclaration de naissance vivante - SP-1 (REV. 88-03)

Déclaration de décès - SP3 (REV. 88-03)

Déclaration de mortinaissance - SP4 (REV. 88-03)

Maladies à déclaration obligatoire - AS-757 (REV. 86-11)

Maladies à déclaration obligatoire - AS-770 (REV. 87-02)

Déclaration d'une infection vénérienne - AS-771

ANNEXE XII

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

AVIS **:** *Consulter la rubrique* Rémunération différente (annexes XII et XII-A).

SECTION I – RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DÉSIGNÉS PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE CONFORMÉMENT AU 5e ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI

Sous réserve des conditions et spécifications apparaissant aux différents articles de la présente section, les majorations sont applicables selon les groupes suivants :

Groupe 1

- Secteurs isolés I et II à l'exception de Chibougamau et du territoire de la Côte-Nord à l'est de la Rivière Moisie jusqu'à Havre-St-Pierre inclusivement;
  - Secteurs isolés III sauf Schefferville et Kawawachikamach;
  - Secteurs IV et V à l'exception des régions 17 et 18 et du territoire de la Côte-Nord à l'est de Havre-St-Pierre;
  - Territoires désignés autres que les secteurs isolés à l'exception des secteurs géographiques d'Alma et de Rimouski et des municipalités régionales de comté d'Antoine Labelle, de Kamouraska et de Rivière-du-Loup excluant les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix.

Groupe 2

- Secteur isolé I : Chibougamau et le territoire de la Côte-Nord à l'est de la Rivière Moisie jusqu'à Havre-St-Pierre inclusivement.
- Secteur isolé III : Schefferville et Kawawachikamach;

Groupe 3

- Secteurs isolés III, IV et V : régions 17 et 18 et territoire de la Côte-Nord à l'est de Havre-St-Pierre jusqu'à la limite du Labrador y compris l'Île d'Ansticosti.

Groupe 4

- Secteurs géographiques d'Alma et de Rimouski.

Groupe 5

- Municipalité régionale de comté d'Antoine-Labelle.

Groupe 6

- Municipalités régionales de comté de Kamouraska et de Rivière-du-Loup excluant les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix.

Les différents niveaux de rémunération majorée, selon les groupes, sont les suivants :

Groupe 1	**cabinet**	**établissement**
Rémunération incluant la majoration générale	120 %	130 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4e année de pratique	125 %	135 %
7e année de pratique	125 %	135 %
20e année de pratique	125 %	140 %
Groupe 2		
Rémunération incluant la majoration générale	120 %	135 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4e année de pratique	125 %	140 %
7e année de pratique	125 %	140 %
20e année de pratique	125 %	140 %
Groupe 3		
Rémunération incluant la majoration générale	120 %	135 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4e année de pratique	120 %	135 %
7e année de pratique	120 %	135 %
20e année de pratique	120 %	135 %
Groupe 4		
Rémunération incluant la majoration générale	115 %	120 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4e année de pratique	115 %	120 %
7e année de pratique	115 %	120 %
20e année de pratique	115 %	125 %
Groupe 5		
Rémunération incluant la majoration générale	115 %	120 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4e année de pratique	115 %	125 %
7e année de pratique	115 %	130 %
20e année de pratique	115 %	130 %
Groupe 6		
Rémunération incluant la majoration générale	110 %	115 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4e année de pratique	110 %	115 %
7e année de pratique	110 %	115 %
20e année de pratique	110 %	115 %

Article 1 – Conditions d'application des majorations

Sous réserve des autres dispositions de la présente section, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

1.1 Le médecin reçoit la majoration appliquée à la rémunération de base apparaissant sous la colonne « établissement » selon le préambule de la présente section, quel que soit son mode de rémunération, pour les services assurés qu'il fournit dans une installation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, d'un centre de réadaptation, d'un centre hospitalier à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans l'installation du centre hospitalier auquel il est rattaché ou dans une installation d'un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde.

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement a informé le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ de l'une ou l'autre de ces situations :*

- sa participation à la garde dans le cas d'un CLSC du réseau de garde intégré;

- son statut de membre actif dans le cas d'un centre hospitalier auquel il est rattaché pour les services en santé publique.

Ces renseignements sont transmis au moyen du formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

1.2 Le médecin reçoit la majoration appliquée à la rémunération de base apparaissant sous la colonne « cabinet » selon le préambule de la présente section, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, dans un CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services dispensés en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché si :

a) il a obtenu son permis de pratique du Collège des médecins du Québec depuis vingt (20) ans ou plus;

AVIS **:** *Votre taux de rémunération est automatiquement ajusté par la RAMQ lorsque vous atteignez 20 ans de pratique.*

b) Il exerce sa profession principalement dans un lieu de pratique situé à une distance carrossable supérieure à quarante (40) kilomètres d'une installation de centre hospitalier et du point de service du réseau de garde intégré le plus rapproché. Lorsque le centre local de services communautaires responsable du point de service de garde ne peut offrir de périodes de garde au médecin qui en fait la demande, ce dernier est dispensé de la deuxième condition prévue précédemment et seule la distance de son lieu de pratique à l'installation du centre hospitalier est considérée. Aux fins de la présente disposition, les périodes de garde susmentionnées doivent compter parmi les périodes de garde qui, sur une base régulière, sont offertes par le centre en dehors des heures régulières d'ouverture du point de service visé;

Si le médecin exerce sa profession principalement dans une municipalité autre que celle où est situé cette installation du centre hospitalier, la distance se calcule selon les outils de mesure déterminés par les parties négociantes;

AVIS **:** *L'outil déterminé par les parties négociantes est « Google Maps Canada ».*

Si le médecin exerce principalement sa profession dans la même municipalité que celle où est situé ce centre hospitalier, la distance retenue correspond à la distance réelle existant entre le lieu de pratique du médecin et ce centre hospitalier;

AVIS **:** *Le médecin doit transmettre une lettre au Service de l'admissibilité et de la révision afin de précisier son lieu de pratique et la distance entre celui-ci et l'installation du centre hospitalier et du point de service du réseau de garde le plus rapproché.*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

c) il participe à la garde dans un point de service du réseau de garde intégré ou il détient une nomination de membre actif dans une installation de centre hospitalier;

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement a informé le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ de l'une ou l'autre de ces situations :*

- sa participation à la garde dans le cas d'un CLSC du réseau de garde intégré;

- son statut de membre actif dans le cas d'un centre hospitalier.

Ces renseignements sont transmis au moyen du formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) si le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes ou par lettre aux coordonnées susmentionnées si le médecin est rémunéré à l'acte pour l'ensemble de sa pratique dans l'installation.*

d) il exerce à honoraires fixes ou à tarif horaire et détient une nomination de plus de 17 heures et demie par semaine dans une installation d'un centre local de services communautaires ou d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, ou détient deux nominations de 17 heures et demie par semaine visant deux de ces installations ou détient dans une installation d'un centre d'hébergement de soins de longue durée une nomination de 17 heures et demie par semaine assurant sa part de garde en disponibilité et sous réserve des dispositions du paragraphe 1.3 ci-après, détient une nomination spécifique en centre hospitalier;

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement responsable du centre hospitalier où il détient sa nomination spécifique en informe la RAMQ. Cette information doit être transmise par le formulaire avis de service prévu à cet effet.*

e) il exerce, selon le mode de l'acte ou celui du tarif horaire, dans une ou des installations de centres d'hébergement et de soins de longue durée et, sous réserve des dispositions du paragraphe 1.3 ci-après, détient une nomination spécifique dans un centre hospitalier;

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement responsable du centre hospitalier où il détient sa nomination spécifique en informe la RAMQ. Cette information doit être transmise par le formulaire avis de service prévu à cet effet.*

f) il exerce dans une localité ou une partie de territoire situé à moins de quarante (40) kilomètres d'une installation de centre hospitalier ou du point de service du réseau de garde intégré le plus rapproché. Sa pratique dans cette localité ou cette partie de territoire doit être reconnue comme essentielle par l'établissement qui agit sur recommandation du département régional de médecine générale;

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ par lettre que sa pratique est considérée comme essentielle.*

Cette lettre doit être transmise aux coordonnées mentionnées au paragraphe 1.2 b).

1.3 Lorsque la nomination spécifique du médecin en centre hospitalier a pour objet exclusif l'octroi de privilèges de pratique en obstétrique, cette nomination, sauf recommandation en ce sens du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre, n'emporte pas l'application de la majoration sur la pratique du médecin visée au premier alinéa du paragraphe 1.2 ci-dessus.

Cette recommandation est effectuée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre lorsque la pratique obstétricale du médecin dans le centre est importante, compte tenu de la vocation de l'établissement qui exploite ce centre, du volume d'activités obstétricales du centre, du nombre de médecins s'adonnant à la pratique de l'obstétrique et de la localisation géographique du centre hospitalier visé.

Dans les quinze (15) jours de son adoption, le directeur des services professionnels du centre hospitalier transmet à la Régie de l'assurance maladie du Québec, une recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ayant pour objet l'application de la majoration sur la rémunération de base de la pratique du médecin visée au premier alinéa du paragraphe 1.2 ci-dessus.

1.4 Le médecin reçoit la majoration appliquée à la rémunération de base apparaissant sous la colonne « établissement » selon le préambule de la présente section, quel que soit son mode de rémunération, pour les services assurés qu'il dispense dans les municipalités régionales de comté de Kamouraska, Antoine-Labelle et Rivière-du-Loup (excluant les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix) s'il répond à une des conditions prévues au paragraphe 1.2. Toutefois, cette majoration de la rémunération ne s'applique qu'à l'égard des services dispensés en centre hospitalier, centre d'hébergement de soins de longue durée, centre de réadaptation, et dans tout centre local de services communautaires.

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe par lettre le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ relativement aux conditions prévues aux alinéas b), c) et f) du paragraphe 1.2.*

Cette lettre doit être transmise aux coordonnées mentionnées au paragraphe 1.2 b).

Article 2 - Majorations de rétention

2.1 Sous réserve du paragraphe 2.2 des présentes, les majorations de rétention s'appliquent au médecin qui a, selon la définition apparaissant à l'article 3 de la présente section, sa pratique principale dans un territoire désigné.

2.2 Le médecin qui compte dix-neuf (19) années de pratique et plus à compter de la date d'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec est admissible aux majorations de rétention applicables à la vingtième année de pratique à la condition que ce médecin soit également admissible aux majorations s'appliquant à la septième année de pratique selon la définition apparaissant à l'article 3 de la présente section.

Article 3 - Pratique principale

3.1 Un médecin est considéré avoir sa pratique principale dans un territoire désigné lorsqu'il effectue, dans un ou plusieurs territoires désignés incluant les secteurs isolés tel qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe, au moins 75 % de sa pratique totale dans le cadre du régime d'assurance maladie en termes de jours de pratique. Le calcul se fait sur la base de l'année civile et, pour les années d'arrivée et départ dans un territoire désigné, en ne considérant que les mois suivant la date d'arrivée ou antérieurs à la date de départ.

Aux fins du présent paragraphe, la pratique faite en cabinet incluant les visites à domicile dans le territoire des MRC d'Antoine Labelle, de Kamouraska et Rivière-du-Loup est réputée être faite en territoire désigné et comptabilisée dans le calcul des jours de pratique.

AVIS **:** *Le médecin doit aviser la RAMQ de son arrivée en territoire désigné en remplissant le formulaire* Déclaration de pratique principale continue dans les territoires désignés – Rémunération différente – Annexe XII – FMOQ *(3789).*

Lorsqu'il souhaite quitter le territoire, le médecin doit en informer la RAMQ par lettre en y précisant la date de son départ. Cette lettre doit être transmise aux coordonnées mentionnées au paragraphe 1.2 b).

La vérification de la pratique principale s'effectue une fois par année après le délai de facturation habituellement accordé au médecin.

3.2 La pratique faite dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale n'est pas considérée dans le calcul de la pratique principale en région désignée tel que décrit au sous-paragraphe précédent.

Article 4 - Pratique principale continue

4.1 Sous réserve du paragraphe 4.2, une pratique principale est dite continue, aux fins d'application de la présente section, lorsqu'elle est exercée sans interruption de plus de vingt-quatre (24) mois dans une ou plusieurs régions visées à la présente annexe.

4.2 N'est pas considérée comme une interruption toute absence d'au plus de 12 mois, située à l'intérieur d'une pratique principale en région désignée et pendant laquelle le médecin ne reçoit aucune autre rémunération pour des services professionnels dispensés à moins d'autorisation du comité paritaire. De même, ne sont pas considérées comme une interruption une période d'absence pour un congé de maternité ou d'adoption, sans égard à sa durée, ou pour une invalidité totale temporaire de plus de treize semaines. Dans un tel cas, le médecin avise la Régie de la date de début et de fin de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité.

AVIS **:** *Le médecin doit transmettre l'information concernant la durée de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité par lettre au Service de l'admissibilité et de la révision aux coordonnées mentionnées sous le paragraphe 1.2 b).*

Toutefois, lorsque cette absence s'étend sur deux années civiles, on considère chaque année civile séparément, de sorte que la partie de l'absence est reconnue si le médecin a une pratique principale en région désignée au cours de l'année civile comprenant cette partie d'absence.

4.3 Aux fins du cumul des années de pratique principale continue visé au présent article, une année de pratique est comptabilisée, comme telle, sur la base de l'année civile, lorsque les exigences décrites au sous-paragraphe 3.1 de la présente section en termes de pourcentage de jours de pratique sont rencontrées. Pour les années d'arrivée et de départ dans une région désignée, sont cumulés aux fins du calcul des années de pratique les mois de pratique principale dans une région désignée.

Toute absence ou partie d'absence au sens du paragraphe 4.2 est réputée être une période de pratique principale et comptabilisée aux fins du calcul des années de pratique principale continue.

Sont également considérées comme des périodes de pratique principale continue et comptabilisées à ce titre aux fins du présent article, les périodes de travail effectuées en tant que directeur des services professionnels d'un établissement situé dans un territoire désigné.

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe par lettre le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ des périodes de travail qu'il a effectuées en tant que directeur des services professionnels.*

Cette lettre doit être transmise aux coordonnées mentionnées au paragraphe 1.2 b).

4.4 Aux fins de la comptabilisation des années de pratique, sauf pour la période d'absence due à un congé d'invalidité totale, toute interruption de plus de vingt-quatre (24) mois annule les années de pratique cumulées antérieurement à cette interruption sous réserve d'une dérogation autorisée par le comité paritaire prévu à la section III de la présente annexe.

AVIS **:** *Le médecin doit aviser la RAMQ par lettre dès qu'une période d'invalidité totale est connue ou modifiée. Cette lettre doit être accompagnée d'un certificat d'arrêt de travail signé par le médecin traitant et préciser la période d'arrêt et que l'invalidité est totale.*

Cette information permettra au médecin de conserver ses acquis en territoires désignés si la période d'absence pour invalidité totale est de 24 mois ou plus.

Cette lettre doit être transmise aux coordonnées mentionnées au paragraphe 1.2 b).

4.5 Pour bénéficier des dispositions relatives aux majorations de rétention prévues à la présente section, le médecin doit en faire la demande à la Régie et lui préciser par le biais d'une déclaration le nombre d'années cumulées aux fins du présent article.

AVIS **:** *Le médecin qui débute sa pratique principale en territoire désigné doit en informer la RAMQ en remplissant le formulaire* Déclaration de pratique principale continue dans les territoires désignés – Rémunération différente – Annexe XII – FMOQ *(3789).*

Article 5 - Dépannage

5.1 Sous réserve du paragraphe 5.2 de la présente section, le médecin qui exerce dans le cadre du dépannage en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale est rémunéré à 115 % du tarif de base s'il est dépêché auprès d'une installation situé dans une région désignée excluant les secteurs isolés III, IV ou V tels qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe ou à 120 % s'il est dépêché dans un établissement situé dans les secteurs isolés III, IV ou V tels qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe.

AVIS **:** *Le médecin est payé à 115 % s'il se rend dans les secteurs I et II de la section II de l'annexe XII et dans les autres territoires désignés excluant les secteurs III, IV ou V où il est alors payé à 120 %.*

5.2 Le médecin qui exerce dans le cadre du dépannage en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale et dont la pratique principale se situe dans une région désignée selon les conditions apparaissant à l'article 3 de la section I de la présente annexe est rémunéré comme s'il exerçait, de façon régulière, dans l'établissement auprès duquel il est dépêché comme dépanneur.

AVIS **:** *Voir la description des groupes au début de la présente section I.*

SECTION II - AUTRES MESURES INCITATIVES

AVIS **:** *Remplir le formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336). Voir le* Guide de facturation – Mesures incitatives.

Article 1 - Primes d'éloignement ou d'isolement

1.1 Les secteurs suivants sont considérés comme isolés aux fins du présent article :

SECTEUR V :

Les localités de Tasiujak, Ivujivik, Kangiqsualujjuaq, Aupaluk, Quaqtaq, Akulivik, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Salluit, Tarpangajuk;

SECTEUR IV :

Les localités de Wemindji, Eastmain, Fort-Rupert (Waskagheganish), Nemiscau (Nemaska), Inukjuak, Povungnituk;

SECTEUR III :

Le territoire situé au nord du 51e degré de latitude incluant Mistassini, Kuujjuak, Umiujaq, Kuujjuarapik, Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo), Chisasibi, Baie James (Radisson), Schefferville, Kawawachikamach et Waswanipi à l'exception de Fermont et des localités spécifiées aux secteurs IV et V;

Les localités de Parent, Champlain, partie Rivière Windigo (Sanmaur) et Abitibi, partie Obedjiwan (Clova);

Le territoire de la Côte-Nord, s'étendant à l'est de Havre St-Pierre, jusqu'à la limite du Labrador, y compris l'Île d'Anticosti.

SECTEUR II :

La municipalité de Fermont;

Le territoire de la Côte-Nord, situé à l'est de la Rivière Moisie et s'étendant jusqu'à Havre St-Pierre inclusivement;

Les Îles-de-la-Madeleine.

SECTEUR I :

Les localités de Chibougamau, Chapais, Matagami, Baie James (Joutel), Lebel-sur-Quévillon, Témiscaming et Ville-Marie.

1.2 Le médecin qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans l'un ou l'autre des secteurs mentionnés ci-dessus reçoit, après une période continue d'au moins dix (10) mois, la prime d'éloignement ou d'isolement annuelle suivante :

Avec dépendants

	Actuelle	1er janvier 2003	1er avril 2006	1er avril 2007	1er avril 2008	1er avril 2009
***Secteur* V**	16 295 $	16 621 $	16 953 $	17 292 $	17 638 $	17 991 $
***Secteur* IV**	13 813 $	14 089 $	14 371 $	14 658 $	14 951 $	15 250 $
***Secteur* III**	10 622 $	10 834 $	11 051 $	11 272 $	11 497 $	11 727 $
***Secteur* II**	8 441 $	8 610 $	8 782 $	8 958 $	9 137 $	9 320 $
***Secteur* I**	6 825 $	6 962 $	7 101 $	7 243 $	7 388 $	7 536 $

Sans dépendants

	Actuelle	1er janvier 2003	1er avril 2006	1er avril 2007	1er avril 2008	1er avril 2009
***Secteur* V**	9 243 $	9 428 $	9 617 $	9 809 $	10 005 $	10 205 $
***Secteur* IV**	7 836 $	7 993 $	8 153 $	8 316 $	8 482 $	8 652 $
***Secteur* III**	6 740 $	6 773 $	6 908 $	7 046 $	7 187 $	7 331 $
***Secteur* II**	5 626 $	5 739 $	5 854 $	5 971 $	6 090 $	6 212 $
***Secteur* I**	4 774 $	4 869 $	4 966 $	5 065 $	5 166 $	5 269 $

Aux fins d'application des présentes, est réputé avoir sa résidence principale dans la localité ou la municipalité ci-haut mentionnée le médecin qui a sa résidence principale à moins de cinquante (50) kilomètres de cette localité ou municipalité.

1.3 Le médecin à demi-temps exerçant dans un des secteurs ci-haut mentionnés reçoit la moitié de cette prime.

1.4 La prime prévue ci-dessus est payée trimestriellement au prorata de la durée du séjour dans chaque secteur donné.

AVIS **:** *Les trimestres se répartissent comme suit :*

1er – mai, juin et juillet;

2e – août, septembre et octobre;

3e – novembre, décembre et janvier;

4e – février, mars et avril.

Le paiement de la prime est effectué au cours du mois qui suit la fin du trimestre.

Le médecin qui s'installe en région doit faire une première demande de prime à la RAMQ par lettre ou en utilisant le formulaire Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336).*

Par la suite, les primes lui seront versées automatiquement.

1.5 Sous réserve du paragraphe précédent, la Régie cesse de verser la prime d'isolement ou d'éloignement établie en vertu de la présente section si le médecin et ses dépendants quittent délibérément le territoire lors d'un congé ou d'une absence rémunéré de plus de trente (30) jours, sauf s'il s'agit de congé annuel, de congé férié, de congé de maladie, de congé de maternité ou d'adoption, d'un séjour de ressourcement, d'une reprise de temps supplémentaire, d'absence pour accident du travail, maladie professionnelle ou retrait préventif.

1.6 Les paragraphes 1.3 et 1.5 s'appliquent au médecin rémunéré à l'acte incluant la vacation ou au tarif horaire en faisant les adaptations appropriées.

1.7 Dépendant :

Le conjoint et, le cas échéant, l'enfant à charge tels que définis à l'article sur le régime d'assurances et tout autre dépendant au sens de la *Loi sur les impôts*, à condition que celui-ci réside avec le médecin. Cependant, aux fins de la présente annexe, les revenus tirés d'un emploi par le conjoint du médecin n'ont pas pour effet de lui enlever son statut de dépendant. Le fait pour un enfant de fréquenter une école secondaire dans un autre endroit que le lieu de résidence du médecin ne lui enlève pas son statut de dépendant.

1.8 Lorsque les conjoints, au sens de l'article sur les régimes d'assurances sont deux médecins, un (1) seul des deux (2) peut, s'il y a un dépendant autre que le conjoint, se prévaloir de la prime applicable au médecin avec dépendant. S'il n'y a pas d'autre dépendant que le conjoint, chacun a droit à la prime sans dépendant.

1.9 Point de départ :

Domicile au sens légal du terme au moment de la nomination, dans la mesure où ce domicile est situé dans une localité du Québec. Sous réserve qu'il soit situé dans une localité du Québec, ce point de départ peut être modifié par entente entre l'établissement et le médecin.

1.10 Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui exerce sa profession dans un territoire énuméré au paragraphe 1.1 de la section II de l'annexe XII bénéficie, selon les modalités qu'il convient avec son établissement, des congés que lui octroie l'article 3.00 de l'annexe VI de l'Entente.

Pourvu que les congés en cause soient pris dans l'année pour laquelle ils ont été prévus, ces modalités comprennent notamment, malgré l'article 3.00 précité, toute condition afférente au report de ces congés, leur cumul ou leur prise par anticipation.

L'établissement informe la Régie des modalités arrêtées selon le présent paragraphe.

Article 2 - Frais de sortie

2.1 Le médecin et, s'il en est, ses dépendants, ont droit aux sorties suivantes, aller-retour, et aux frais inhérents :

a) quatre (4) sorties par année pour le médecin sans dépendant et trois (3) sorties par année pour le médecin avec dépendants (entre le 1er mai et le 30 avril) s'il a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités des secteurs III, sauf celles énumérées au paragraphe b) suivant, dans les localités des secteurs IV et V et celle de Fermont;

b) une (1) sortie par année (entre le 1er mai et le 30 avril) s'il a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités de Parent, Champlain, partie Rivière Windigo (Sanmaur) et Abitibi, partie Obedjiwan (Clova), Havre St-Pierre, celles des Îles-de-la-Madeleine et les localités du secteur I et du secteur II non mentionnées au paragraphe a).

2.2 Ces frais sont remboursés au médecin, au plus tard quarante-cinq (45) jours de la réception des pièces justificatives, pour lui-même et ses dépendants jusqu'à concurrence, pour chacun, de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour, vol régulier de la localité où il exerce ses fonctions, jusqu'au point d'arrivée situé au Québec ou jusqu'à Montréal. Toute réclamation doit normalement être facturée dans les quatre-vingt-dix (90) jours de l'événement.

2.3 Le droit d'une sortie octroyé au médecin et à ses dépendants peut être utilisé par un conjoint non-résident, un parent non-résident ou un ami pour rendre visite au médecin habitant une des régions mentionnées au paragraphe 1.1. Les dispositions du présent article s'appliquent quant au remboursement de frais.

2.4 Sous réserve du paragraphe 2.2, les frais de transport lui sont remboursés par la Régie, sur présentation de pièces justificatives, selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi) ou pour la location d'une voiture ou selon une indemnité par kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'usage de son automobile, dont le taux est le double du taux du kilomètre autorisé par le Conseil du trésor du Québec pour les premiers 8 000 kilomètres dans la *« Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents »*.

AVIS **:** *L'utilisation du **taxi** comme moyen de transport doit être justifiée et est réservée à de courtes distances pour lesquelles il faut indiquer les points de départ et de destination. L'utilisation du taxi n'est autorisée que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.*

*La location d'une **voiture** est autorisée pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun qui ne permet pas au médecin de se rendre au lieu de destination.*

AVIS **:** *Selon la directive, à compter du 1er avril 2023 le taux correspond à 1,19 $ du kilomètre, (distance unidirectionnelle) soit 0,595 x 2.*

Taux par kilomètre

- À partir du 2019-04-01 : 0,93 $

- À partir du 2020-04-01 : 0,96 $

- À partir du 2021-04-01 : 0,98 $

- À partir du 2022-04-01 : 1,09 $

- À partir du 2023-04-01 : 1,19 $

L'outil déterminé par les parties négociantes est Google Maps Canada.

Consulter la rubrique Frais de déplacement.

2.5 Le bénéfice de ces frais de sortie ne peut être reporté d'une année à l'autre. Exceptionnellement, sous réserve d'une entente avec le chef du département ou celui qui en assume les fonctions relativement aux modalités de récupération, le médecin visé par les présentes peut, avec ses dépendants, anticiper une sortie dans le cas du décès d'un proche parent qui résidait à l'extérieur de la localité dans laquelle le médecin exerce.

Au sens du présent paragraphe, un proche parent est défini comme suit : conjointe ou conjoint, enfant, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, gendre et bru. Toutefois, en aucun cas, cette anticipation ne peut conférer au médecin ou à ses dépendants un nombre de sorties supérieur à celui auquel il a droit.

2.6 Sauf dans le cas prévu au paragraphe 2.3, un droit de sortie selon le présent article est un droit qui est rattaché à la personne de son bénéficiaire, qu'il s'agisse du médecin ou, le cas échéant, d'un dépendant.

Ce droit peut être exercé par un dépendant sans la présence du médecin, ou vice versa.

Lorsque le sous-paragraphe précédent reçoit application, la sortie effectuée n'est débitée, par la Régie, qu'au seul bénéficiaire qui s'en est prévalu.

Article 3 - Frais de déménagement

3.1 Le médecin qui s'installe dans une localité des secteurs I à V visés au paragraphe 1.1 de la présente section pour y exercer sa profession sur une base régulière a droit au remboursement des frais de déménagement, celui-ci comprenant l'aller ainsi que le retour. Ces frais couvrent, aller-retour :

a) le coût du transport du médecin déplacé et de ses dépendants qui lui est remboursé conformément à l'article 2.4. Le coût de l'utilisation de sa voiture personnelle lui est remboursé à demi-tarif;

b) le coût du transport de ses effets personnels et de ceux de ses dépendants jusqu'à concurrence de :

228 kilogrammes pour chaque adulte ou chaque enfant de 12 ans et plus;

137 kilogrammes pour chaque enfant de moins de 12 ans;

c) le coût du transport de ses meubles meublants s'il y a lieu;

d) le coût du transport du véhicule motorisé s'il y a lieu et ce par route, par bateau ou par train;

e) le coût d'entreposage de ses meubles meublants s'il y a lieu.

3.2 Pour avoir droit à ces frais de déménagement et d'entreposage, le médecin doit soumettre au préalable à la Régie deux (2) estimés ou évaluations des coûts de chacune de ces dépenses.

AVIS : *Joindre les pièces justificatives appropriées et transmettre l'information :*

Par la poste
Service du paiement et de la logistique
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 643-7585

3.3 Le médecin doit avoir sa résidence principale et exercer sa profession dans l'un ou l'autre des territoires ou localités ci-dessus mentionnés pour une période d'au moins un (1) an. À défaut, le médecin doit rembourser à la Régie un montant des frais de déménagement qu'il a reçu équivalant au prorata du temps non complété.

3.4 Dans le cas où le médecin admissible aux dispositions des sous-paragraphes b), c) et d) du paragraphe 3.1 décide de ne pas s'en prévaloir immédiatement, en totalité ou en partie, il y demeure admissible pendant l'année qui suit la date de sa nomination.

3.5 Aux fins du présent article, ces frais sont assumés par la Régie entre le point de départ et le lieu où le médecin s'installe et sont remboursés au médecin au plus tard quarante-cinq (45) jours de la réception des pièces justificatives.

Dans le cas du médecin recruté à l'extérieur du Québec, ces frais sont assumés par la Régie sans excéder l'équivalent des coûts entre Montréal et la localité où le médecin est appelé à exercer ses fonctions.

Dans le cas où les deux (2) conjoints, au sens de l'article sur les régimes d'assurances, sont deux (2) médecins, un (1) seul des deux (2) conjoints peut se prévaloir des bénéfices accordés à la présente section. Dans le cas où un des conjoints a reçu, pour ce déménagement, des bénéfices équivalents de la part d'une autre source, la Régie n'est tenue de rembourser que la différence entre le montant qu'elle aurait versé au médecin et le montant versé au conjoint.

3.6 Le poids de 228 kilogrammes prévu au sous-paragraphe b) du paragraphe 3.1 est augmenté de 45 kilogrammes par année d'exercice passée sur le territoire et ce jusqu'à un maximum de 90 kilogrammes. Cette disposition couvre exclusivement le médecin.

3.7 Une fois les estimés ou évaluations soumises à la Régie, le médecin peut obtenir une avance dont le montant ne saurait excéder 80 % du montant agréé par la Régie.

3.8 Lorsque le médecin cesse d'exercer sa profession sur une base régulière dans une localité des secteurs I à V visés au paragraphe 1.1 de la présente section, la Régie continue d'assumer le coût d'entreposage de ses meubles meublants pour une période maximale de deux (2) mois suivant sa date de départ de ces secteurs.

Toutefois, le médecin qui avise la Régie de son intention de reprendre ses activités professionnelles sur une base régulière dans une des localités des secteurs I à V visés au paragraphe 1.1 de la présente section jusqu'à douze (12) mois suite à son départ de ces secteurs, continue de bénéficier du remboursement du coût d'entreposage de ses meubles meublants durant cette période. Advenant qu'il ne reprenne pas ses activités professionnelles sur une base régulière à l'intérieur de la période de douze (12) mois tel que prévu dans son avis à la Régie, il est réputé avoir cessé d'exercer sa profession sur une base régulière à compter de la date effective de son départ de ces secteurs. En ce cas, le médecin devra rembourser les sommes payées par la Régie pour le coût de l'entreposage de ses meubles meublants visant la période postérieure au deux (2) mois suivant sa date de départ de ces secteurs.

AVIS **:** *Si le médecin prévoit revenir dans la région pendant les 12 mois suivant son départ, il doit informer la RAMQ en spécifiant la* ***date de départ*** *et la* ***date de retour prévue*** *dans la section* Renseignements complémentaires *de la* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336)*.

Article 4 - Assurance responsabilité professionnelle

4.1 Le médecin rémunéré à honoraires fixes, au tarif horaire, à la vacation au *per diem* ou à forfait qui a sa résidence principale et exerce sa profession dans certains secteurs isolés énumérés à la section II de la présente annexe (secteurs II à V) a droit au remboursement par la Régie de la différence entre la prime totale qu'il a acquittée et la franchise prévue pour l'année en cours selon les dispositions de l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle*.

Le montant du remboursement visé au présent article ne peut excéder le montant de la différence entre le montant de la prime annuelle maximale fixée par l'Association canadienne de protection médicale et le montant de la franchise déterminée pour la même année.

Article 5 - Frais de formation continue et frais de séjour de formation continue

5.1

a) Le médecin qui a une pratique active dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre conformément au 5e alinéa de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* selon les dispositions du paragraphe 5.8 du présent article bénéficie de séjours d'un maximum de vingt (20) jours de formation après chaque période de douze (12) mois pendant lesquels il a exercé sa profession dans ces territoires. Un séjour de formation comprend les jours et le temps de déplacement nécessaire pour se rendre et revenir d'une formation, si applicable. Ce déplacement peut se faire un jour différent de celui de la formation.

Dans les trente (30) jours suivant sa date d'installation dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre, conformément au 5e alinéa de l'article 19 de la Loi, ou de la réception d'un avis à cet effet, la Régie transmet au médecin, déjà rémunéré à honoraires fixes, l'état des jours de perfectionnement accumulés et utilisés, calculés au prorata des mois ouvrés du 1er mai précédant jusqu'à son arrivée dans les territoires visés ainsi que des jours reportés.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui s'installe dans un territoire déterminé doit faire la demande de son bilan à la RAMQ.*

Le médecin rémunéré à honoraires fixes pourra utiliser, au cours de sa première année d'exercice dans les territoires déterminés, ces jours accumulés. Le médecin qui ne peut utiliser durant sa première année d'exercice dans les territoires déterminés, le solde de ces jours accumulés, pourra reporter à l'année suivante et pour cette seule année, les jours accumulés non utilisés.

Le médecin, peu importe son mode de rémunération, qui ne bénéficie d'aucun jour de perfectionnement accumulé ou qui bénéficie de moins de dix (10) jours peut au cours de la première année, utiliser par anticipation les journées de formation jusqu'à concurrence d'un nombre maximum de jours lui permettant d'obtenir au total dix (10) jours pendant des séjours de formation au cours de la première année.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit utiliser les codes de congé suivants :*
*- **09** Perfectionnement;*
*- **18** Formation ou ressourcement anticipé.*

Si le médecin avait, au moment de son arrivée, utilisé plus de jours de perfectionnement que le nombre accumulé, les jours pris en trop seront considérés comme anticipés.

Les jours reportés au 1er mai précédant son arrivée dans les territoires déterminés sont utilisés jusqu'au 1er mai suivant préalablement à toute anticipation.

b) Le médecin qui a une pratique active selon les dispositions du paragraphe 5.8 du présent article dans les territoires visés par l'*Entente particulière relative au Grand-Nord* ou par l'*Entente particulière relative aux régions 17 et 18 et au Centre de santé de la Basse Côte-Nord* peut, toutefois, par période de douze (12) mois de pratique dans les territoires visés, bénéficier de séjours de formation visés au premier alinéa du paragraphe 5.1 a). Il peut s'en prévaloir en tout temps. Advenant un départ avant la fin de la période de douze (12) mois, il aura eu droit au nombre de jours pendant des séjours de formation correspondant au prorata des mois ouvrés.

Dans les trente (30) jours suivant la date de son installation dans les territoires visés au présent alinéa ou de la réception d'un avis à cet effet, la Régie transmet au médecin, déjà rémunéré à honoraires fixes, l'état des jours de perfectionnement accumulés et utilisés, calculés au prorata des mois ouvrés du 1er mai précédant jusqu'à son arrivée, ainsi que des jours reportés.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui s'installe dans un territoire déterminé doit faire la demande de son bilan à la RAMQ.*

Le médecin rémunéré à honoraires fixes pourra, au cours de sa première année d'exercice, utiliser le solde des jours accumulés au moment de son arrivée. Le médecin qui ne peut les utiliser durant sa première année d'exercice, pourra reporter à l'année suivante et pour cette seule année, les jours non utilisés.

Si le médecin rémunéré à honoraires fixes a, au moment de son arrivée dans les présents territoires, utilisé plus de jours de perfectionnement que le nombre accumulé, les jours pris en trop seront déduits des vingt (20) jours pendant des séjours de formation auquel il a droit pour sa première période de douze (12) mois.

Les jours reportés au 1er mai précédant son arrivée peuvent être utilisés jusqu'au 1er mai suivant.

5.2 Le séjour de formation doit s'effectuer dans le cadre d'un programme ou d'un congrès de formation offert au Québec. Les cours de développement professionnel continu (DPC) doivent répondre aux critères de l'approche méthodique en DPC (décrite dans le code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM), et être décernés par un organisme agréé en DPC par le Collège des médecins du Québec (CMQ) apparaissant à l'Annexe I de l'Annexe XIX de l'Entente. La durée minimale de l'activité est d'une heure pour les activités en présence et de trois heures pour les activités en webdiffusion Les activités en webdiffusion doivent se tenir en direct et la plateforme de webdiffusion doit être en mesure de confirmer la présence en ligne du médecin.

AVIS **:** *Consulter la liste des organismes agréés par le Collège des médecins du Québec paraissant à l'annexe I de l'Annexe XIX.*

AVIS **:** *Pour les activités de formation continue rendues à l'extérieur du Québec, les activités organisées par des organismes québécois avec la simple participation d'un organisme reconnu et accrédité par les autorités compétentes dans la province ou le pays concerné ne sont pas admissibles.*

Lorsque la qualité du réseau Internet ne permet pas au médecin exerçant dans certains territoires visés par la présente annexe de participer à une journée de formation via la webdiffusion en directe, le déplacement du médecin exerçant au sein de certains territoires pour assister à une telle activité de formation constitue un déplacement pour les fins du paragraphe 5.3 b). Le médecin a alors droit, après autorisation du comité paritaire, qui doit être préalable à la tenue de la première activité, de se prévaloir des modalités de remboursement des frais prévus au paragraphe 5.3 pour ce séjour. Le comité paritaire informe la Régie des médecins visés par le présent paragraphe.

AVIS **:** *Pour se prévaloir des modalités de remboursement des frais prévues à son entente, le médecin doit mentionner que la qualité du réseau internet ne lui permet pas de participer à une formation en webdiffusion dans la section* Renseignements complémentaires *du formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336).*

Toutefois, le médecin peut, deux fois par année, avec l'accord préalable du Comité consultatif sur la répartition, se prévaloir d'un séjour de formation à l'extérieur du Québec que le médecin y assiste en présence ou en webdiffusion en direct. Par définition, une activité de formation continue dispensée à l'extérieur du Québec est une activité organisée par un organisme reconnu et accrédité par les autorités compétentes dans la province ou le pays concerné. Ne sont pas considérés comme séjours de formation à l'extérieur du Québec ceux effectués à Ottawa, Campbellton (Nouveau-Brunswick) et dans la province de Terre-Neuve.

L'accord du Comité de répartition porte limitativement sur la durée du séjour de formation projetée ainsi que sur le mérite scientifique du programme ou du congrès de perfectionnement visé.

5.3 Le médecin qui bénéficie d'un séjour de formation ou d'un séjour de perfectionnement selon les modalités du paragraphe 5.1 a droit au remboursement des frais suivants :

a) Un montant de 838 $ au 1er octobre 2018 et de 846 $ au 1er octobre 2019 par jour de perfectionnement ou par jour pendant un séjour de formation. Le médecin à honoraires fixes reçoit uniquement son traitement.

NOTE : Pour les activités en présence, le médecin peut se prévaloir d'une demi-journée ou d'une journée entière, sans égard à la durée de l'activité.

Pour les activités en webdiffusion, le médecin peut se prévaloir d'une demi-journée de formation pour une activité d'une durée minimale de trois (3) heures et d'une journée de formation pour
une activité d'une durée minimale de six (6) heures.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit utiliser le code de congé* ***19****.*

b) Le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation (maximum 4 fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la présente section.

Toutefois, lorsque le séjour de formation est effectué à l'extérieur du Québec, les frais de transports alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin jusqu'à un point d'arrivée situé au Québec ou jusqu'à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la présente section.

c) Une allocation forfaitaire de 255 $ au 1er octobre 2018 et de 258 $ au 1er octobre 2019 par jour pendant un séjour de formation pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais).

d) Lorsque le médecin se prévaut de l'anticipation de ses jours de formation les transports aller-retour sont déduits du nombre maximum prévu à l'alinéa b).

Le médecin doit, pour obtenir rémunération ou remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation du séjour de perfectionnement. Cette rémunération et ce remboursement se font selon la procédure prévue au paragraphe 19.00 de l'Entente générale. Le médecin doit produire à la Régie, les pièces justificatives attestant sa participation dont, s'il s'agit d'une formation par webdiffusion, la confirmation de sa présence en ligne et de sa durée, et ce, au plus tard trois mois après la prise de la journée de formation, la prise de congé ou lors de sa facturation.

5.4 Pendant le temps qu'il exerce sa profession dans les territoires déterminés, les dispositions prévues aux paragraphes 5.01 et 5.02 de l'annexe VI ne s'appliquent pas.

5.5 Le cumul des journées de formation ne peut excéder quatre-vingt (80) jours.

5.6 Les dispositions des paragraphes 5.1 à 5.5 ne s'appliquent pas au médecin qui exerce sa profession dans les municipalités régionales de comté de Kamouraska, Rivière-du-Loup et Antoine-Labelle. (Rétroactif au 1er juin 1990) à l'exception des municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix.

5.7 Malgré le paragraphe 5.07 de l'annexe VI, lorsque le médecin quitte les territoires visés par la présente annexe, ses journées accumulées doivent être prises dans l'année qui suit la date de son départ. Dans ce cas, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 5.3 a).

5.8 Le médecin a une pratique active dans les territoires visés s'il reçoit, en excluant la rémunération versée dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l' Entente générale, une rémunération mensuelle minimale de 4 000 $ ou de 2 000 $ qui, dans ce cas, doit être répartie sur un minimum de dix (10) jours de facturation. Cette évaluation doit tenir compte des vacances et des séjours de formation pour une durée d'au plus deux (2) mois par année.

SECTION III - AUTRES DISPOSITIONS

Article 1 - Comité paritaire

1.1 Outre les fonctions prévues dans le cadre de l'article 32.00 de l'entente générale et celles déjà prévues dans le cadre de la présente annexe, le comité paritaire est responsable d'évaluer tout problème d'application des dispositions de cette annexe et de prendre les décisions relatives à l'application de certaines mesures qu'il juge pertinentes.

ANNEXE XII-A

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES NON DÉSIGNÉS PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE CONFORMÉMENT AU 5e ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI

AVIS **:** *Consulter la rubrique* Rémunération différente (annexes XII et XII-A).

1. Le médecin reçoit 115 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale, quel que soit son mode de rémunération, pour les services qu'il fournit dans une installation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans une installation d'un centre de réadaptation, dans une installation d'un centre hospitalier à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans l'installation du centre hospitalier auquel il est rattaché ou dans une installation d'un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde dans cet établissement dans les territoires suivants :

- - Région du Saguenay-Lac-St-Jean pour la partie de son territoire non désigné

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement a informé le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ de sa participation à la garde d'un CLSC du réseau de garde intégré ou de son statut de membre actif dans le cas d'un centre hospitalier auquel il est rattaché pour les services en santé publique.*

Cette information est transmise par avis de service si le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes ou par lettre s'il est rémunéré à l'acte pour l'ensemble de sa pratique dans l'installation.

2. Le médecin qui exerce au CLSC, en cabinet ou à domicile à l'Anse St-Jean dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean, reçoit 115 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale s'il répond à une des conditions apparaissant à la section I de l'annexe XII, paragraphe 1.2.

AVIS **:** *Pour les conditions donnant droit à la majoration, voir les avis administratifs sous le paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'Entente.*

3. Le médecin reçoit 105 % de la rémunération de base, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés dans une installation du centre hospitalier à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans l'installation du centre hospitalier auquel il est rattaché s'il exerce dans un des centres hospitaliers suivants :

AVIS **:** *Le médecin doit s'assurer que l'établissement a informé le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ de son statut de membre actif dans le cas d'un centre hospitalier auquel il est rattaché pour les services en santé publique.*

Cette information est transmise par avis de service pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

Région de Québec *(03)*

- Hôpital de Baie-Saint-Paul *(0237X et 42370)*

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec *(04)*

- GMF-U de Shawinigan (48231)
- Hôpital Ste-Croix *(0277X et 42770)*
- Hôpital du Centre-de-la-Mauricie *(0185X, 0180X et 41850)*
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska *(0275X et 42750)*

- Pavillon Saint-Joseph et Pavillon Sainte-Marie *(0182X, 0183X, 41821, 41837 et 41830)*

Région de l'Estrie *(05)*

- CSSS du Granit *(0112X et 41120)*

Région de l'Outaouais *(07)*

- Hôpital Mémorial de Wakefield *(0131X et 41310)*
- Hôpital de Hull *(0126X et 41260)*
- Hôpital de Gatineau *(0769X et 47690)*
- Hôpital de Papineau *(0125X et 41250)*
- Centre hospitalier Pierre-Janet *(0082X)*

Région de Chaudière-Appalaches *(12)*

Hôpital de Saint-Georges *(0287X et 42870)*
Hôpital de Thetford Mines *(0280X et 42800)*
Hôpital de Montmagny *(0303X et 43030)*

Région de la Montérégie *(16)*

- Hôtel-Dieu de Sorel *(0092X et 40920)*

4. Le médecin reçoit 105 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un des CLSC du réseau de garde ou d'un centre hospitalier suivants :

Région de la Capitale-Nationale *(03)*

CLSC de Saint-Marc-des-Carrières *(90682)*
Hôpital régional de Portneuf/CLSC St-Raymond *(02357)*

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec *(04)*

- CLSC de Fortierville *(90642)*

Région de l'Outaouais *(07)*

- CLSC et centre d'hébergement La Petite-Nation *(90602)*

Région de Chaudière-Appalaches *(12)*

CLSC et centre d'hébergement de Lac-Etchemin *(90572)*
CLSC et centre d'hébergement de St-Jean-Port-Joli *(91222)* et CLSC de St-Pamphile *(90662)*
CLSC de St-Fabien-de-Panet *(91322)*

Région de Lanaudière *(14)*

- CLSC de St-Michel-des-Saints *(80025)*

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :***
- Pour le Centre hospitalier Portneuf/CLSC de Portneuf (02357), utiliser le secteur de dispensation 07 en tout temps.
- Pour les autres installations, utiliser le secteur de dispensation correspondant à la période de facturation :

Journées concernées	***Heures concernées***	***Secteur dispensation***
Tous les jours de la semaine	*de 0 h à 8 h*	*35*
Samedi, dimanche ou jour férié	*de 8 h à 24 h*	*34*
Lundi au jeudi, à l'exception d'un jour férié	*de 20 h à 24 h*	*32*
Vendredi, à l'exception d'un jour férié	*de 20 h à 24 h*	*33*
Lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié	*de 8 h à 20 h*	*07*

Rémunération à l'acte

Les services suivants rendus dans un service de consultation médicale physiquement dissocié du service d'urgence ***ne doivent pas être majorés*** *:*
codes de facturation ***00005, 00006, 00056, 00057, 08807, 08808, 00097, 00098, 08809, 08810, 08882 à 08885, 09116, 09117, 09119, 09120, 08992, 08993*** *et* ***08996****.*

5. Sous réserve de l'article 2 ci-dessus, un médecin reçoit 105 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés en cabinet, à domicile ou dans un CLSC de la région du Saguenay-Lac-St-Jean pour la partie de son territoire non désigné.

6. Le médecin reçoit 110 % de la rémunération de base, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés à l'Hôpital de La Malbaie (**0231X et 42310**), à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans ce centre hospitalier.

AVIS **:** *Le médecin qui travaille en santé publique rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes doit s'assurer que l'établissement a transmis au Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ un avis de service pour l'informer de son statut de membre actif.*

7. Sous réserve du deuxième alinéa ci-dessous, un médecin qui exerce en cabinet au GMF De la Rouge dans la région des Laurentides reçoit 115 % de la rémunération de base prévue à l ‘entente générale pour les services dispensés dans la municipalité de Labelle soit en cabinet au site du GMF (Clinique médicale de Labelle), à domicile, au CLSC de Labelle ou au Centre d'hébergement de Labelle.

Il en va de même pour le médecin qui exerce au sein du GMF du Pontiac pour les services dispensés pour le point de service du CLSC Quyon incluant les services dispensés à domicile depuis ce point de service.

Aux fins de la présente disposition, le médecin doit répondre à une des conditions apparaissant à la section l de l‘annexe Xll, paragraphe 1.2.

AVIS **:** *Le médecin membre du GMF de la Rouge bénéficie du taux de rémunération de 115 % pour sa pratique :*

- *à la Clinique médicale de Labelle (54030);*
- *au CLSC de Labelle (80135);*
- *au Centre d'hébergement de Labelle (12185);*
- *à domicile.*

Le médecin membre du GMF du Pontiac bénéficie du taux de rémunération de 115 % pour sa pratique au CLSC Quyon (80155).

Ailleurs dans les municipalités de Labelle ou de Pontiac, le taux de rémunération est de 100 %.

Voir les avis administratifs sous le paragraphe 1.2 de la section l de l'annexe XII pour plus d'information sur les conditions donnant droit à une majoration.

ANNEXE XIII

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES, LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

AVIS **:** *L'annexe XIII est modifiée par l'*Amendement n° 178 *en vigueur depuis le 1er avril 2018. Cet amendement prend effet le 1er juillet 2019. Il se terminera le 31 mars 2020 mais demeurera en vigueur jusqu'à son remplacement.*

AVIS **:** *Voir l'annexe XIII sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite *du* Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

ANNEXE XIV

RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE ET DISPOSITIONS TARIFAIRES AFFÉRENTES

I. RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE

1.00 MODE

1.01 Le tarif horaire constitue un mode distinct de rémunération.

1.02 Le médecin peut, dans les seuls cas prévus par entente, se prévaloir de ce mode.

1.03 Sauf dérogation expressément prévue par l'Entente, la rémunération selon le présent mode est assujettie aux dispositions de l'annexe IX de l'Entente.

2.00 DÉFINITION

2.01 Le tarif horaire emporte rémunération des activités professionnelles que le médecin effectue, par période continue de soixante (60) minutes.

2.02 Lorsque les activités professionnelles du médecin excèdent, dans une même journée, une durée continue de soixante (60) minutes, toute période excédentaire d'activités professionnelles devient, pour cette même journée, divisible. La rémunération selon le présent mode s'applique alors au prorata de la période additionnelle d'activités professionnelles visée.

3.00 NOMINATION ET AUTORISATION

3.01 Pour se prévaloir de la rémunération selon le mode du tarif horaire, le médecin doit être détenteur d'une nomination d'un établissement lui permettant, dans ou auprès du centre exploité par cet établissement, d'être rémunéré selon ce mode.

3.02 Cette nomination comporte la détermination du nombre d'heures que le médecin, sur une base hebdomadaire, consacre à des activités professionnelles dans ou auprès du centre. Cette nomination est attestée par un avis de service que l'établissement transmet à la Régie.

3.03 Seul le médecin pour lequel un nombre d'heures rémunérées selon le mode du tarif horaire a été autorisé peut se prévaloir des codes d'activités afférents à ce mode.

3.04 En matière de santé publique, une autorisation donnée par l'établissement auquel est rattachée la Direction régionale de santé publique en conformité avec les dispositions de l'article 12.00 de l'Entente, est réputée constituer une nomination, aux fins de l'application du présent article.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération selon le tarif horaire couvre l'ensemble des activités professionnelles que le médecin effectue pendant qu'il est rémunéré selon ce mode.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Pour les codes d'activité permis selon le mode de rémunération à tarif horaire, consulter la Brochure nº 1 *et le* Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et mixte.

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX ou tout autre document faisant état de ses propres majorations.

5.00 MODIFICATEURS

5.01 Les modificateurs apparaissant ci-dessous s'appliquent au taux du tarif horaire :

Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3
100,0 %	94,0 %	71,8 %

5.02 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 1 du tableau apparaissant ci-dessus s'appliquent à la rémunération des activités professionnelles du médecin jusqu'à concurrence de mille cinq cent quarante (1 540) heures additionnées, dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous, du nombre d'heures apparaissant à ce paragraphe. L'activité professionnelle visée au présent paragraphe peut comprendre la garde sur place que le médecin effectue à même ses premières trente-cinq (35) heures d'activités professionnelles hebdomadaires, additionnées du nombre d'heures effectivement consacrées à ces activités lorsque le médecin se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **XXX071** pour la garde sur place effectuée à même les premières 35 heures d'activités professionnelles.*

5.03 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 2 de ce tableau s'appliquent à la rémunération des heures de garde sur place telle que définie selon le paragraphe 14.05 de l'Entente, jusqu'à concurrence du plafond déterminé au paragraphe 5.05. Sont considérées aux fins du présent paragraphe, les heures de garde sur place faites en excédent des mille cinq cent quarante heures (1 540) heures additionnées, dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.10 ci-dessous, du nombre d'heures effectivement consacrées à cette activité.

AVIS **:** *Pour la garde sur place, utiliser le code d'activité **XXX063**.*

5.04 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 3 s'appliquent à toutes les autres activités professionnelles effectuées par le médecin, à l'exception de la garde en disponibilité.

5.05 Aux fins de la rémunération, le nombre d'heures d'activités professionnelles rémunérables en vertu des modificateurs apparaissant sous la colonne 2 ne peuvent excéder cinq cent vingt-huit (528) heures/année.

5.06 Les modalités prévues au paragraphe 14.05 de l'Entente concernant l'obligation du médecin de faire la garde s'appliquent, en faisant les adaptations appropriées, au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

5.07 Sont sujettes à l'application du paragraphe 5.03, les heures de garde faites dans un centre local de services communautaires désigné par le Ministre, après consultation de la Fédération, ou dans un centre hospitalier ainsi que dans un établissement où la garde sur place est, à l'encontre d'une recommandation à l'effet contraire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, décidée par le conseil d'administration de l'établissement.

5.08 Les modificateurs apparaissant au tableau ci-dessus s'appliquent à l'ensemble des activités professionnelles du médecin rémunéré selon ce mode, même si celui-ci exerce pour le compte de plus d'un établissement, dans plus d'un centre ou pour la Corporation d'Urgences-santé.

5.09 L'année d'application au sens du présent article se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1er juin de chaque année au 31 mai de l'année suivante. Les rajustements pour les parties d'année seront faits proportionnellement à la période rémunérée selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Si vous travaillez à tarif horaire pour une partie seulement de la période annuelle s'étendant du 1er juin au 31 mai, la RAMQ devra ajuster proportionnellement les maximums de 1 540 et 528 heures payables annuellement en colonnes 1 et 2 en fonction des jours couverts par votre avis de service. Ce réajustement peut entraîner une récupération des sommes versées.*

5.10 Lorsque la réquisition de services médicaux curatifs ou préventifs entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière, le chef de département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable de l'établissement peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu au paragraphe 5.02 ci-dessus jusqu'à concurrence de 880 heures par année.

AVIS **:** *Les activités professionnelles doivent être facturées avec les codes réguliers.*

Lors de la nomination ou du renouvellement de la nomination, l'établissement doit mentionner sur l'avis de service que le médecin peut se prévaloir des 880 heures supplémentaires.

L'autorisation à ce dépassement doit débuter le 1er juin de l'année d'application ou correspondre à la date de début de l'avis de service pour la nomination régulière lorsque celle–ci débute au cours de l'année en question. L'autorisation doit se terminer le 31 mai de l'année suivante ou à la date de fin de l'avis de service pour la nomination régulière.

Malgré les dispositions du précédent alinéa, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut, dans le cas du médecin qui exerce au service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde, dans un centre hospitalier psychiatrique au sein duquel une garde sur place est assurée, ou dans tout autre cas jugé exceptionnel, sur recommandation du chef de département, accorder une augmentation de ce dépassement pour une année donnée.

AVIS **:** *Une autorisation du comité paritaire est obligatoire pour se prévaloir du dépassement possible du 880 heures.*

6.00 RENOUVELLEMENT DE NOMINATION

6.01 Le renouvellement de nomination du médecin rémunéré au tarif horaire, ne peut, sauf sur demande expresse de celui-ci, comporter moins ou plus d'heures que n'en comportait sa nomination antérieure.

7.00 MODALITÉS S'APPLIQUANT LORS DU CHANGEMENT DE MODE DE RÉMUNÉRATION

7.01 Le médecin qui, déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes dans l'établissement, devient détenteur d'une nomination lui permettant d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire, ne peut être contraint d'accepter une nomination comportant moins ou plus d'heures que n'en comprenait, sur une base hebdomadaire, sa dernière période régulière d'activités professionnelles.

7.02 Le médecin qui est détenteur d'une nomination à honoraires fixes bénéficie des avantages sociaux définis à l'annexe VI de l'entente générale. Aux fins de l'annexe susmentionnée, en regard du cumul possible de certains congés et de leur liquidation, le passage du mode de rémunération à honoraires fixes à celui du tarif horaire est réputé constituer, pour le médecin qui s'en prévaut, un « départ » au sens de cette annexe. Tout paiement devra être effectué par la Régie dans les soixante (60) jours suivant la date de l'option de rémunération visée au présent paragraphe effectuée par le médecin.

8.00 CHAMP D'APPLICATION ET EXCLUSION

8.01 Toutes les dispositions relatives au mode du tarif horaire s'appliquent à l'activité professionnelle rémunérée selon le mode de la vacation, à l'exception de celle qui est exclue par les parties.

AVIS **:** *Les exceptions prévues par les parties négociantes paraissent à la* Lettre d'entente n° 44.

II. DISPOSITIONS TARIFAIRES

1.00 TAUX

1.01

À compter du 1er septembre 2018 : 98,48 $

À compter du 1er octobre 2019 : 99,48 $

2.00 MODIFICATION

2.01 Ce taux a cours jusqu'à la date d'entrée en vigueur de toute modification s'y rapportant, que ce soit aux termes de l'annexe IX de l'Entente, ou autrement.

ANNEXE XV

PROGRAMMES D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE ET DE DÉPART ASSISTÉ

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Dans le but de faciliter la cessation de la pratique professionnelle des médecins âgés de 55 ans ou plus dans le cadre du régime d'assurance maladie et de favoriser l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins, les parties ont convenu du programme d'allocation de fin de carrière visé à cette annexe.

Dans le but d'accélérer cette cessation de pratique professionnelle et d'instaurer, en ce faisant, une rationalisation des coûts du système de santé québécois, les parties ont également convenu d'un programme de départ assisté comportant certains autres bénéfices.

Selon les modalités apparaissant ci-après, les mesures que comportent ces programmes s'adressent à tout médecin.

CHAPITRE I : PROGRAMME D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE

Préambule particulier

Aux fins du présent chapitre, les vocables ci-après déterminés signifient et désignent :

programme : programme d'allocation de fin de carrière
allocation : allocation de fin de carrière.

1. Conditions d'admissibilité

1.1 Est admissible au programme le médecin qui, au 1er janvier de l'année pendant laquelle il présente sa demande d'adhésion au programme, exerce sa profession dans le cadre du régime et satisfait aux conditions suivantes :

i) au cours de la période de cinq (5) ans se terminant le 31 mars de l'année de calendrier précédant celle pendant laquelle il effectue sa demande d'adhésion, la rémunération de base du médecin en provenance du régime ou d'un programme pour des services dispensés sur le territoire du Québec répond aux exigences suivantes: pour chacune des cinq (5) années visées, la rémunération du médecin doit s'établir à au moins 80 000 $. De plus, la rémunération de la dernière année doit se situer à au moins 80 % de la rémunération moyenne des quatre (4) premières années visées;

ii) Le médecin est âgé d'au moins 55 ans;

1.2 Le comité paritaire prévu à l'article 9 de cette annexe peut, à titre exceptionnel, permettre à un médecin de se prévaloir des bénéfices du programme en dérogation des exigences prévues au présent article si ce médecin répond à l'une des exigences suivantes :

i) l'âge du médecin se situe entre 50 et 54 ans inclusivement;

ii) Le médecin est âgé de 50 ans ou plus et ne peut, pour cause agréée par le comité paritaire, satisfaire aux exigences de revenus déterminées ci-dessus;

AVIS **:** *Le médecin intéressé par ce programme doit s'adresser à sa fédération pour obtenir les formulaires appropriés.*

1.3 La rémunération minimale, telle qu'établie ci-dessus, s'applique à l'ensemble de la rémunération de base du médecin, tout mode de rémunération confondu. À des fins d'admissibilité, un facteur de pondération de 1,39 s'applique à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et, en ce qui a trait à la rémunération selon le mode du tarif horaire ou de la vacation, ce taux de pondération est établi à 1,22.

La rémunération visée au présent paragraphe n'inclut pas les services médico-administratifs et les expertises rendus pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail;

1.4 Une demande d'adhésion est transmise par le médecin, au comité paritaire, pendant les périodes apparaissant ci-après, à défaut de quoi, ce médecin perd tout droit au paiement d'une allocation en vertu du programme.

Aux fins du présent paragraphe, les périodes pendant lesquelles un médecin peut présenter une demande d'adhésion au programme s'établissent comme suit :

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1996 : du 1er janvier au 30 juin 1996;
pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1997 : du 1er janvier au 31 mars 1997;
pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1998 : du 1er janvier au 31 mars 1998.

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception de la demande d'adhésion du médecin, le comité paritaire statue sur l'admissibilité de celui-ci au programme, détermine le montant de son allocation, et en informe le médecin.

À compter de la date de la décision du comité paritaire, le médecin dispose d'un délai maximal de cent quatre-vingts (180) jours aux fins d'arrêter, en regard de la terminaison de la pratique professionnelle mentionnée au paragraphe 1.6, les démarches et décisions requises. Ce délai expiré, il doit obligatoirement souscrire aux exigences découlant de son adhésion au programme.

Dans les trente (30) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, le médecin informe le comité de la date effective du début de son adhésion au programme. Cette information est transmise au comité en même temps que le formulaire de l'engagement prévu au paragraphe 1.6, dûment signé par qui de droit;

1.5 Pour être admissible à participer au programme, le médecin doit répondre aux critères d'âge suivants :

pour la période du 1er janvier au 30 juin 1996 : 55 ans ou plus
pour la période du 1er janvier au 31 mars 1997 : 55 à 64 ans
pour la période du 1er janvier au 31 mars 1998 : 55 à 63 ans

1.6 Le médecin qui se prévaut du programme doit s'engager, par écrit, à ne plus exercer sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie ou dans le cadre d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent au médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non-participant, dispense des services médicaux immédiatement requis. Ce médecin doit afficher son avis de non participation au régime;

1.7 Le fait pour le médecin de ne pas respecter l'engagement prévu au paragraphe 1.6 emporte, pour celui-ci, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties, l'obligation de rembourser, à la Régie, un montant équivalant au double des sommes qui lui ont été versées en vertu du programme. Le montant de tout tel remboursement est consacré au financement du programme;

1.8 Le médecin qui, à la date où il pourrait présenter une demande d'adhésion, est affligé d'une incapacité totale permanente, n'est pas admissible à une allocation en vertu du programme;

1.9 L'engagement prévu au paragraphe 1.6 ne couvre pas la pratique médicale du médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non-participant, dispense des services médicaux non immédiatement requis;

1.10 Aux fins d'assurer la mise en oeuvre du paragraphe 3.6, l'engagement prévu au paragraphe 1.6 comporte l'acceptation du médecin à n'exercer, qu'une seule fois pendant la durée du programme, son droit à la non-participation;

1.11 L'engagement prévu au paragraphe 1.6 ne couvre pas les services professionnels requis d'un médecin par un établissement ou par une direction régionale de santé publique pour répondre à une situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le Ministre, le directeur provincial de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

Dans ce cas, les parties, par accord, autorisent les heures d'activités professionnelles dispensées.

AVIS **:** *Pour le code d'activité à utiliser, voir l'EP 24 – Santé publique.*
Le directeur régional de la santé publique doit faire parvenir à la RAMQ le nom des médecins concernés.

2. Détermination de l'allocation en vertu du programme et modalités de paiement

2.1 La rémunération annuelle moyenne du médecin est assujettie à un plafond de 190 052 $. Cette rémunération annuelle moyenne correspond au revenu moyen découlant de l'application des dispositions de l'alinéa i) du paragraphe 1.1 de cette annexe et constitue la rémunération moyenne admissible du médecin;

2.2 Le montant total qui est payable au médecin à titre d'allocation en vertu du programme correspond à 150 % de sa rémunération moyenne annuelle, telle que déterminée selon les dispositions du paragraphe 2.1;

2.3 Le paiement de l'allocation d'un médecin est réparti sur une période minimale continue de versements de quatre (4) ans. Le montant annuel auquel ce médecin a droit correspond, pour chacune des périodes annuelles visées, aux pourcentages suivants de sa rémunération moyenne admissible telle qu'établie ci-dessus. Les périodes annuelles et les pourcentages visés s'établissent comme suit :

première année	40 %
deuxième année	40 %
troisième année	40 %
quatrième année	30 %
	150 %

Le montant annuel dû à un médecin est réparti en quatre (4) versements égaux et consécutifs payables à celui-ci dans les quinze (15) premiers jours d'un trimestre prévu ci-après. Aux fins du présent programme, un trimestre débute, selon le cas, le 1er avril, le 1er juillet, le 1er octobre ou le 1er janvier de chaque année. Le premier versement auquel a droit un médecin lui est versé dans la première quinzaine du premier trimestre de pleine adhésion au programme.

Sans que la somme totale à être versée ne soit pour autant augmentée, le paiement de l'allocation du médecin peut, à la demande expresse de celui-ci, être échelonné sur une période supérieure à sa période minimale continue de versements. Une prolongation au sens du présent sous-paragraphe s'entend de toute prolongation calculée en année. Une telle prolongation ne peut, toutefois, permettre une période continue de versements supérieure à dix (10) ans.

Le médecin peut, une fois pendant la durée du programme, décider de réétaler sa période d'allocation. En incluant toute période de versement antérieure, la durée de ce réétalement ne peut être ni inférieure à sa période minimale continue de versements, ni supérieure à dix (10) ans.

Lorsque le médecin se prévaut des dispositions prévues à l'un des deux (2) sous-paragraphes précédents, il voit à déterminer lui-même les pourcentages qui, pour chacune des années de sa période de versements d'allocation, sont alors applicables. À l'égard d'une année comprise dans sa période minimale continue de versements, un pourcentage déterminé par le médecin ne peut excéder, pour chacune des années en cause, le pourcentage attribué à l'année visée, tel qu'établi à cette annexe.

2.4 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne effet aux décisions arrêtées par le comité paritaire. La Régie doit en outre fournir au comité toutes les informations nécessaires permettant à celui-ci de statuer, en regard d'une demande d'adhésion, sur l'admissibilité du médecin, le montant de l'allocation en cause, le versement de celle-ci, la suspension ou la cessation de ce versement et enfin, une demande de remboursement.

2.5 Au cours de la période comprise entre le 1er octobre et le 30 novembre de chaque année, la Régie informe les médecins qui, à compter du 1er janvier suivant, pourraient être admissibles à participer au programme.

2.6 Lorsque le décès du médecin survient pendant que celui-ci bénéficie des versements prévus au programme, devient dû et exigible, en incluant le montant total des versements suspendus et reportés à son bénéfice le cas échéant, le solde non versé de l'allocation de ce médecin, déduction faite, si tel est le cas, du montant total des versements qui ont été interrompus sans report. Même si le médecin n'a encore reçu aucun versement, le présent paragraphe reçoit application, quant au versement de la totalité de l'allocation de ce médecin, lorsque le décès du médecin survient le ou après le premier jour du premier trimestre de pleine adhésion du médecin, tel que prévu au deuxième sous-paragraphe du paragraphe 2.3.

Lorsque le décès du médecin intervient pendant une période de suspension et de report au sens du paragraphe 3.2, devient alors dû et exigible la totalité ou le solde non versé de l'allocation de ce médecin.

Lorsque le décès du médecin intervient pendant une période d'interruption sans report, devient alors dû et exigible la totalité ou le solde non versé de l'allocation du médecin, déduction faite du montant total des versements interrompus sans report.

3. Garantie et harmonisation

3.1 Garantie

Aux conditions prévues ci-après, cet article a pour objet de garantir tous les droits du médecin à participer au programme et d'harmoniser ceux-ci avec les droits qu'a ce médecin de dispenser des services médicaux en qualité de médecin non participant ou de détenir, ou de continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic.

3.2 Suspension et report

Lorsqu'il présente sa demande d'adhésion au programme avant le 1er juillet 1996, le médecin peut, pendant une période couverte par le programme, avoir une pratique médicale à titre de médecin non participant ou détenir, ou continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic.

Pour la période pendant laquelle ce médecin pratique la médecine à titre de médecin non participant ou détient cet emploi, il y a dès lors, pour une période dont la durée maximale est de deux (2) ans, suspension et report des versements dus à ce médecin en vertu du programme.

Les bénéfices prévus au présent paragraphe s'appliquent au médecin qui déclare avoir manifesté son intention, avant le 1er juin 1996, d'exercer une pratique médicale à titre de médecin non participant ou de détenir, ou continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic.

À la cessation de sa non-participation ou la terminaison de son emploi, le médecin, lorsque son activité professionnelle n'est pas sujette à l'application du paragraphe 3.3 ci-après, bénéficie alors, en incluant le montant total des versements suspendus et reportés à son bénéfice, de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion.

3.3 Interruption sans report

Une interruption sans report peut viser le médecin qui présente sa demande d'adhésion au programme avant le 1er juillet 1996, et pendant une période couverte par le programme, durant une période supérieure à deux (2) ans, détient ou continue à détenir un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic. Cette interruption peut également viser un médecin qui présente sa demande d'adhésion au programme entre le 1er janvier et le 31 mars 1997 ou entre le 1er janvier et le 31 mars 1998.

Lorsque le médecin présente sa demande d'adhésion au programme avant le 1er juillet 1996 et que la durée de son emploi couvre une période supérieure à deux (2) ans, il y a dès lors interruption des versements prévus au programme, sans report possible, pour toute période d'emploi excédentaire aux deux (2) années de suspension et de report de ce médecin. À la terminaison de son emploi, ce médecin bénéficie alors, en incluant le montant total des versements qui ont fait l'objet d'une suspension et d'un report, de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion, déduction faite du montant total des versements qui ont fait l'objet d'une interruption sans report.

Lorsque le médecin présente sa demande d'adhésion au programme entre le 1er janvier et le 31 mars 1997, ou entre le 1er janvier et le 31 mars 1998, et, pendant une période couverte par le programme, exerce sa profession en dehors du régime d'assurance maladie à titre de médecin non participant ou détient, ou continue à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic, il y a dès lors interruption des versements prévus au programme, sans report possible, pour les périodes pendant lesquelles ce médecin occupe cet emploi ou exerce sa profession à titre de médecin non participant. À la terminaison de son emploi ou la cessation de sa non-participation, le médecin bénéficie alors de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion, déduction faite du montant total des versements qui ont fait l'objet d'une interruption sans report.

3.4 Quantum

Aux fins de la détermination du montant des versements interrompus en vertu du paragraphe 3.3, le montant des versements est établi, lorsque l'étalement de la période d'allocation du médecin correspond à sa période minimale continue de versements, en conformité avec les dispositions du paragraphe 2.3 de cette annexe.

Aux mêmes fins, lorsque l'étalement de la période d'allocation du médecin qui opte pour la non-participation ou la détention d'un emploi excède sa période minimale continue de versements, le pourcentage de l'allocation versé à chaque année est alors réparti uniformément sur le nombre d'années que comporte, en incluant la période d'interruption sans report, sa période d'allocation. Par la suite, ce pourcentage est traduit, en terme réel, sur base trimestrielle.

3.5 Réétalement

Dans les trente (30) jours qui suivent la terminaison de son emploi ou la cessation de sa non-participation, le médecin peut décider de réétaler sa période d'allocation. En incluant toute période de versement antérieure, la durée de ce réétalement ne peut être ni inférieure à la période minimale continue de versements de ce médecin, ni supérieure à dix (10) ans.

Les règles régissant la détermination des pourcentages prévus au dernier sous-paragraphe du paragraphe 2.3 s'appliquent à la fixation des pourcentages applicables aux années que comporte une période de réétalement au sens du présent paragraphe.

3.6 Option

Pendant la période couverte par le programme, le médecin ne peut opter pour la non-participation qu'une seule fois.

À l'égard d'un médecin, la durée maximale du programme ne peut excéder dix (10) années de versements d'allocation.

Contrairement à une période d'interruption sans report, une période de suspension et de report au sens du paragraphe 3.2 n'entre pas dans le calcul d'une période de versements d'allocation.

AVIS **:** *Dès que la RAMQ est avisée par le comité paritaire du droit d'un médecin à l'allocation de fin de carrière, le versement accordé se fait automatiquement chaque trimestre.*

3.7 Terminaison de l'engagement

Le médecin qui a reçu la totalité des versements d'allocation peut devenir un médecin non participant conformément à la Loi et sous réserve des exigences du Collège des médecins du Québec (CMQ). Il ne peut, sous réserve de la lettre d'entente n° 94 convenue entre les parties, exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie.

CHAPITRE II : PROGRAMME DE DÉPART ASSISTÉ

Préambule particulier

Aux fins du présent chapitre, les vocables ci-après déterminés signifient et désignent :

programme : programme de départ assisté
allocation : allocation de départ assisté

4. Conditions d'admissibilité

4.1 Est admissible au programme le médecin qui, au 30 juin 1997, exerce sa profession dans le cadre du régime et satisfait aux conditions suivantes :

i) par référence toutefois au 31 décembre 1996, il satisfait aux exigences de revenu qu'édicte l'alinéa i) du paragraphe 1.1 de cette annexe;

ii) il est âgé d'au moins 50 ans au 15 septembre 1997;

AVIS **:** *Le médecin intéressé par ce programme doit s'adresser à sa fédération pour obtenir les formulaires appropriés.*

4.2 Le comité paritaire prévu à l'article 9 peut, à titre exceptionnel, permettre à un médecin de se prévaloir des bénéfices du programme en dérogation des exigences prévues au présent article si ce médecin est âgé de 50 ans ou plus et ne peut, pour cause agréée par le comité paritaire, satisfaire aux exigences de revenus déterminées ci-dessus;

4.3 La rémunération moyenne annuelle du médecin, telle qu'établie au présent chapitre, s'applique à l'ensemble de la rémunération de base du médecin, tous modes de rémunération confondus. Aux fins de l'admissibilité du médecin, un facteur de pondération de 1,39 s'applique à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et, en ce qui a trait à la rémunération selon le mode du tarif horaire ou de la vacation, ce taux de pondération est établi à 1,22.

La rémunération visée au présent paragraphe n'inclut pas les services médico-administratifs et les expertises rendus pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail;

4.4 Une demande d'adhésion est transmise par le médecin, au comité paritaire, pendant la période apparaissant ci-après :

pour la période du programme (1er juillet au 30 novembre 1997) : du 1er juillet au 15 septembre 1997;

Le médecin qui fait défaut de présenter sa demande d'adhésion pendant la période prescrite perd tout droit au paiement d'une allocation en vertu du programme;

Dans les trente (30) jours de la réception de la demande d'adhésion du médecin, le comité paritaire statue sur l'admissibilité de celui-ci au programme, détermine le montant de son allocation, et en informe le médecin.

Le médecin qui est admis à participer au programme doit cesser sa pratique professionnelle dans le cadre du régime au plus tard le 30 novembre 1997. Au-delà de cette date, il doit obligatoirement souscrire aux exigences découlant de son adhésion au programme.

Dans les quinze (15) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, le médecin informe ce comité de la date effective du début de son adhésion au programme. Cette information est transmise au comité en même temps que le formulaire de l'engagement prévu au paragraphe 4.5, dûment signé par qui de droit;

4.5 Le médecin qui se prévaut du programme doit s'engager, par écrit, à ne plus exercer, à compter du 1er décembre 1997, sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie ou dans le cadre d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent au médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non participant, dispense des services médicaux immédiatement requis. Ce médecin doit afficher son avis de non-participation au régime;

4.6 Aux fins d'assurer la mise en oeuvre du paragraphe 3.6, l'engagement prévu au paragraphe 4.5 ou, selon le cas, 6.2 ou 6.5, comporte l'acceptation du médecin à n'exercer, qu'une seule fois pendant la durée du programme, son droit à la non-participation ;

4.7 Le fait pour le médecin de ne pas respecter l'engagement prévu au paragraphe 4.5 emporte, pour celui-ci, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties, l'obligation de rembourser, à la Régie, un montant équivalant au double des sommes qui lui ont été versées en vertu du programme. Le montant de tout tel remboursement est consacré au financement du programme;

4.8 Le médecin qui, à la date où il pourrait présenter une demande d'adhésion, est affligé d'une incapacité totale permanente, n'est pas admissible à une allocation en vertu du programme;

4.9 L'engagement prévu au paragraphe 4.5 ne couvre pas la pratique médicale du médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non-participant, dispense des services médicaux non immédiatement requis ;

4.10 L'engagement prévu au paragraphe 1.6 ne couvre pas les services professionnels requis d'un médecin par un établissement ou par une direction régionale de santé publique pour répondre à une situation de sinistre, de castastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le Ministre, le directeur provincial de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

Dans ce cas, les parties, par accord, autorisent les heures d'activités professionnelles dispensées.

5. Détermination de l'allocation en vertu du programme et modalités de paiement

5.1 Les dispositions de l'article 2, à l'exclusion de celles apparaissant à ses paragraphes 2.2, 2.5 et 2.6, s'appliquent au programme. Cette exclusion vise également le tableau apparaissant au paragraphe 2.3 ;

5.2 Sous réserve des dispositions du paragraphe 5.4, le montant de l'allocation qui est payable au médecin en vertu du programme correspond, sur la base de sa rémunération annuelle moyenne, à l'un des montants qui, en regard de son âge au 15 septembre 1997, est établi comme suit :

% de la rémunération annuelle moyenne	*âge*
200 %	50/64 ans
150 %	65/69
100 %	70 ans ou plus

5.3 Le paiement de l'allocation d'un médecin en vertu du programme est réparti sur une période minimale continue. Le montant de l'allocation annuelle du médecin correspond aux quote-parts de l'allocation, traduite en pourcentage (200 %, 150 % ou 100 %), auxquels il a droit en vertu de ce programme. Par catégorie d'allocation, les périodes minimales continues de versements et les quote-parts annuelles en cause s'établissent comme suit :

Catégorie	Durée mininale	*Quote-parts annuelles*
200 %	4 ans	*1/4*
150 %	4 ans	*cf. tableau (par. 2.3)*
100 %	4 ans	*1/4*

5.4 Le montant maximal de l'allocation payable à un médecin en vertu du programme est assujetti toutefois à un plafond de 300,000 $;

5.5 Lorsque le décès du médecin survient pendant que celui-ci bénéficie des versements prévus au programme, devient dû et exigible le solde non versé de l'allocation de ce médecin, déduction faite, si tel est le cas, du montant total des versements qui ont été interrompus sans report. Même si le médecin n'a encore reçu aucun versement, le présent paragraphe reçoit application quant au versement de la totalité de l'allocation de ce médecin, lorsque le décès du médecin survient le ou après le premier (1er) jour du premier (1er) trimestre de pleine adhésion du médecin, tel que prévu au deuxième (2e) sous-paragraphe du paragraphe 2.3.

Lorsque le décès du médecin intervient pendant une période d'interruption sans report, devient alors dû et exigible la totalité ou le solde non versé de l'allocation du médecin, déduction faite du montant total des versements interrompus sans report;

5.6 Au cours de la période comprise entre le 1er et le 15 juillet 1997, la Régie informe les médecins qui, entre le 1er juillet et le 15 septembre 1997, sont admissibles à participer au programme. Ce paragraphe bénéficie également au médecin visé au paragraphe 6.5.

6. Extension du programme

6.1 S'il se prévaut de cette option, le médecin peut également se prévaloir des bénéfices prévus à l'article 5 de cette annexe, dès lors qu'il entre dans l'une des catégories suivantes :

i) peu importe la date de son adhésion au programme d'allocation de fin de carrière, il a reçu un premier versement en vertu de ce programme entre le 1er avril et le 30 juin 1997;

ii) il a adhéré au programme d'allocation de fin de carrière entre le 1er janvier et le 31 mars 1997 et n'a pas encore reçu, en date du 1er juillet 1997, un premier versement en vertu du programme;

6.2 L'exercice d'une option par le médecin visé à l'alinéa i) du paragraphe 6.1 est inconditionnel;

Par ailleurs, l'exercice d'une option par le médecin visé à l'alinéa ii) de ce paragraphe emporte pour le médecin visé l'obligation de cesser sa pratique professionnelle dans le cadre du régime avant le 1er octobre 1997;

6.3 Toujours par option, peut en outre bénéficier des avantages prévus à l'article 5 de cette annexe, le médecin qui entre dans l'une des catégories suivantes :

i) peu importe la date de son adhésion au programme d'allocation de fin de carrière, il bénéficie, en date du 1er juillet 1997, d'une dérogation de date au sens du paragraphe 9.3 de cette annexe;

ii) il a adhéré au programme d'allocation de fin de carrière entre le 1er janvier et le 31 mars 1997 et est admis à bénéficier, entre le 1er juillet et le 31 décembre 1997, d'une dérogation de date au sens du paragraphe 9.3 de cette annexe;

Aux fins de l'application de l'article 5 et des alinéas i) et ii) des paragraphes 6.1 et 6.3, l'âge retenu est celui qui, en rapport avec l'adhésion du médecin au programme d'allocation de fin de carrière, a été fixé selon les dispositions des paragraphes 1.1 et 1.5;

6.4 L'exercice de l'option prévue au paragraphe 6.3 est inconditionnel. L'octroi d'une dérogation de date par le comité paritaire consacre le droit du médecin de réintégrer le programme, tel que prévu au paragraphe 9.3 de cette annexe;

6.5 S'il se prévaut de cette option, peut enfin se prévaloir des bénéfices prévus au paragraphe 6.6 de cette annexe, le médecin qui, répondant aux exigences du programme d'allocation de fin de carrière et projetant d'y adhérer entre le 1er janvier et le 31 mars 1998, avise le comité paritaire de cette volonté. L'option de ce médecin doit alors être accompagnée des documents suivants :

i) dûment signée par qui de droit, sa demande d'adhésion au programme d'allocation de fin de carrière pour 1998;

ii) sa renonciation écrite aux délais que lui octroie le programme d'allocation de fin de carrière;

iii) son acceptation de voir à ce que le comité paritaire dispose de sa demande d'adhésion et de son option dans les délais expéditifs prévus au paragraphe 9.2 de cette annexe;

iv) sous réserve des modalités prévues à un accord conclu selon les dispositions de l'article 13, son engagement écrit à cesser sa pratique professionnelle dans le cadre du régime avant le 31 mars 1998, l'engagement en cause devant préciser la date effective de la cessation de sa pratique professionnelle dans le cadre du régime.

Même s'il doit répondre aux exigences du programme d'allocation de fin de carrière, la période de référence applicable au médecin visé au présent paragraphe est toutefois déterminée selon les dispositions de l'alinéa i) du paragraphe 4.1;

6.6 Sous réserve des dispositions du paragraphe 5.4, le montant total de l'allocation qui est payable au médecin visé au paragraphe 6.5 en vertu du programme correspond, sur la base de sa rémunération annuelle moyenne admissible, à 175 % de cette rémunération moyenne annuelle admissible;

6.7 La période minimale continue de versements de ce médecin est de quatre (4) ans. Le montant de son allocation annuelle correspond au pourcentage suivant de l'allocation, traduite en pourcentage (175 %), à laquelle il a droit en vertu du programme, les pourcentages (%) en cause s'établissant comme suit :

première année	50 %
deuxième année	45 %
troisième année	40 %
quatrième année	40 %
	175 %

7. Option et délais prescrits

7.1 Une option au sens des paragraphes 6.1 ou 6.2 est transmise au comité paritaire, par le médecin visé, au cours du mois de juillet 1997;

7.2 L'option effectuée par le médecin visé à l'alinéa ii) du paragraphe 6.1 doit contenir l'engagement écrit du médecin de cesser sa pratique professionnelle avant le 1er octobre 1997;

7.3 Une option au sens du paragraphe 6.3 est transmise au comité paritaire par le médecin dans les trente (30) jours suivant la date de l'octroi de la dérogation visée, ou, si cette dérogation est antérieure au 1er juillet 1997, au cours des mois de juillet ou août 1997;

7.4 Une option au sens du paragraphe 6.5 de cette annexe est transmise au comité paritaire par le médecin au plus tard le 15 octobre 1997;

7.5 Aux fins d'assurer la mise en oeuvre du présent article :

i) la date apparaissant sur une oblitération, un fac-similé ou un récépissé atteste de la date de l'envoi de la demande ou de l'option;

ii) les parties peuvent convenir des formulaires facilitant la présentation d'une demande d'adhésion ou d'une option, complétés en vertu des dispositions du présent chapitre;

7.6 Le défaut pour un médecin d'exercer une option dans le délai prescrit lui enlève tout droit de se prévaloir d'un avantage prévu au programme.

8. Garantie et interruption sans report

8.1 Le présent article s'applique aux médecins visés aux articles 5 et 6 de cette annexe. Il a pour objet de garantir les droits du médecin à participer au programme et d'harmoniser ceux-ci avec les droits qu'a ce médecin de dispenser des services médicaux en qualité de médecin non participant ou de détenir, ou de continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic;

8.2 Le médecin peut, pendant une période couverte par le programme, exercer sa profession en dehors du régime d'assurance maladie à titre de médecin non participant ou, sous réserve des dispositions du paragraphe 8.3, détenir ou continuer à détenir un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic. Il y a dès lors interruption des versements prévus au programme, sans report possible, pour les périodes pendant lesquelles ce médecin occupe cet emploi ou exerce sa profession à titre de médecin non participant. À la terminaison de son emploi ou la cessation de sa non-participation, le médecin bénéficie alors de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion, déduction faite du montant total des versements qui ont fait l'objet d'une interruption sans report;

8.3 Le médecin qui, en date du 1er avril 1997, pour une période d'activités professionnelles moyenne hebdomadaire n'excédant pas dix sept heures et demi (17 ½), détient, à temps partiel, un poste ou un emploi auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic, est admis à bénéficier des dispositions du programme tout en continuant, simultanément, à détenir, pour une durée n'excédant pas deux (2) ans, toujours à temps partiel, un poste ou un emploi susmentionné;

Dans ce cas, le comité paritaire possède toute l'autorité requise pour tenir compte et, le cas échéant, corriger les impacts que peut avoir la rémunération du médecin reliée à la détention d'un poste ou d'un emploi susmentionné, peu importe que les impacts en cause soient observables au niveau de la période de référence du médecin ou voir encore constatables au niveau du cumul des bénéfices que le médecin serait en droit de retirer du programme et de la détention de tel poste ou emploi;

Les dispositions du sous-paragraphe précédent s'appliquent également, quant à la durée non écoulée du programme, à la situation du médecin qui cesse de détenir un poste ou un emploi précité;

Le comité paritaire peut, pour des motifs qu'il juge exceptionnels, extensionner, aux conditions qu'il détermine, le délai visé au premier alinéa du présent paragraphe.

8.4 En faisant les adaptations nécessaires, les paragraphes 3.4, 3.5 et 3.7 de cette annexe s'appliquent à ce programme. Il en est ainsi des sous-paragraphes 1 et 2 du paragraphe 3.6.

CHAPITRE III : L'ADMINISTRATION DES PROGRAMMES

9. Comité paritaire

9.1 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins de l'administration du programme d'allocation de fin de carrière ou, selon le cas, du programme de départ assisté;

9.2 À ces fins, le comité paritaire a notamment pour fonctions de :

i) recevoir une demande d'adhésion ou de dérogation, ou une option, que le médecin présente en vertu d'une disposition de cette annexe;

ii) analyser la demande ou l'option conformément aux dispositions prévues;

iii) dans les quarante-cinq (45) jours (allocation de fin de carrière) ou dans les trente (30) jours (allocation de départ assisté ou option) suivant la réception d'une demande d'adhésion ou d'une option :

statuer sur l'admissibilité de la demande ou de l'option;

déterminer le montant de l'allocation;

aviser le médecin;

dans le cas du programme d'allocation de fin de carrière, requérir du médecin, dans les trente (30) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, communication de la date du début de son adhésion effective au programme ainsi que l'engagement prévu au paragraphe 1.6;

dans le cas du programme de départ assisté (adhésion ou option), requérir du médecin, dans les quinze (15) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, communication de la date du début de son adhésion effective au programme ainsi que l'engagement prévu au paragraphe 4.5 ou, selon le cas, 6.2 ou 6.5;

iv) dans le cadre du programme d'allocation de fin de carrière, recevoir du médecin l'engagement écrit prévu au paragraphe 1.6 et, dans les trente (30) jours de la réception de la réponse du médecin, confirmer à celui-ci la date du début de son adhésion effective au programme;

v) dans le cas du programme de départ assisté, recevoir du médecin l'engagement écrit prévu aux paragraphes 4.5 ou, selon le cas, 6.2 ou 6.5 et, dans les quinze (15) jours de la réception de la réponse du médecin, confirmer à celui-ci la date de son adhésion effective au programme en cause;

vi) agréer à la demande d'adhésion ou, le cas échéant, confirmer la validité de l'option exercée;

vii) transmettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec les informations pertinentes à l'application du programme visé;

viii) selon le programme visé, statuer sur une demande de dérogation ou une option, selon les délais prévus pour une demande d'adhésion;

ix) recevoir et prendre acte des décisions et informations qui lui sont transmises en vertu des articles 3 et 8 de cette annexe;

x) assumer toute autre fonction.

9.3 Lorsque la dispensation des soins médicaux l'exige, le comité paritaire peut offrir au médecin de reporter, aux conditions qu'il détermine, la date du début de son adhésion effective à un programme et octroyer alors une dérogation. La durée de cette dérogation ne peut excéder un (1) an. Si le médecin accepte l'offre de report du comité, son acceptation emporte également consécration de son droit de réintégrer pleinement le programme à la date de l'échéance de sa dérogation et ce, malgré toute disposition inconciliable des présentes ou la terminaison conventionnelle de cette annexe.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

10. Incidences financières relatives au programme de départ assisté

10.1 Aux fins d'accentuer le départ de pratique professionnelle de médecins, les parties conviennent, dans le cadre du nouveau programme de départ assisté, d'une enveloppe monétaire particulière, de 55 M$;

10.2 Cette enveloppe est financée à 50 % à même l'enveloppe générale et à 50 % par le Gouvernement à même une source autre que l'enveloppe générale visée;

10.3 Cette enveloppe a essentiellement pour objet d'assurer le financement des déboursés découlant de l'application des dispositions du chapitre II de cette annexe;

10.4 *(Le paragraphe 10.4 est abrogé par l'* Amendement nº 61 *)*

11. *(L'article 11 est abrogé par l'* Amendement nº 61 *)*

12. Avis

12.1 Dans le cadre du programme d'allocation de fin de carrière, le médecin informe le comité paritaire d'une décision en réétalement au sens des paragraphes 2.3 et 3.5;

12.2 En faisant les adaptations nécessaires, les dispositions du paragraphe 2.3, par l'effet du paragraphe 5.1, s'appliquent au programme de départ assisté. Il en est ainsi des dispositions apparaissant au paragraphe 3.5.

13. Accord

13.1 Toute autre condition relative à l'instauration ou la mise en oeuvre d'un programme visé aux présentes peut être fixée par accord des parties. Un tel accord fait partie intégrante de cette annexe.

14. Évaluation

14.1 En ce qui a trait au programme d'allocation de fin de carrière, les parties conviennent d'effectuer, au plus tard le 15 novembre 1997, une évaluation de ce programme et d'examiner l'opportunité de le maintenir, de l'abroger, de le modifier ou de le remplacer;

14.2 Le programme de départ assisté peut, en tout temps, à la demande d'une partie, faire l'objet d'une révision. Le cas échéant, les parties conviennent des modifications qui leur semblent appropriées.

15. Dispositions transitoires

15.1 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la confirmation, par le comité paritaire, de l'option exercée par le médecin visé à l'alinéa i) du paragraphe 6.1, la Régie fait parvenir à ce médecin le montant du différentiel existant, à cette date, entre le montant qu'il a reçu en vertu du programme d'allocation de fin de carrière, d'une part, et celui qu'il aurait reçu pour cette période en vertu de l'article 5 de cette annexe;

15.2 Un différend qui a pris naissance avant le 1er juillet 1997 est jugé en fonction des dispositions de l'annexe XV alors en vigueur.

15.3 L'Accord n° 180 intervenu en date du 7 mars 1996 s'applique au programme d'allocation de fin de carrière visé au chapitre I de cette annexe.

AVIS **:** *Dès que la RAMQ est avisée par le comité paritaire du droit d'un médecin à l'allocation de départ assisté, le versement accordé se fait automatiquement à chaque trimestre.*

16. Cotisation syndicale

La cotisation syndicale perçue en vertu de l'article 6.00 de l'Entente et de l'engagement du médecin en ce sens, se termine après la période minimale de versements de quatre (4) ans malgré que le médecin ait demandé que cette période soit supérieure selon les paragraphes 2.3 et 5.1 de la présente annexe.

AVIS **:** *Voir la* Lettre d'entente n° 139 *pour la date de fin du programme d'allocation de fin de carrière.*

ANNEXE XVI

PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ OU D'ADOPTION AU BÉNÉFICE DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE, À TARIF HORAIRE, À LA VACATION OU AU *PER DIEM*

Dispositions générales

Aux fins d'application des droits parentaux, on entend par conjointe ou conjoint, les personnes :

a) qui sont mariées ou unies civilement et cohabitent;

b) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;

c) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement depuis au moins un (1) an.

Lorsque les parents sont toutes deux de sexe féminin, les indemnités et avantages octroyés au père sont alors octroyés à celle des deux mères qui n'a pas donné naissance à l'enfant.

1. Conditions d'admissibilité

1.1 Tout médecin rémunéré pour la totalité ou une partie de sa pratique selon le mode de l'acte, du tarif horaire, de la vacation ou du *perdiem* ou du mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'entente générale qui exerce depuis au moins dix (10) semaines dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec pour des services dispensés au Québec et qui prévoit accoucher ou adopter au plus tôt à la date de prise d'effet du programme, est admissible.

AVIS **:** *Tout médecin intéressé par ce programme doit s'adresser à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour obtenir les formulaires appropriés.*

1.2 Le médecin qui accouche d'un enfant mort-né après le début de la vingtième (20e) semaine précédant la date prévue de l'accouchement est également admissible.

1.3 Le médecin qui se prévaut du programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption doit s'engager, par écrit, à ne pas exercer à l'acte, à tarif horaire, à la vacation ou au *per diem* dans le cadre du Régime d'assurance maladie du Québec ou dans le cadre d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec pendant la période pour laquelle l'allocation de congé de maternité ou d'adoption est accordée.

Les parties peuvent par accord, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 3 des présentes, autoriser des dérogations à la règle édictée à l'alinéa précédent, permettant au médecin d'exercer dans un service d'urgence d'installations qu'elles désignent.

1.4 Le médecin adresse au comité paritaire sa demande accompagnée du certificat médical ou de l'ordonnance de placement et de son consentement à ce que les données requises sur sa rémunération soient fournies par la Régie de l'assurance maladie du Québec au comité paritaire.

1.5 Pour être admissible au programme, le médecin doit demander son adhésion au plus tard vingt (20) semaines après la date de son accouchement ou de la prise en charge effective de l'enfant.

1.6 Toutefois, s'il s'agit d'un enfant du conjoint, le médecin n'est pas admissible au présent programme.

2. Détermination de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption et de la période couverte

2.1 Un montant équivalent à 67 % de sa rémunération de base moyenne hebdomadaire versée selon le mode à l'acte, du tarif horaire, de la vacation ou du *per diem* jusqu'à un maximum de 1 791 $ au 1er septembre 2018 et de 1 809 $ au 1er octobre 2019 par semaine est payable à titre d'allocation de congé de maternité ou d'adoption.

2.2 À l'allocation déterminée selon le paragraphe 2.1, s'ajoute un forfait correspondant à 33 % de sa rémunération de base moyenne hebdomadaire en cabinet, pour un montant maximum de 794 $ au 1er septembre 2018 et de 802 $ au 1er octobre 2019, à titre de compensation spécifique pour frais de bureau.

2.3 Pour le congé de maternité, l'allocation hebdomadaire est accordée pour une durée maximale de douze (12) semaines qui, sous réserve du paragraphe 2.4, doivent être consécutives. La répartition du congé, avant ou après l'accouchement, appartient au médecin. Cette répartition doit, toutefois, débuter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de l'accouchement ou, exceptionnellement, commencer le dimanche suivant l'accouchement.

2.4 Le médecin qui est suffisamment rétabli de son accouchement a droit à un congé de maternité discontinu lorsque son enfant n'est pas en mesure de quitter l'établissement de santé ou lorsqu'il est hospitalisé dans les quinze (15) jours de sa naissance. Le congé ne peut être discontinué qu'une seule (1) fois et il doit être complété lorsque l'enfant intègre la résidence familiale. Il est entendu que dans un tel cas, la Régie ne verse au médecin que l'indemnité à laquelle elle aurait droit si elle n'avait discontinué son congé.

2.5 Pour le congé d'adoption, l'allocation est accordée pour une période maximale de six (6) semaines consécutives, période dont la répartition, avant ou après la prise en charge effective de l'enfant appartient au médecin. Cette répartition doit, toutefois, débuter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de la prise en charge effective ou, exceptionnellement, commencer le dimanche suivant la prise en charge.

2.6 Dans le cas d'un congé d'adoption, lorsque deux conjoints peuvent bénéficier des dispositions prévues à la présente annexe, la période visée au paragraphe 2.5 est répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent le comité paritaire.

2.7 Pour les fins de l'application des paragraphes 2.1 et 2.2, la rémunération moyenne hebdomadaire retenue est la rémunération de base versée selon les modes de l'acte, du tarif horaire, de la vacation ou du *per diem* ou du mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'entente générale pour des services dispensés au Québec pendant la période de douze (12) mois qui précède la date du début de la grossesse du médecin ou dans le cas d'une adoption, la période de douze (12) mois se terminant cinq (5) mois avant la date de la demande d'allocation. Cette rémunération moyenne est établie en divisant par quarante-quatre (44) semaines la rémunération totale de ces douze (12) mois.

2.8 La rémunération visée au paragraphe précédent n'inclut pas les services médico-administratifs et les expertises rendues pour le compte du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

2.9 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne effet aux décisions arrêtées par le comité paritaire. La Régie doit, en outre, fournir au comité toutes les informations nécessaires permettant à celui-ci d'exercer les fonctions qui lui sont confiées.

2.10 L'allocation de congé de maternité ou d'adoption ainsi que le montant accordé à titre de compensation pour frais de bureau sont payés à toutes les deux semaines par la Régie.

3. Comité paritaire

3.1 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins de l'administration du programme.

3.2 À cette fin, le comité a pour fonctions de :

i) recevoir la demande d'allocation du congé de maternité ou d'adoption de la part du médecin. Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical précisant la date prévue de l'accouchement ou l'ordonnance de placement précisant, s'il y a lieu, la date de la prise en charge effective de l'enfant. La demande doit comprendre la période approximative du congé de maternité ou d'adoption pour laquelle une allocation sera versée;

ii) analyser la demande conformément aux dispositions prévues;

iii) dans les trente (30) jours suivant la réception de la demande :

statuer sur l'admissibilité de la demande du médecin;

déterminer le montant de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption et, s'il y a lieu, le montant accordé à titre de compensation pour frais de bureau;

aviser le médecin de l'acceptation de la demande et des montants accordés;

iv) obtenir du médecin l'engagement écrit prévu au paragraphe 1.3;

v) sur communication écrite ou verbale du médecin, confirmer à la Régie de l'assurance maladie du Québec et au médecin le début effectif de la période pour laquelle le congé de maternité ou d'adoption est accordé;

vi) malgré le paragraphe 2.7, considérer toute autre période de référence pour déterminer la rémunération hebdomadaire retenue pour le calcul de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption ainsi que du forfait accordé à titre compensatoire pour frais de bureau en s'assurant toutefois que la période retenue reflète la pratique du médecin au Québec n'eut été de sa maternité ou de l'adoption;

vii) exceptionnellement, modifier sur demande du médecin la période du congé de maternité ou d'adoption pour laquelle une allocation est versée, déterminée au départ sous réserve, toutefois, du paragraphe 2.3 ou 2.5 et aviser la Régie de l'assurance maladie du Québec;

viii) recommander aux parties les installations pouvant être désignés par accord et aux fins du 2e alinéa du paragraphe 1.3 et informer la Régie du nom du médecin qui se prévaut des dispositions de cet alinéa.

AVIS **:** *Voir les accords nos 493, 536, 547 et 630.*

4. Autres dispositions

4.1 Les sommes accordées en vertu du programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption sont soumises à l'application de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.2 Durant la période pendant laquelle l'allocation de congé de maternité ou d'adoption est accordée, le médecin continue de bénéficier de la prime d'éloignement ou d'isolement; il bénéficie, en outre, en cas de ressourcement, du remboursement des frais réels de transport et de l'allocation forfaitaire prévus au paragraphe 5.3 de l'annexe XII de l'Entente. Le médecin visé par l'entente particulière du Grand-Nord ou l'entente particulière relative aux régions 17 et 18 et le Centre de santé Basse-Côte-Nord continue de bénéficier des avantages et conditions relatifs à la nourriture et à son logement tel que prévu à cette entente particulière.

5. Mise en vigueur

5.1 La présente annexe remplace celle du 1er juillet 2000 et entre en vigueur le 1er janvier 2006

ANNEXE XVII

PROGRAMME RELATIF À LA RÉORGANISATION VOLONTAIRE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN PORTANT SUR DES ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES AUTREMENT QU'À HONORAIRES FIXES

PRÉAMBULE

Les parties ont convenu d'un programme relatif à la réorganisation volontaire des activités professionnelles rémunérées autrement qu'à honoraires fixes, notamment celles rémunérées à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation.

Premièrement, ces mesures s'adressent à tout médecin qui, de façon exclusive, est rémunéré selon un ou plusieurs de ces modes.

Deuxièmement, ces mesures visent également le médecin qui, bien que rémunéré à honoraires fixes pour certaines autres activités professionnelles, exerce néanmoins des activités qui sont rémunérées autrement qu'à honoraires fixes et qui, pour la partie des activités ainsi rémunérées, désire se prévaloir du programme.

En regard des dispositions qui suivent, il convient de préciser que le vocable « programme » désigne le programme régi selon cette annexe et que les vocables « modes de rémunération visés au programme » ou « modes visés au programme » réfèrent à tout mode de rémunération autre que l'honoraire fixe.

1. Conditions d'admissibilité

1.1 Sous réserve des dispositions du paragraphe 1.3, est admissible au programme le médecin qui est rémunéré selon un ou plusieurs des modes visés au programme;

1.2 Sous la même réserve, est également admissible au programme le médecin qui, rémunéré à honoraires fixes pour certaines autres activités professionnelles, exerce également des activités rémunérées selon un ou plusieurs des modes visés au programme et désire, pour la partie de ses activités ainsi rémunérées, se prévaloir des bénéfices de réorganisation volontaire que comporte le programme;

1.3 Pour être admis à participer au programme, le médecin doit en outre répondre aux conditions suivantes, savoir :

a) à la date de sa demande d'adhésion, exercer sa profession dans le cadre du régime;

b) à la même date, ne pas être affligé d'une incapacité, temporaire ou permanente;

c) avoir bénéficié, pendant sa période de référence, d'une rémunération, minimale, annuelle ou sur base annuelle, de 80 000 $;

1.4 À des fins d'admissibilité au programme, la rémunération totale du médecin, incluant les honoraires fixes, est prise en compte. Un facteur de 1,39 s'applique à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et, en ce qui a trait à la rémunération selon le mode du tarif horaire ou de la vacation, ce taux de pondération est établi à 1,22.

2. Engagement et bénéfices

2.1 Le médecin s'engage à diminuer le niveau de sa rémunération, telle que déterminée selon l'article 3, de 10 % ou de 5 %, à son choix. Cette diminution s'applique sur la rémunération du médecin, selon les modes visés au programme, en provenance du régime;

2.2 L'engagement du médecin porte sur une période de six (6) semestres complets, étant précisé que la fin de sa période d'engagement doit coïncider avec la fin d'un semestre au sens de l'annexe IX de l'Entente. À cette période, peut également s'ajouter une période initiale d'adhésion lorsque la date d'adhésion du médecin au programme est antérieure à la date du début du premier plein semestre individualisé du médecin;

2.3 En contrepartie d'une réduction de 10 % du niveau de sa rémunération annuelle, le médecin bénéficie d'une majoration de 5 % du tarif de base prévu pour ses activités professionnelles. Si le médecin opte pour une réduction de 5 % du niveau de sa rémunération annuelle, il bénéficie alors d'une majoration de 2,5 % du tarif de base. Cette majoration s'applique aux modes visés au programme;

2.4 Une majoration sus-mentionnée ne s'applique pas aux rémunérations visées aux cinquième (médico-administratif - CNESST - Sécurité du revenu), sixième (assurance responsabilité professionnelle) et septième (plateau de chirurgie) alinéas du paragraphe 5.4 de l'annexe IX;

2.5 Lorsque le médecin choisit de diminuer ses activités professionnelles rémunérées selon le mode du tarif horaire ou celui de la vacation, il doit recevoir l'accord du chef du département clinique de médecine générale ou du médecin qui en assume les fonctions;

2.6 Le médecin qui se prévaut du programme doit s'engager, par écrit, à respecter les exigences qui y sont prévues.

3. Plafond semestriel individualisé

3.1 Le calcul du plafond semestriel individualisé est basé sur la rémunération versée au médecin, selon un mode de rémunération visé au programme, pour la période de référence comprise entre le 1er avril 1996 et le 31 mars 1997;

3.2 Lorsque cette période de référence ne peut être appliquée à la situation d'un médecin, le comité paritaire peut alors déterminer une autre période de référence appropriée en vue de permettre la fixation du plafond individuel diminué de ce médecin. La période de référence ainsi fixée est, si possible, de même durée. Dans tous les cas, elle doit comporter au moins neuf (9) mois. La période de référence déterminée par le comité est, aux conditions fixées par celui-ci, annualisée;

3.3 Aux fins de l'application de l'annexe IX ou d'un plafond semestriel individualisé, la majoration prévue au paragraphe 2.3 est prise en compte;

3.4 Le calcul du plafond semestriel individualisé est celui qui est retenu aux fins de détermination du plafond trimestriel au sens de l'article 5 de l'annexe IX de l'Entente.

Sous réserve du paragraphe 3.5, les règles d'application de cet article s'appliquent à chaque trimestre du semestre visé aux présentes;

3.5 Le montant total de la rémunération obtenue en vertu des dispositions du présent article, montant toutefois diminué du quantum que représente le pourcentage de réduction auquel le médecin a souscrit, constitue la rémunération annuelle maximale en vertu du programme.

Le montant de cette rémunération maximale, divisé par deux (2), constitue le plafond semestriel individualisé du médecin;

3.6 Un plafond semestriel individualisé ne peut excéder 105,000 $, montant toutefois diminué du pourcentage (%) de réduction auquel a souscrit le médecin;

3.7 Un plafond semestriel individualisé couvre deux trimestres au sens de l'annexe IX de l'Entente;

3.8 Si la période initiale d'adhésion du médecin n'entre pas dans un semestre complet individualisé, un plafond applicable à cette période, est fixé par le comité paritaire. Basé sur le plafond semestriel individualisé du médecin, ce plafond est déterminé au prorata de la durée que comporte cette période initiale d'adhésion;

3.9 Dès que la rémunération du médecin, telle qu'établie selon le paragraphe 3.4, atteint le plafond semestriel individualisé fixé pour ce semestre, aucun honoraire n'est payable au médecin jusqu'à la fin de ce semestre;

3.10 Ne sont pas sujettes à cette coupure, les rémunérations visées au paragraphe 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

4. Rajustement

4.1 Le comité paritaire rajuste, aux conditions qu'il détermine, la rémunération du médecin pour tenir compte d'un avancement d'échelon affectant la rémunération à tarif horaire ou à la vacation de ce médecin, peu importe que cet avancement survienne pendant la période de référence du médecin ou pendant la durée du programme;

4.2 La modification, par les parties, d'un plafond au sens de l'annexe IX de l'Entente emporte, pour la Régie, l'obligation de modifier pour autant, le plafond semestriel individualisé du médecin en y apportant les adaptations nécessaires.

5. Résiliation et pénalité

5.1 Le médecin peut, à la fin d'un semestre, mettre fin à son engagement sans pénalité. Il en avise le comité paritaire;

5.2 Le fait pour un médecin de mettre fin à son engagement en cours de semestre emporte pour celui-ci, sauf dans les cas agréés par les parties, l'obligation de rembourser à la Régie un montant équivalent au double de la majoration incitative accordée au médecin en vertu du paragraphe 2.3 de cette annexe. La période retenue pour la détermination de cette pénalité est le semestre au cours duquel le médecin résilie son engagement;

5.3 Le fait pour le médecin de mettre fin à son engagement et de payer la pénalité prévue au présent article, annule rétroactivement au début du semestre de sa résiliation, son adhésion audit programme. Il est alors régi par les dispositions de l'annexe IX de l'Entente;

5.4 Le montant de tout tel remboursement est consacré au financement du programme.

6. Comité paritaire

6.1 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins de l'administration du programme;

6.2 À cette fin, le comité paritaire a notamment pour fonctions de :

a) transmettre à la Régie les informations pertinentes à l'application du programme;

b) assumer toute autre fonction qui lui est dévolue par les parties.

6.3 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne effet aux décisions arrêtées par le comité paritaire.

7. Terminaison

7.1 Les parties conviennent de mettre fin audit programme le 31 mai 1999;

7.2 Sous réserve des paragraphes 5.1 et 5.2, le médecin qui au 31 mai 1999 est adhérent au programme visé aux présentes poursuit son adhésion conformément à son engagement.

8. Reconnaissance

8.1 Le Ministre reconnaît la notion de réorganisation volontaire d'activités professionnelles aux fins de l'élaboration et de l'application des plans d'organisation clinique des établissements ou des plans régionaux d'effectifs médicaux. Le Ministre adopte les mesures nécessaires aux fins d'assurer la mise en oeuvre de cette mesure dans le réseau des établissements de santé.

9. Accord

9.1 Toute autre condition relative à la mise en oeuvre du présent programme est fixée par accord des parties. Un tel accord fait partie intégrante de la présente annexe.

ANNEXE XVIII

MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE DÉPANNAGE PRÉVU À L'ARTICLE 30.00 DE L'ENTENTE GÉNÉRALE

1.00 Dépannage dans un service d'urgence

1.01 Le médecin dépêché dans un service d'urgence d'une installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou d'une installation d'un CLSC du réseau de garde intégré est rémunéré à l'acte si ce mode prévaut dans ce service d'urgence ou à tarif horaire si les services y sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Utiliser la facture de services médicaux.
Rémunération à tarif horaire
Utiliser le code d'activité ***009030*** *Services cliniques (TH).*

1.02 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'installation ne peut y être dépêché dans le cadre du dépannage s'il y a exercé de façon régulière au cours des deux (2) dernières années précédant la période de dépannage.

2.00 Dépannage dans une unité de soins de courte durée

2.01 Le médecin dépêché dans une unité de soins de courte durée d'une installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés est rémunéré :

- selon les modalités de l'entente particulière relative aux unités de courte durée des centres hospitaliers si l'établissement auprès duquel il est dépêché est adhérent à cette entente. De plus, lorsque le milieu n'est pas désigné à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens* et que le médecin doit assurer les services au sein de l'unité des soins intensifs, le milieu est réputé désigné au Régime A.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Déplacement dans une unité de soins intensifs ou coronariens non désignée à l'EP 3 - Soins intensifs ou coronariens pendant une période de dépannage**.

- si l'établissement auprès duquel il est dépêché n'est pas adhérent à cette entente, le médecin est rémunéré, à son choix pour la période de dépannage en cause, selon le mode de l'acte ou selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage du tarif des services médicaux qu'il dispense. Le montant du forfait est de 697,60 $ au 1er septembre 2018 et de 704,40 $ au 1er octobre 2019. Le pourcentage de rémunération qui s'ajoute est de 46,60 %. Le médecin manifeste son choix au début de la période de dépannage.

AVIS **:** *Pour un dépannage dans un établissement désigné dans l'EP 29 – Malades admis en CHSGS, suivre les instructions de facturation de cette entente particulière.*

Lorsque le médecin opte pour le forfait, la période minimale de services dispensés sur place dans une unité de soins est de huit (8) heures et couvre, le cas échéant, l'ensemble des services dispensés auprès de patients qui relèvent de ce médecin selon les règlements départementaux, incluant ceux de l'urgence ou de la clinique externe. Elle couvre également, selon le cas, la participation à la garde en disponibilité.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée que le forfait quotidien est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de dépannage de l'annexe XVIII est réclamé**.

Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur;

AVIS **:** *Pour le forfait, inscrire :*

*- le code de facturation **09777**;*
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait;

*- le total des heures effectuées sur place **et** pendant la garde en disponibilité (durée du dépannage);*

- distinctement, le nombre d'heures effectuées sur place.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de dépannage de l'annexe XVIII est réclamé**.

Ne pas utiliser cet élément de contexte lors de la facturation du forfait.

2.02 Pendant une période de garde en disponibilité, le médecin est rémunéré à l'acte, selon les dispositions de l'entente générale, lorsqu'il se déplace auprès d'un patient admis;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

2.03 Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période visée au paragraphe 2.01 et que le médecin a opté pour le forfait comme mode de rémunération, il est alors rémunéré au prorata des heures effectuées sur place ou en disponibilité durant cette période. Toutefois, le jour de son arrivée, la moitié des heures effectuées doit couvrir des services dispensés sur place;

AVIS **:** *Pour le forfait, inscrire :*

*- le code de facturation **09777**;*

- l'heure de début et l'heure de fin du forfait;

*- le total des heures effectuées sur place **et** pendant la garde en disponibilité (durée du dépannage);*

- distinctement, le nombre d'heures effectuées sur place.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de dépannage de l'annexe XVIII est réclamé**.

*Ne pas utiliser cet élément de contexte lors de la facturation du forfait (code de facturation **09777**).*

2.04 La rémunération visée par le forfait couvre l'ensemble des activités effectuées par le médecin auprès des patients admis qui lui sont confiés sous réserve des paragraphes 2.02 et 4.01;

2.05 Un seul médecin à la fois peut bénéficier des modalités de rémunération prévues au présent article;

2.06 Malgré le paragraphe 2.05, lorsque le degré de la pénurie d'effectifs et le nombre de lits le justifient, le comité paritaire peut autoriser un deuxième médecin pouvant bénéficier des modalités de rémunération prévues au présent article;

2.07 La durée de l'assignation dans une unité de soins de courte durée est d'au moins sept (7) jours consécutifs comprenant la durée de transport sauf sur autorisation du comité paritaire;

2.08 Le médecin qui se prévaut des dispositions prévues au présent article ne peut recevoir, pour une même journée, aucune autre rémunération sous réserve des paragraphes 2.02 et 4.01;

Malgré l'alinéa ci-dessus, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'installation en dehors de la période de 8 h à 16 h.

AVIS **:** *Voir les dispositions de l'entente générale et les instructions de facturation sous l'article 5.00 de l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements.*

Inscrire le secteur d'activité **Clinique d'urgence** *et l'heure de début du service.*

2.09 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'installation ne peut y être dépêché dans le cadre du dépannage s'il y a exercé de façon régulière au cours des deux (2) dernières années précédant la période de dépannage.

2.10 Tout médecin qui opte pour le mode de rémunération forfaitaire prévu au paragraphe 2.01 de la présente annexe ne peut se prévaloir de l'*Entente particulière relative à la garde en disponibilité* assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.

AVIS **:** *Un médecin dépanneur exerçant dans une unité de soins de courte durée d'une installation visée à l'EP 29 – Malade admis en CHSGS ou ayant opté pour la rémunération forfaitaire quotidienne additionnée à un pourcentage du tarif des actes pour les services qu'il rend ne peut se prévaloir des forfaits de garde prévus à l'EP 38 – Garde en disponibilité, à l'exception de ceux alloués pour l'obstétrique.*

Un médecin dépanneur qui opte pour la rémunération à l'acte peut se prévaloir des forfaits de garde prévus à l'EP 38 – Garde en disponibilité si l'installation adhérente l'y autorise.

Dans ce cas, l'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner EP 38 – Garde en disponibilité (annexe III, malade admis) *et inscrire la période couverte par l'avis de service (maximum un an).*

Pour le médecin qui choisit la rémunération forfaitaire quotidienne, voir l'avis administratif sous le paragraphe 3.09.

3.00 Dépannage en obstétrique et en anesthésie

3.01 a) Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité, est rémunéré, à son choix, selon les dispositions suivantes :

- un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire. Cette rémunération couvre l'ensemble des services requis ainsi que la garde en disponibilité;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***009006*** *pour le forfait obstétrique.*

- ou selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage du tarif des services médicaux qu'il dispense. Le montant du forfait quotidien est de 697,60 $ au 1er septembre 2018 et de 704,40 $ au 1er octobre 2019. Le pourcentage de rémunération qui s'ajoute est de 46,60 %.

AVIS **:** *Pour le forfait, inscrire :*
- le code de facturation ***19044;***
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Pour les services rendus, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de dépannage de l'annexe XVIII est réclamé.** *Ne pas utiliser cet élément de contexte lors de la facturation du forfait.*

Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée que le forfait quotidien est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de dépannage de l'annexe XVIII est réclamé**.

Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

3.01 b) Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en anesthésie est rémunéré à son choix :

- selon le mode de l'acte;

- selon les modalités de l'entente particulière relative à l'anesthésie si l'installation auprès duquel il est dépêché est adhérent à cette entente;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***009030*** *pour les services cliniques et consulter les instructions de facturation du régime prévalant dans l'établissement.*

- ou selon un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire. Cette rémunération couvre l'ensemble des services requis ainsi que la garde en disponibilité.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***009018*** *pour le forfait anesthésie.*

Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

3.02 La rémunération prévue au paragraphe précédent couvre l'ensemble des services requis en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité, en anesthésie ainsi que la garde en disponibilité;

3.03 Le jour de son arrivée et le jour de son départ, pour bénéficier d'un forfait quotidien prévu au paragraphe 3.01, le médecin doit assurer une prestation de services d'au moins neuf (9) heures. Si sa prestation est moindre, il est alors payé au prorata des heures effectuées sur le forfait de neuf (9) heures;

3.04 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions du présent article et exercer dans le cadre du dépannage en obstétrique ou en anesthésie dans une installation situé à moins de quarante (40) kilomètres de sa résidence;

3.05 Exceptionnellement, le médecin qui est désigné aux fins de l'application du présent article et qui accepte d'assumer les services auprès d'autres patients admis, est, sur autorisation du comité paritaire, rémunéré à l'acte pour ces services;

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.05, le médecin ne peut recevoir, pour une journée pendant laquelle il se prévaut des dispositions du présent article, aucune autre rémunération sauf s'il se prévaut d'une partie de forfait en vertu des dispositions prévues au paragraphe 3.03.

3.07 Malgré le paragraphe 3.06 ci-dessus, le médecin qui assure une prestation de services en anesthésie peut être rémunéré selon les dispositions de l'article 1.00 de la présente annexe pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'installation en dehors de la période de 8 h à 16 h.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le secteur d'activité **Clinique d'urgence** *et indiquer l'heure de début du service.*

Rémunération à tarif horaire

Utiliser le code d'activité ***009030*** *Services cliniques (TH).*

3.08 Malgré les dispositions du paragraphe 3.06 ci-dessus et avec l'autorisation préalable du comité paritaire, le médecin qui effectue un remplacement temporaire en obstétrique peut, pour une même journée de calendrier, effectuer un quart de garde au service d'urgence de l'installation en-dehors de la période de 8 h à 16 h. Les modalités de rémunération qui s'appliquent à cette situation sont les suivantes :

- les services dispensés au service d'urgence sont rémunérés selon les dispositions de l'article 1.00 de la présente annexe;

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte du médecin autorisé***

Utiliser le secteur d'activité **Clinique d'urgence** *et indiquer l'heure de début du service.*

Rémunération à tarif horaire du médecin autorisé

Utiliser le code d'activité ***009030*** *Services cliniques (TH).*

les services en obstétrique sont rémunérés selon les dispositions du premier alinéa du paragraphe 3.01 a) relatif au forfait quotidien équivalent à neuf (9) heures rémunérées à tarif horaire mais rajusté pour tenir compte des services dispensés au service d'urgence. Ce rajustement se traduit par une diminution du forfait de neuf (9) heures proportionnelle au ratio du nombre d'heures du quart de garde effectué au service d'urgence sur vingt-quatre (24) heures;

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***

Utiliser le code d'activité ***009112*** *pour le forfait rajusté obstétrique/urgence compte tenu des services rendus au service d'urgence.*

Utiliser la formule suivante pour calculer le nombre d'heures à facturer :

$$9\ h^* - \frac{(9\ h^* \times \text{nombre d'heures effectuées au service d'urgence})}{24 \text{ heures}}$$

***** *Pour les jours d'arrivée et de départ (paragr. 3.03), si la prestation de services dure moins de 9 heures, remplacer 9 h par le nombre d'heures effectuées.*

Dès qu'un quart de garde est assuré au service d'urgence le même jour, le médecin ne peut facturer ni le code d'activité ***009006*** *ni le forfait (code de facturation* ***19044****) ni le pourcentage correspondant aux services rendus à l'acte.*

- le forfait rajusté comprend la rémunération de la garde en disponibilité pendant toute la journée de calendrier en cause ainsi que la rémunération des services dispensés lorsque le médecin n'est pas de garde au service d'urgence. Les services reliés à un accouchement et dispensés pendant le quart de garde du médecin au service d'urgence sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 4.01 de la présente annexe.

3.09 Malgré les dispositions du paragraphe 3.06 ci-dessus, le médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 2.01 des présentes qui assure concurremment, auprès de la même installation, l'ensemble des services en obstétrique, peut également être rémunéré pour la garde en disponibilité en obstétrique s'il répond aux conditions suivantes :

il assure la garde en disponibilité d'obstétrique auprès de l'installation;

l'installation auprès duquel il effectue le remplacement temporaire est adhérent à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

Le médecin peut alors se prévaloir des dispositions du paragraphe 6.07 de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité. Il n'est toutefois pas comptabilisé comme un médecin détenant une nomination de membre actif pour les fins de ce paragraphe.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité (38) (volet CHSGS, annexe III, établissement désigné en vertu du paragraphe 6.07).

Inscrire la période couverte par l'avis de service (maximum un an).

AVIS **:** *Pour le forfait de garde, voir l'avis administratif sous le paragraphe 6.07 de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*

Pour les services rendus pendant la garde en disponibilité, utiliser l'élément de contexte **Garde en disponibilité**.

4.00 Dispositions générales

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***

Voir l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser lorsque les services sont rendus en horaires défavorables.

4.01 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'article 1.00 ou du forfait prévu à l'article 2.00 est rémunéré à l'acte selon les dispositions de l'entente générale pour les services reliés à un accouchement et facturés en vertu de l'onglet « Obstétrique » du Manuel des médecins omnipraticiens;

4.02 Sous réserve des paragraphes 3.07, 3.08 et 3.09, un médecin ne peut se prévaloir concurremment, pour une même journée calendrier, des dispositions prévues aux articles 1.00, 2.00 ou 3.00.

4.03 La rémunération versée en vertu de la présente annexe n'est pas comptée dans le calcul du revenu aux fins de l'article 5.00 de l'annexe IX;

4.04 La rémunération versée selon le mode du tarif horaire en vertu de la présente annexe n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV de l'entente générale ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

4.05 Malgré certaines dispositions inconciliables de la présente annexe, le médecin qui est dépêché comme médecin dépanneur auprès de l'unité de soins de courte durée de l'installation et qui, en raison de l'organisation régulière de l'installation, assume, également, les services médicaux auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée pendant son séjour de dépannage peut être rémunéré pour ces services. Si sa rémunération pour les services dispensés dans l'unité des soins de courte durée est à l'acte, il est rémunéré selon ce mode pour les services auprès du CHSLD. Si sa rémunération est sujette à l'application d'un pourcentage du tarif des actes, ce même pourcentage s'applique pour la rémunération des services dispensés auprès du CHSLD.

AVIS **:** *Si la rémunération à l'acte s'applique, utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de dépannage de l'Annexe XVIII est réclamé**.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* ***en version papier*** *pour chaque médecin concerné*.

À la section 2 – Établissement ou Installation*, inscrire le nom et numéro du CHSLD visé*.

À la section 3 – Situation d'entente, *cocher la case* Entente générale *et inscrire* Annexe XVIII, paragraphe 4.05.

La période de l'avis de service doit correspondre à la période de dépannage.

4.06 Malgré ce qui précède, le forfait de congé en établissement d'un patient admis est rémunéré à 100 % selon l'entente générale.

5.00 Comité paritaire

5.01 Le comité paritaire a pour fonctions d'administrer la présente annexe. Pour ce faire, il doit notamment :

a) informer la Régie du nom des médecins autorisés à faire du dépannage et, le cas échéant, du mode de rémunération choisi par le médecin;

b) transmettre à la Régie le nom des installations désignées en vertu des dispositions de l'article 30.00 de l'entente générale et de la présente annexe ainsi que des périodes de désignation;

c) transmettre à la Régie le nom du médecin autorisé à se prévaloir des dispositions du paragraphe 3.05 de la présente annexe.

6.00 ***ABROGÉ par l'*** **Amendement n° 85.**

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente annexe entre en vigueur le 1er juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

ANNEXE XIX

PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

PRÉAMBULE

Les parties ont convenu d'un programme de formation continue pour le médecin rémunéré par la Régie.

1.00 Conditions d'admissibilité du médecin

1.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente annexe tout médecin qui est rémunéré pour la totalité ou une partie de sa pratique selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation et est, à cet égard, considéré comme en pratique active selon les dispositions du paragraphe 3.04 de la présente annexe.

1.02 Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions de ce programme pour la période de temps pendant laquelle il bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente ou encore pendant laquelle il est rémunéré à honoraires fixes pour plus d'un demi-temps selon l'annexe VI.

Toutefois, le médecin qui détient une nomination de demi-temps en périodes discontinues dans les territoires désignés à l'Annexe XII de l'Entente peut se prévaloir des dispositions de la présente annexe s'il satisfait aux conditions d'admissibilité et aux modalités qui y sont énoncées.

1.03 Le médecin qui cesse complètement d'être rémunéré selon le mode des honoraires fixes pour être rémunéré selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation peut, dans l'année civile de son changement de mode de rémunération, se prévaloir des dispositions du programme de formation continue à raison d'un maximum de sept (7) jours moins le nombre de jours de perfectionnement réclamés au cours de l'année civile en cause.

Au cours de l'année suivante, l'évaluation du nombre de jours d'allocation admissible est calculée sur la base de l'ensemble de la rémunération du médecin au cours de l'année précédente, et ce, quel que soit le mode de rémunération, jusqu'à concurrence d'un maximum quatorze (14) blocs de trois (3) heures de formation continue.

2.00 Conditions d'admissibilité des cours de formation continue

2.01 Sous réserve du premier alinéa du paragraphe 2.02, les cours de formation continu doivent répondre aux critères d'obtention de crédits de catégorie 1 ou reconnus au sens du règlement de DPC obligatoire du CMQ, tels que déterminés par un organisme agréé par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et apparaissant en annexe I de la présente;

Ces formations doivent également respecter les critères du code d'éthique du CQDPCM.

Sont également admissibles les cours de formation continue organisés par une association affiliée à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en autant qu'ils aient été validés au préalable par le directeur de la Formation professionnelle de la Fédération.

2.02 Deux sessions de formation continue dispensées à l'extérieur du Québec sont admissibles une fois par année, que le médecin y assiste en présence ou en webdiffusion en direct. Par définition, une activité de formation continue dispensée à l'extérieur du Québec, est une activité organisée par un organisme reconnu et accrédité par les autorités compétentes dans la province ou le pays concerné. Dans ce cas, le cours de formation continue doit avoir été validé, au préalable, quant à sa durée et à son mérite scientifique, par le Comité consultatif sur la répartition prévue à l'Entente.

AVIS **:** *Pour les activités de formation continue rendues à l'extérieur du Québec, les activités organisées par des organismes québécois avec la simple participation d'un organisme reconnu et accrédité par les autorités compétentes dans la province ou le pays concerné ne sont pas admissibles.*

Ne sont pas considérées comme dispensées à l'extérieur du Québec les sessions de formation qui se tiennent à Ottawa, Campbellton (Nouveau-Brunswick) et dans la province de Terre-Neuve.

Si l'activité de formation continue se déroule en webdiffusion en direct, la plateforme de webdiffusion doit être en mesure de confirmer et d'émettre une preuve de la présence en ligne du médecin et de sa durée pendant la période de formation.

3.00 Modalités d'application

3.01 Les activités de formation visées par les dispositions de la présente annexe comportent un minimum de trois (3) heures consécutives de formation. Un maximum de 3 blocs de 3 heures est admissible par jour. Aux fins de cette annexe, la webdiffusion en direct de cette activité de formation doit être tenue et accréditée par un organisme agréé au Québec et la plateforme de webdiffusion doit être en mesure de confirmer et d'émettre une preuve de la présence en ligne du médecin et de sa durée pendant la période de formation.

3.02 Le médecin a droit à 14 blocs de 3 heures consécutives de formation par période de douze (12) mois de pratique active dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec dans l'année précédant le 1er janvier de chaque année. Malgré ce qui précède, le médecin peut, au cours de l'année où il débute sa pratique au sein du régime d'assurance maladie et au cours de l'année civile qui suit, se prévaloir des blocs d'heures de formation prévues à la présente annexe. Le nombre de ces blocs d'heures est déterminé selon le prorata des mois de pratique du médecin durant l'année civile en cause.

Les journées de formation non utilisées au cours de l'année civile pour laquelle elles sont attribuées ne peuvent être utilisées au cours de l'année ou des années subséquentes.

3.03 Les dispositions de la présente annexe s'appliquent sur la base de l'année civile;

3.04 Pour se prévaloir des dispositions de la présente annexe, le médecin doit être rémunéré, en tout ou en partie, selon le mode de l'acte, du tarif horaire, de la vacation ou du *per diem* ou du mode de rémunération mixte en vertu de l'annexe XXIII de l'entente générale, et doit, à cet égard être considéré comme actif.
Sous réserve des adaptations appropriées afin de permettre au médecin de prendre des vacances pour une durée totale d'au plus six (6) semaines par année, est considéré comme actif tout médecin qui, mensuellement, reçoit, selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation, une rémunération minimale de 4 000 $ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 $, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation selon un des modes de rémunération visés aux présentes. Le médecin qui répond à cette exigence mais uniquement pour une partie d'année se voit reconnaître cette partie d'année aux fins du calcul du nombre de jours de formation auquel il a droit;

Les périodes d'invalidité totale, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois (congé de maternité ou d'adoption d'une durée maximale de cinq (5) mois auquel s'ajoute, le cas échéant, un congé additionnel d'une durée maximale de douze (12) mois tenant lieu d'un congé sans solde de même durée) sont considérées, aux fins des présentes, comme des périodes de pratique active. Lorsque l'adoption est le fait d'un couple constitué de deux (2) médecins régis selon la présente entente générale, le congé d'adoption n'est octroyé qu'à l'un des conjoints;

AVIS **:** *Le médecin doit informer la RAMQ de la période de congé par lettre accompagnée des documents justificatifs.*
Pour les périodes d'invalidité totale, il doit joindre un certificat d'arrêt de travail signé par le médecin traitant précisant la période d'arrêt et que l'invalidité est totale.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

Le directeur des services professionnels d'un établissement qui revient, au cours d'une année civile, en pratique active dans le régime d'assurance maladie se voit reconnaître les mois ouvrés comme directeur des services professionnels au cours de cette même année aux fins du calcul des mois de pratique active et du nombre de journées de formation qui en découle.

AVIS **:** *Le médecin concerné doit informer la RAMQ par écrit en précisant sa date de retour en pratique active dans le cadre du régime d'assurance maladie.*

4.00 Allocation forfaitaire

4.01 Le médecin qui bénéficie des journées de formation continue conformément à la présente annexe reçoit une allocation forfaitaire de 354,50 $ par bloc de 3 heures consécutives de formation.

AVIS **:** *Remplir le formulaire* Demande de remboursement – Programme de formation continue – Annexe XIX – FMOQ *(3814) accessible par le service en ligne* Facturation – Formulaires *de la RAMQ.*

Pour la facturation, chaque bloc de 3 heures est considéré comme une demi-journée de formation :
- 3 heures de formation équivalent à 0,5 jour;
- 6 heures de formation équivalent à 1 jour;
- 9 heures de formation équivalent à 1,5 jour.

Ne pas faire parvenir à la RAMQ l'attestation de présence signée par le responsable officiel d'une session de formation continue. L'attestation doit être conservée pendant cinq ans. La RAMQ peut la demander en tout temps.

5.00 Dispositions applicables à la RAMQ

5.01 Au plus tard le 15 janvier de chaque année, la Régie informe le médecin de son profil de rémunération des six (6) premiers mois de l'année précédente aux fins de l'application du paragraphe 3.04 de la présente annexe;

5.02 Ce profil partiel permet au médecin d'établir, dans un premier temps, une présomption de son respect des règles édictées par le paragraphe 3.04 des présentes.

6.00 Dispositions applicables au médecin

6.01 Le médecin qui bénéficie des journées de formation continue prévues à la présente annexe doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée à l'article 4.00 des présentes, réclamer cette allocation forfaitaire dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la formation reçue. À cette fin, il doit transmettre à la Régie le formulaire « Demande de remboursement – Programme de formation continue Annexe XIX » paraissant en annexe II de la présente annexe. Il doit conserver, pendant cinq (5) ans à compter de la date de paiement, les pièces justificatives identifiées au paragraphe 6.02 ci-dessous lesquelles pourront ultérieurement lui être demandées par la Régie aux fins de vérification.

6.02 Les pièces justificatives sont :

- l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu de l'article 2.00 de la présente annexe. Cette attestation doit identifier l'organisme responsable du cours de formation, préciser la durée de l'activité de formation suivie ainsi que la catégorie de crédits de formation octroyés.
- en plus de l'attestation requise, en cas de webdiffusion d'une formation, la confirmation de la présence en ligne du médecin et de sa durée à la formation concernée.

6.03 Le médecin qui bénéficie d'une session de formation continue dispensée à l'extérieur du Québec doit satisfaire aux conditions des paragraphes 2.02 et 6.01 ci-dessus pour obtenir l'allocation forfaitaire visée à l'article 4.00 des présentes.

Les pièces justificatives sont celles identifiées à l'article 6.02 de la présente annexe.

ANNEXE I DE L'ANNEXE XIX

ORGANISMES AGRÉÉS

1. Les organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation médicale sont :

Formation médicale

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses associations affiliées;
Fédération des médecins spécialistes du Québec et ses associations affiliées;
Faculté de médecine de l'Université Laval;
Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
Faculté de médecine de l'Université McGill;
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke;
Collège québécois des médecins de famille;
Médecins francophones du Canada;
Collège des médecins du Québec

NOTE : Les activités accréditées par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) se déroulant à Campbellton et à Ottawa sont considérées comme répondant aux critères d'admissibilité prévus au paragraphe 2.01. Il en est de même des activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa qui se déroulent à Ottawa et des activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université Memorial qui se déroulent à Terre-Neuve.

2. Les organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation continue en psychothérapie :

Formation en psychothérapie

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses associations affiliées;

Fédération des médecins spécialistes du Québec et ses associations affiliées;

Faculté de médecine de l'Université Laval;

Faculté de médecine de l'Université de Montréal;

Faculté de médecine de l'Université McGill;

Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke;

Collège québécois des médecins de famille;

Médecins francophones du Canada;

Ordre des psychologues du Québec pour ses formations en psychothérapie;

Collège des médecins de famille du Canada (Mainpro-M1 ou Mainpro-C du plan DPC) pour ses formations en psychothérapie

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (section 1 du DPC) pour ses formations en psychothérapie

Une organisation américaine de DPC agrée par l'ACCME (Accreditation council for continuing medical education) pour une formation en psychothérapie.

Collège des médecins du Québec

NOTE : Les activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa qui se déroulent à Ottawa et les activités accréditées par la Faculté de médecine de l'Université Memorial qui se déroulent à Terre-Neuve sont considérées comme répondant aux critères d'admissibilité prévus au paragraphe 2.01.

ANNEXE XX

MAJORATIONS APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES DISPENSÉS EN HORAIRES DÉFAVORABLES

1.00 Dispositions générales

1.01 Sans égard à son mode de rémunération, le médecin qui exerce dans un des secteurs d'activités visés peut se prévaloir de majorations ou de suppléments pour les services rendus sur place durant certains horaires défavorables.

1.02 Les majorations s'appliquent à la rémunération des services dispensés dans les secteurs d'activités visés par ces majorations par un médecin lorsqu'il exerce dans le cadre du mécanisme du dépannage selon les dispositions de l'article 30.00 de l'Entente et de son annexe XVIII.

1.03 Sont considérés comme jours fériés les jours identifiés au sous-paragraphe 2.4.7.6 du préambule général à l'annexe V « Tarif des actes médicaux ». Toutefois, pour le médecin qui exerce en établissement, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

1.04 Les majorations sont applicables à la rémunération, selon le tarif de base, des services dispensés sur place.

2.00 Dispositions relatives au mode de l'acte et au mode de rémunération mixte

2.01 Les dispositions applicables au médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, sous réserve des dispositions du paragraphe 2.09 de l'annexe XXIII de l'entente générale, sont prévues aux endroits suivants :

i) le paragraphe 4.01 ci-dessous pour le médecin qui exerce en cabinet privé, à domicile, en CLSC pour les services autres que le service d'urgence des CLSC visés à l'article 5.00 ci-dessous, ou en GMF-U en établissement;

ii) le sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale pour les services dispensés auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;

iii) le sous-paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un établissement.

3.00 Dispositions relatives aux modes du tarif horaire et des honoraires fixes

3.01 Les dispositions applicables au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes sont prévues aux endroits suivants :

i) le paragraphe 4.01 ci-dessous pour le médecin qui exerce en CLSC pour les services autres que le service d'urgence des CLSC visés à l'article 5.00 ci-dessous, ou en GMF-U en établissement;

ii) le paragraphe 4.02 ci-dessous pour les services dispensés auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;

iii) l'article 5.00 ci-dessous pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un établissement.

3.02 Les majorations prévues à la présente annexe s'appliquent sur la rémunération à honoraires fixes selon les dispositions de l'article 15.05 de l'entente générale où il est établi que les facteurs de conversion suivants s'appliquent :

i) un facteur de conversion de 1,28 par majoration de 1 % consentie au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire lorsque le médecin dispense les activités visées par cette majoration pendant sa période régulière d'activités professionnelles telle que définie au paragraphe 13.01 de l'Entente. Pour fins d'application du présent alinéa, toute période supplémentaire est présumée être une période régulière d'activités.

ii) un facteur de conversion de 1,2 par majoration de 1 % consentie au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire lorsque la période concernée est une période de garde telle que définie au paragraphe 14.05 de l'Entente.

Conformément à ces dispositions, les majorations correspondantes pour le médecin rémunéré à honoraires fixes apparaissent dans la parenthèse suivant chaque majoration s'appliquant sur la rémunération selon le tarif horaire. Le premier pourcentage en parenthèse correspond à la majoration applicable en période régulière et le second à la période de garde.

4.00 Majorations applicables en cabinet et en établissement à l'exception des services d'urgence

4.01 En cabinet privé, à domicile, en CLSC pour les services autres que le service d'urgence des CLSC visés à l'article 5.00 de la présente annexe, ou en GMF-U en établissement, sauf pour les établissements visés par l'article 6.00 de la présente annexe, les majorations suivantes s'appliquent :

i) une majoration de 16 % (20,48 %, 19,2 %) s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte****, indiquer l'heure de début du service.*

Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire*, voir l'avis sous le paragraphe 4.01 iii).*

ii) une majoration de 26 % (33,28 %, 31,2 %) s'applique le vendredi de 18 h à 22 h, à l'exception d'une journée fériée;

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Indiquer l'heure de début du service.

Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire

Voir l'avis sous le paragraphe 4.01 iii).

iii) une majoration de 26 % (33,28 %, 31,2 %) s'applique les samedi, dimanche et journée fériée, de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Indiquer l'heure de début du service.

Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire

Voir l'avis sous le paragraphe 15.05 de l'Entente et les calendriers des jours fériés*.*

Les activités donnant droit aux majorations sont les suivantes :

- ***XXX015*** *Examen relatif à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX067*** *Expertise professionnelle*
- ***051069*** *Activité supervision (GMF-U)*
- ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)*
- ***XXX079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***XXX084*** *Services cliniques (situation exceptionnelle) (**TH** seulement)*
- ***XXX085*** *Garde sur place (situation exceptionnelle) (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***072103*** *Activités cliniques en GMF*
- ***076110*** *Services cliniques sans rendez-vous*
- ***269110*** *Services cliniques sans rendez-vous*
- ***076111*** *Services cliniques avec rendez-vous*
- ***269111*** *Services cliniques avec rendez-vous*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*
- ***XXX147*** *Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité*
- ***292257*** *Services médicaux – Établissement de détention*
- ***292258*** *Services médico-administratifs – Établissement de détention*

Médecins de santé publique rémunérés à honoraires fixes en mixte, à tarif horaire ou à honoraires fixes

Utiliser :

- *l'emploi de temps **XXX387** Investigations liées à la COVID-19;*
- *la nature de service habituelle à votre contrat, soit : **007XXX**, **115XXX**, **145XXX**, **155XXX**, **165XXX**, **175XXX**, **185XXX** ou **195XXX**.*

*Les emplois de temps majorables en **Santé publique** sont les suivants :*

- ***XXX387*** *Investigations liées à la COVID-19;*
- ***XXX025*** *Programme de dépistage du cancer du sein;*
- ***XXX030*** *Services cliniques;*
- ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires;*
- ***XXX037*** *Planification - Programmation - Évaluation;*
- ***XXX047*** *Exécution d'un programme en santé publique;*
- ***XXX067*** *Expertise professionnelle;*

- ***XXX148*** *Services cliniques : situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie.*

Les emplois de temps majorables pour la ***CNESST*** *sont les suivants :*

- ***XXX387*** *Investigations liées à la COVID-19;*
- ***XXX031*** *Étude de dossier;*
- ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires;*
- ***XXX037*** *Planification - Programmation - Évaluation;*
- ***XXX093*** *Programme pour une maternité sans danger.*

Pour les majorations, utiliser une seule plage horaire par ligne.
Les heures d'activités donnant droit à une majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.
Les heures majorées doivent être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et le jour.

Jours	***Heures***	***Secteur dispensation***
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*27*
Lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*18 h à 20 h*	*23*
Lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 22 h*	*24*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*18 h à 20 h*	*25*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 22 h*	*26*

iv) une majoration de 33 % (42,24 %, 39,6 %) s'applique les samedi, dimanche et journée fériée, de 8 h à 24 h dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau et dans un groupe de médecine de famille désigné réseau.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Clinique Réseau
Inscrire l'heure de début du service.
Utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – clinique réseau**.

GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)
Inscrire l'heure de début du service.
Utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.

Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire
Inscrire :
- *le code d'activité* ***076110*** *Services cliniques sans rendez-vous*;*
- *le code d'activité* ***269110*** *Services cliniques sans rendez-vous**;*
- *une seule plage horaire par ligne.*

Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.
Les heures majorées doivent être associées à un secteur de dispensation selon le jour et l'heure.

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation***
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*28*

** Seulement pour les CLSC et les GMF-U en établissement désigné à titre de lieu physique unique inscrits à l'annexe I de l'EP 39 – Clinique réseau ou pour le médecin désigné selon l'article 9.00 de cette entente particulière.*
*** Seulement pour les CLSC et les GMF-U en établissement désignés à titre de lieu physique unique inscrits à l'annexe I de l'EP 54 – GMF-AR ou pour les médecins désignés selon l'article 8.00 de cette entente particulière.*
Consulter l'avis sous le paragraphe 15.05 de l'Entente et les calendriers des jours fériés.

Ces majorations ne s'appliquent pas sur les suppléments accordés à titre de frais compensatoires en vertu du sous-paragraphe 2.4.7.7 du préambule général de l'annexe V de l'Entente.

Le forfait ou supplément accordé pour les services dispensés en horaires défavorables, par le paragraphe 5.03 de la présente annexe et par le paragraphe 4.01 de l'entente particulière relative au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau, est exclu de l'application des majorations prévues ci-dessus.

4.02 Dans le cadre des services dispensés auprès d'une personne admise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre hospitalier de soins psychiatriques, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation ou dans un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, lorsque le médecin est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, les majorations suivantes s'appliquent :

i) une majoration de 13 % (16,64 %, 15,6 %) s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à l'exception d'une journée fériée et sous réserve de l'alinéa suivant.

lorsque les services sont dispensés durant la garde sur place obligatoire dans un des centres hospitaliers psychiatriques désignés au paragraphe 5.01 b) des présentes, cette majoration est de 16 % (20,48 %, 19,2 %) sur la rémunération au tarif de base des services visés dispensés sur place le lundi, mardi, mercredi ou jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

ii) une majoration de 23 % (29,44 %, 27,6 %) s'applique le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée et sous réserve de l'alinéa suivant.

lorsque les services sont dispensés durant la garde sur place obligatoire dans un des centres hospitaliers psychiatriques désignés au paragraphe 5.01 b) des présentes, cette majoration est de 26 % (33,28 %, 31,2 %) sur la rémunération au tarif de base des services visés dispensés sur place le vendredi 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

iii) une majoration de 23 % (29,44 %, 27,6 %) les samedi, dimanche et journée fériée, de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant.

lorsque les services sont dispensés durant la garde sur place obligatoire dans un des centres hospitaliers psychiatriques désignés au paragraphe 5.01 b) des présentes, cette majoration est de 26 % (33,28 %, 31,2 %) les samedi, dimanche et journée fériée, de 8 h à 24 h.

iv) une majoration de 13 % (16,64 %, 15,6 %) s'applique les samedi, dimanche et journée fériée de 0 h à 8 h sous réserve de l'alinéa suivant.

lorsque les services sont dispensés durant la garde sur place obligatoire dans un des centres hospitaliers psychiatriques désignés au paragraphe 5.01 b) des présentes, cette majoration est de 16 % (20,48 %, 19,2 %) les samedi, dimanche et journée fériée de 0 h à 8 h.

***AVIS* : Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes pour la garde sur place obligatoire**

Voir l'avis sous le paragraphe 15.05 de l'Entente et les calendriers des jours fériés.

Les activités de garde sur place obligatoire donnant droit à ces majorations sont les suivantes.

*Pour le médecin rémunéré à **tarif horaire ou à honoraires fixes**, utiliser les natures de service suivantes :*

*- **027XXX** Soins physiques en psychiatrie*

*- **265XXX** Soins psychiatriques*

*Pour le médecin rémunéré à **tarif horaire**, utiliser l'emploi de temps suivant durant les heures de garde sur place obligatoire :*

*- **XXX270** Garde sur place obligatoire (**TH** seulement)*

*Pour le médecin rémunéré à **honoraires fixes**, utiliser les emplois de temps suivants :*

*- **XXX063** Garde sur place*

*- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement).*

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

Les activités régulières donnant droit à ces majorations sont les suivantes :
*- **009006** Forfait obstétrique (TH seulement)*
*- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C*
*- **009018** Forfait anesthésie (TH seulement)*
*- **XXX030** Services cliniques*
*- **XXX032** Rencontres multidisciplinaires*
*- **XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
*- **XXX056** Activités cliniques – Encadrement*
*- **XXX063** Garde sur place*
*- **XXX067** Expertise professionnelle*
*- **XXX070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*
*- **XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
*- **XXX079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
*- **XXX080** Participation du médecin de famille (TH seulement)*
*- **XXX084** Services cliniques (situation exceptionnelle) (TH seulement)*
*- **XXX085** Garde sur place (situation exceptionnelle) (TH seulement)*
*- **XXX097** Plan d'intervention pour le patient*
*- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence*
*- **XXX132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
*- **XXX139** Services malade admis – Régime B (TH seulement)*
*- **086145** Activités professionnelles effectuées au bénéfice du Centre de santé Tulattavik (TH seulement, Accord nº 685)*
*- **087146** Consultation en obstétrique (Lettre d'entente nº 204)*
*- **XXX147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité*
*- **XXX405** Soins de niveau alternatif (SNA) (Accord nº 766)*

Pour les majorations, utiliser une seule plage horaire par ligne.

Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit. Les heures majorées doivent être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et la journée.

Jours	*Heures*	*Secteur dispensation*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*31*
Samedi, dimanche ou jour férié	*0 h à 8 h*	*42*
Lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*29*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*30*

5.00 Majorations et forfaits applicables aux services d'urgence

5.01 Les dispositions du présent article s'appliquent aux médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire pour les services dispensés dans le service d'urgence des établissements suivants :

a) les CLSC du réseau de garde intégré lorsque les médecins sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

b) les centres hospitaliers de soins psychiatriques suivants :

Hôpital du Sacré-Cœur, pavillon Albert-Prévost *(07748)*

Hôpital Louis-H Lafontaine *(00878)*

Hôpital Douglas *(00698)*

c) les établissements des régions éloignées ou isolées suivants :

Région 09-Côte-Nord

CLSC Naskapi

Centre de santé et de services sociaux de l'Hématite

Centre de santé et de services sociaux de la Minganie

Région 10-Nord-du-Québec

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, point de service de Matagami, Lebel-sur-Quevillon, Radisson, Chibougamau

Région 11 – Gaspésie Îles-de-la-Madeleine

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

5.02 Les majorations suivantes s'appliquent :

i) une majoration de 16 % (20,48 %, 19,2 %) s'applique le lundi, mardi, mercredi et jeudi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

ii) une majoration de 26 % (33,28 %, 31,2 %) s'applique le vendredi de 20 h à 24 h, à l'exception d'une journée fériée;

iii) une majoration de 26 % (33,28 %, 31,2 %) s'applique les samedi, dimanche ou journée fériée de 8 h à 24 h;

iv) une majoration de 16 % (20,48 %, 19,2 %) s'applique de 0 h à 8 h tous les jours de la semaine.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire***

Voir l'avis sous le paragraphe 15.05 de l'Entente et les calendriers des jours fériés.

Les activités donnant droit à ces majorations sont les suivantes :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX067*** *Expertise professionnelle*
- ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)*
- ***XXX079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***XXX084*** *Services cliniques (situation exceptionnelle) (**TH** seulement)*
- ***XXX085*** *Garde sur place (situation exceptionnelle) (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*

Pour les majorations, utiliser une seule plage horaire par ligne.

Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.

Les heures majorées doivent être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et le jour.

Jours	*Heures*	*Secteur dispensation*
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	*35*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*34*
Lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*32*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*33*

5.03 Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée aux médecins qui exercent dans le service d'urgence des établissements apparaissant au paragraphe 5.01 ci-dessus. Le montant de ce supplément est par quart de quatre (4) heures, de 139,80 $ au 1er septembre 2018, de 154,80 $ au 1er octobre 2018 et de 156,40 $ au 1er octobre 2019. Ce supplément est divisible en heures.

Ce supplément n'est pas sujet à l'application des majorations prévues au présent paragraphe.

AVIS **:** *Pour les services rendus de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié, inscrire le code de facturation **09791**.*

*Pour les services rendus de 8 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié, inscrire le code de facturation **19953**.*

Indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde .

Le cas échéant, préciser le secteur d'activité **Service d'urgence CLSC réseau de garde**.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.04 Les dispositions des paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus s'appliquent au médecin qui exerce pour le compte d'Urgences-santé ou au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal en vertu des sections II et III de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence*.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire***

Voir l'avis sous le paragraphe 15.05 de l'Entente et les calendriers des jours fériés.

Les activités donnant droit à ces majorations sont les suivantes :

Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval

- ***205063*** *Garde sur place*
- ***205071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)*
- ***205132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*
- ***205160*** *Constat de décès*

Services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

- ***215063*** *Garde sur place*
- ***215071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)*
- ***215132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*
- ***215166*** *Constat de décès*
- ***215166*** *Formation donnée*
- ***215167*** *Support en ligne*
- ***215169*** *Garde en disponibilité – support en ligne*

Pour les majorations, utiliser une seule plage horaire par ligne.

Les heures d'activités donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.

Les heures majorées doivent être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et le jour.

Jours	***Heures***	***Secteur dispensation***
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	*35*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*34*
Lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*32*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*33*

6.00 Dispositions spécifiques relatives à certains établissements

6.01 La rémunération versée selon le *per diem* prévu au paragraphe 4.01.1 a) de l'*Entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17), du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et au Centre de santé et des services sociaux de la Basse-Côte-Nord* est sujette à une majoration de 30 % lorsque les services sont dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et jour férié.

***AVIS* : Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes**

Voir l'avis sous le paragraphe 15.05 de l'Entente et les calendriers des jours fériés.

Les activités donnant droit à ces majorations sont les suivantes :

Rémunération à tarif horaire

- ***009030*** *Services cliniques (mécanisme de dépannage)*
- ***074030*** *Services cliniques (EP – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord)*

Rémunération à honoraires fixes

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002063*** *Garde sur place*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

Pour les majorations, utiliser une seule plage horaire par ligne.

Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.

Les heures majorées doivent être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et le jour.

Jour	***Heures***	***Secteur dispensation***
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*36*

***AVIS* :** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, la majoration est de 38,4 %.*

6.02 Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas à la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (ÉVAQ) et elles ne s'appliquent pas au médecin rémunéré en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique. La *Lettre d'entente n° 188* fait état des modalités propres aux services ÉVAQ. L'*Entente particulière relative à la santé publique* fait état des modalités propres à ce secteur d'activités.

ANNEXE XXI

RECONNAISSANCE DE L'EFFICIENCE

1.00 Nombre de journées de pratique significatives travaillées

1.01 En tenant compte des modalités d'application apparaissant aux paragraphes ci-dessous, sont accordés, sur la base de l'année civile, les forfaits suivants:

a) pour chacune des journées de pratique significatives travaillées dans l'année au-delà de cent quatre-vingts (180) journées jusqu'à deux cents (200) journées, un forfait de 52,30 $ par journée est versé au médecin. Le forfait est divisible en demi-journée;

b) pour chacune des journées de pratique significatives travaillées dans l'année au-delà de deux cents (200) journées, un forfait de 209,15 $ est versé au médecin. Le forfait est divisible en demi-journée;

c) le calcul des journées de pratique significatives travaillées est calculé au prorata de la proportion des semaines travaillées dans l'année pour le médecin qui s'absente pour un congé de maternité (maximum cinquante-deux (52) semaines), de paternité (maximum cinq (5) semaines), d'adoption (maximum dix (10) semaines) ou d'invalidité totale prolongé de plus de treize (13) semaines consécutives. Le médecin avise la Régie de la date de début et de la date de fin du congé en cause.

AVIS **:** *Le médecin doit faire parvenir une lettre à la RAMQ indiquant la raison de l'absence, la date de début et la date de retour prévue.*

Lorsque la date de retour est connue, il doit nous en aviser dans les meilleurs délais.

Si l'absence correspond à un congé d'invalidité, *joindre un certificat d'arrêt de travail signé par le médecin traitant.*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

d) les forfaits prévus au présent paragraphe ne sont pas sujets aux majorations prévues aux annexes XII et
XII-A de l'entente générale.

1.02 Aux fins du calcul de base du nombre de journées de pratique significatives travaillées, une journée de pratique significative d'un médecin est comptabilisée lorsque la rémunération versée pour sa prestation de services totalise minimalement sept (7) heures au taux du tarif horaire à 100 % ou au taux horaire normal pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes. Une demi-journée équivaut à la moitié de ce montant. Les conditions suivantes s'appliquent :

a) sont comptabilisées dans le calcul de base de la rémunération versée :

i) les majorations applicables en vertu de l'annexe XX de l'entente générale;

ii) la compensation versée pour les frais de cabinet en vertu de l'article 14.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ;

b) sont exclues du calcul de base de la rémunération versée :

i) les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale;

ii) les majorations applicables en vertu des dispositions relatives au volume de patients inscrits ainsi qu'à la polyvalence et spécifiées aux paragraphes 15.00 et 16.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ;

iii) la rémunération retenue aux fins de l'application des paragraphes 1.05 et 1.06 ci-dessous. Toutefois, malgré ce qui précède, la rémunération des services dispensés pendant la garde en disponibilité même pendant la fin de semaine et journées fériées est considérée dans le calcul de base de la rémunération versée. Il en est de même de la rémunération forfaitaire versée en semaine pour la garde en disponibilité.

c) les journées de congés rémunérés ne sont pas retenues aux fins des présentes dispositions. Il en va de même des heures de reprise de temps, qui sont plutôt comptabilisées le jour où ces heures sont effectivement travaillées.

1.03 Le nombre de journées comptabilisées pour une année ne peut dépasser trois cent soixante-cinq (365) journées ou trois cent soixante-six (366) pour une année bissextile.

1.04 Sous réserve des dispositions spécifiques apparaissant aux paragraphes ci-dessous, la rémunération versée pour une journée ne peut donner lieu à la comptabilisation de plus d'une journée sauf si les services ont été dispensés dans deux milieux de pratique c'est-à-dire d'une part, en première ligne soit en cabinet, en CLSC ou en GMF-U en établissement, et, d'autre part, en établissement autre que CLSC ou GMF-U.

Dans ce cas, la rémunération totale (tous milieux de pratique) versée pour une journée, selon les dispositions du paragraphe 1.02, peut donner lieu à la comptabilisation d'une journée et demie à la condition que la rémunération versée totalise une journée et demie pour les services dispensés et que, dans chacun des deux milieux de pratique décrits à l'alinéa précédent, elle permette la comptabilisation d'au moins une journée dans un des deux milieux de pratique et d'au moins une demi-journée de pratique, dans l'autre.

Pour les fins des présentes, les services dispensés dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré sont réputés être dispensés dans un établissement autre que CLSC ou GMF-U.

1.05 S'ajoutent au calcul de base des journées de pratique significatives travaillées, les journées calculées selon les modalités suivantes :

a) *Horaire de nuit*

Quel que soit le mode de rémunération, les heures de services dispensés sur place la nuit, soit de 0 h à 8 h dans un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, sont comptabilisées distinctement pour un maximum de huit (8) heures par journée de calendrier et, ensuite, pondérées par 1,2. Le total annuel des heures est ensuite converti en journées de pratique significative à raison de sept (7) heures par journée de pratique. Pour être ainsi comptabilisées, les heures faites au cours d'une nuit doivent être d'au moins quatre (4) heures.

Les présentes modalités s'appliquent également aux heures de garde sur place assurées de 0 h à 8 h dans un CHSLD, un CHSP, un centre de réadaptation, dans le cadre du service de constat de décès d'Urgence-santé ainsi que dans le cadre du support en ligne aux services préhospitaliers au sein du département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal lorsque celui-ci est effectué sur place.

La rémunération faite selon le mode de l'acte entre 0 h et 8 h n'est pas comptabilisée sauf pour le médecin qui ne se prévaut pas des dispositions des deux alinéas ci-dessus. Dans ce cas, cette rémunération s'additionne à celle faite durant la même journée de calendrier. Il en va de même pour la rémunération, quel que soit le mode de rémunération, lorsque les heures faites sur place sont de moins de quatre (4) heures.

Transfert interétablissement :

- Dans le cas où les heures faites sur place au cours d'une nuit sont de moins de quatre (4) heures, un transfert interétablissement effectué entre 0 h et 8 h donne lieu à la comptabilisation de quatre (4) heures cumulées distinctement sans être sujettes à la pondération prévue au premier alinéa du présent paragraphe.

  AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du transfert.*

- Dans le cas où les heures faites sur place au cours d'une nuit sont de quatre (4) heures ou plus, ces heures sont sujettes à la pondération prévue au premier alinéa du présent paragraphe. Dans ce cas, aucune heure n'est accordée pour un transfert interétablissement. La rémunération versée pour un transfert interétablissement reçoit alors le traitement prévu au troisième alinéa du présent paragraphe.

b) *Garde en disponibilité*

Quel que soit le milieu de pratique et distinctement de toute autre rémunération versée lors de ces mêmes journées, la rémunération forfaitaire versée pour la garde en disponibilité assurée les fins de semaine et les journées fériées est cumulée sur une base annuelle, convertie en heures sur la base du taux du tarif horaire et ensuite en journées de pratique significatives à raison de sept (7) heures par journée.

c) *Activités médico-administratives*

Le nombre de journées de pratique significatives reconnues pour les activités médico-administratives rémunérées sous forme forfaitaire sont les suivantes :

i) Fonction du chef du DRMG :

Région 06 : 80 journées

Régions 03 et 16 : 65 journées

Régions 01, 02, 04, 05, 07, 08, 09 11, 12, 13, 14, 15 : 55 journées

Régions 10 et 17 : 45 journées

ii) Fonction de coordonnateur médical local et, le cas échéant, de celui qui l'assiste :

Groupe 1 : 40 journées

Groupe 2 : 32 journées

Groupe 3 : 27 journées

Groupe 4 : 22 journées

iii) Fonction de chef d'un service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste :

Groupe I : 30 journées

Groupe II : 18 journées

Groupe III : 12 journées

iv) Fonction de chef d'un département clinique de médecine générale et, le cas échéant, de celui qui l'assiste :

Groupe I : 30 journées

Groupe II : 25 journées

Groupe III : 20 journées

Groupe IV : 15 journées

v) Fonction de chef d'un GMF-U et, le cas échéant, de celui qui l'assiste :

Groupe I : 12 journées

Groupe II : 17 journées

vi) Fonction de chef d'un GMF et, le cas échéant, de celui qui l'assiste : 15 journées

vii) Fonction de chef d'une clinique réseau et, le cas échéant, de celui qui l'assiste : 15 journées ou 7,5 journées pour le médecin qui assume également la fonction de chef de GMF

Le médecin se voit reconnaître le nombre de journées résultant du calcul de la proportion de la rémunération qui lui a été versée dans l'année pour cette fonction sur le total de la rémunération attribuée à la fonction en cause et de l'application de cette proportion au nombre de journées apparaissant ci-dessus.

viii) Fonction de responsable d'un groupe concerté dans une installation d'un établissement ayant la mission
d'un CHSLD et, le cas échéant, de celui qui l'assiste :

Entre 1 et 99 lits : 1,5 jour
Entre 100 et 199 lits : 3 jours
Deux cents (200) lits ou plus : 6 jours

ix) Fonction de responsable de l'équipe médicale SIAD et, le cas échéant, de celui qui l'assiste :

Dix (10) forfaits sur une base trimestrielle alloués : 3 jours
Cinq (5) forfaits sur une base trimestrielle alloués : 1,5 jours

x) Fonction de chef du service d'ÉVAQ : 30 journées

Advenant que le chef du service d'ÉVAQ soit aussi le chef de département de médecine générale ou le chef d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus : 15 journées.

d) *Journées de formation*

Une journée de perfectionnement, de ressourcement ou de formation continue au sens des annexes VI, XII et XIX de l'entente générale ou de l'*Entente particulière relative au médecin enseignant*, ou une demi-journée selon le cas, est comptabilisée comme telle.

Dans le cas où le médecin dispense des services dont la rémunération est comptabilisée, pour au moins une demi-journée, selon les dispositions du paragraphe 1.02 ci-dessus et que, pour la même journée, il se prévaut des dispositions relatives au perfectionnement, au ressourcement ou à la formation continue, un maximum d'une journée lui est comptabilisé et cela pour l'ensemble de ses activités de la journée.

Le calcul des journées selon les modalités des paragraphes 1.05 a), b), c), e) et f) s'effectue distinctement et n'est pas considéré aux fins de l'alinéa précédent.

Un maximum de vingt (20) journées par année peut être comptabilisé comme journée de formation. Exceptionnellement, le comité paritaire peut permettre le dépassement du maximum de vingt (20) journées.

e) *Pratique en obstétrique*

En semaine, de façon distincte des services dispensés de jour, un ou des accouchements (actes 06919, 06984, 06985, 06987, 06988 et 06990) pratiqués entre 19 h et 7 h donne lieu à la comptabilisation d'une journée.

Un accouchement pratiqué le samedi, le dimanche ou une journée fériée donne lieu à la comptabilisation d'une journée. Si, au cours de la même journée, le médecin pratique un ou plusieurs autres accouchements, une seconde journée est comptabilisée. Au-delà du nombre de journée(s) comptabilisée(s) pour un ou plus d'un accouchement, une demi-journée ou au maximum une autre journée s'ajoute pour le médecin qui, au cours de la même journée de fin de semaine ou fériée, exerce également en première ligne et/ou en établissement et que la rémunération qui lui est versée par milieu de pratique lui permet de comptabiliser au moins une demi-journée de pratique.

f) *Soins intensifs ou coronariens*

Pour chacune des journées pendant laquelle le médecin assume la responsabilité de cinq (5) patients ou plus de l'unité des soins intensifs ou coronariens et qu'il se prévaut des forfaits prévus à cette fin à l'*Entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens*, deux (2) heures de garde sur place sont comptabilisées distinctement des services dispensés sur place ou en disponibilité. Le cumul est fait pour l'année d'application et converti en journées de sept (7) heures.

Le transfert interétablissements effectué entre 0 h et 8 h donne lieu à la comptabilisation de quatre (4) heures.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du transfert.*

1.06 Modalités applicables à la rémunération de services versée sous forme de forfaits ou de primes

La rémunération quotidienne des services de première ligne est majorée du pourcentage représenté par le montant total des forfaits d'inscription générale, des forfaits annuels de prise en charge des patients vulnérables et des forfaits alloués pour les activités de collaboration professionnelles d'une infirmière en soins spécialisées de première lignée (ou l'encadrement d'une candidate) sur l'ensemble des honoraires payés (excluant les forfaits) pour les services de première ligne du médecin.

La rémunération quotidienne des activités donnant droit au versement de la prime de responsabilité prévue à un accord ou à certaines ententes particulières et qui s'ajoute à 95 % des heures d'activités professionnelles réclamées dans le cadre de cet accord ou d'une de ces ententes particulières est majorée du pourcentage représenté par le montant total de ces primes par rapport aux honoraires payés (excluant les primes) pour l'ensemble des activités en cause.

La rémunération quotidienne des activités donnant droit au versement de la prime de santé au travail et du forfait de santé au travail prévus au paragraphe 17.01 de l'entente générale est majorée du pourcentage représenté par le montant de cette prime ou de ce forfait par rapport aux honoraires payés (excluant les primes et forfaits) pour l'ensemble des activités en cause.

De même, la rémunération quotidienne des activités donnant droit au versement de la prime horaire de soutien aux services de première ligne et du forfait de santé publique prévus aux paragraphes 5.10.01 et 5.10.02 de l'*Entente particulière relative à la santé publique est majorée du pourcentage représenté par le montant de cette prime ou de ce forfait par rapport aux honoraires payés (excluant les primes et forfaits) pour l'ensemble des activités en cause.*

Aussi, la rémunération quotidienne des activités donnant droit au versement du forfait horaire prévu au paragraphe 3.06 de
l'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services*
communautaires est majorée par le montant de ce forfait par rapport aux honoraires payés (excluant les forfaits) pour
l'ensemble des activités en cause.

1) La rémunération quotidienne des activités donnant droit au versement de la rémunération prévue au paragraphe 4.01 de la Lettre d'entente n° 327 est majorée du pourcentage représenté par le montant de ce forfait par rapport aux honoraires payés (excluant les primes et forfaits) pour l'ensemble des activités en cause.

2) La rémunération quotidienne donnant droit au versement de la rémunération prévue au paragraphe 4.01 de la Lettre d'entente n° 336 est majorée du pourcentage représenté par le montant de ce forfait par rapport aux honoraires payés (excluant les primes et forfaits) pour l'ensemble des activités en cause.

1.07 Les forfaits visés au paragraphe 1.01 ci-dessus sont versés par la Régie sur la base de l'année civile au cours du mois de juin suivant la fin de l'année d'application.

ANNEXE XXII

MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES DANS CERTAINS MILIEUX DE PRATIQUE

1.00 Modes de rémunération

1.01 Sauf s'il opte pour le mode de rémunération mixte prévue à l'annexe XXIII de l'Entente, le médecin qui exerce dans un établissement ou une partie d'établissement admissible aux présentes dispositions est rémunéré, de façon exclusive, soit à l'acte, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire lorsqu'il exerce dans un des programmes, unités ou services énumérés au paragraphe 2.00 ci-dessous. Des numéros d'identification sont attribués aux programmes, unités, départements ou à leur regroupement. Ces numéros apparaissent au paragraphe 2.00 ci-dessous.

Toutefois, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes peut parfois choisir, de façon ponctuelle et au cas par cas, d'être rémunéré selon le mode de l'acte, à l'exclusion du tarif horaire ou des honoraires fixes, pour certains services spécifiques, soit lorsqu'une lettre d'entente le permet explicitement ou lorsqu'il rend les services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1 au Préambule général de l'Annexe V ou complète les formulaires, rapports, constats et bulletins qui découlent de ceux-ci.

1.02 Malgré les dispositions du paragraphe précédent, le médecin qui exerce à l'unité de soins de courte durée ou à l'unité des soins intensifs ou coronariens (paragraphe 2.01 a) 1) ou 2) ci-dessous) d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ne peut se prévaloir du mode des honoraires fixes ou de celui du tarif horaire sauf disposition contraire apparaissant à l'entente générale, à une entente particulière ou à tout autre document d'entente.

1.03 Au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination dans un établissement, le médecin opte pour un des modes admissibles et cela, s'il y a lieu, pour chaque programme, unité, service ou département, ou leur regroupement tel qu'identifié au paragraphe 2.00 ci-dessous. Dans le cas du médecin qui exerce dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, cette option doit être exercée pour chacune des installations physiques en cause. Il peut modifier son option ou ses options lors du renouvellement de sa nomination.

AVIS **:** *Le médecin qui désire passer de la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes à la rémunération à l'acte doit demander à son ou à ses établissements de transmettre au Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ un ou des avis de service modifiés indiquant la date à compter de laquelle la nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes prend fin.*

Les nominations peuvent également être fermées en utilisant le service en ligne.

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

1.04 L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option ou les options exercées par le médecin lorsqu'il est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire. Dans le cas du médecin rémunéré à honoraires fixes qui détient une nomination à demi-temps de deux établissements, chacun des établissements précise le régime choisi selon le programme, unité, service ou département, ou leur regroupement tel qu'identifié au paragraphe 2.00 ci-dessous.

1.05 Les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions de l'entente générale et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

1.06 Même lorsque le médecin, pour les services rendus à la clientèle en cause, opte pour le mode de l'acte, ou dans le cas du médecin rémunéré à honoraires fixes, pour le régime B, les services de garde sur place, lorsque requis par l'établissement, sont rémunérés, de façon exclusive, à honoraires fixes ou au tarif horaire les fins de semaine et les jours fériés ainsi que de 16 h à 8 h les jours de la semaine. La rémunération est sujette aux dispositions des paragraphes 3.02 a) ou 4.01 a) ci-dessous.

AVIS **:** ***En milieu psychiatrique****, les installations visées sont les suivantes :*

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

- Hôpital Douglas (00698);

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

- Hôpital Rivière-des-Prairies (00848);

- Centre hospitalier régional de Lanaudière (00858).

En réadaptation*, les installations visées sont les suivantes :*

- Hôpital de réadaptation Lindsay (04093);

- Institut de réadaptation de Montréal (00803);

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***

Le médecin rémunéré à l'acte ou à honoraires fixes qui a choisi le régime B selon l'annexe XXII et qui facture à tarif horaire la garde sur place est visé par le paragraphe 1.06.

De 16 h à 8 h du lundi au vendredi et de 0 h à 24 h les samedi, dimanche et jours fériés, utiliser l'emploi de temps :

- ***XXX270*** *Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)*

En dehors des heures de garde sur place obligatoire de 8 h à 16 h du lundi au vendredi, utiliser les emplois de temps :

- ***XXX063*** *Garde sur place*

- ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures*

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire en tout temps, utiliser les emplois de temps :

- ***XXX063*** *Garde sur place*

- ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures*

Rémunération à honoraires fixes

En tout temps, utiliser les codes d'activité suivants :

- ***XXX063*** *Garde sur place*

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

Les plages admissibles pour la garde sur place obligatoire sont :

Jour	***Heures***
Du lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié	*de 16 h à 8 h*
Samedi, dimanche ou jour férié	*de 0 h à 24 h*

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit d'être rémunéré à l'acte, l'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Annexe XXII*;*
- *le secteur de pratique* Adaptation, réadaptation en déficience physique : garde sur place seulement *ou* Psychiatrie : garde sur place seulement.

Inscrire la prériode couverte par l'avis de service.

1.07 Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas aux services rémunérés en vertu de l'*Entente particulière relative au Grand-Nord*, de l'*Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord*, de l'*Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau*, ainsi que de l'*Entente particulière relative au Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles*.

1.08 Le médecin qui exerce dans un des milieux de pratique identifiés au paragraphe 2.00 ci-dessous ne peut se prévaloir des dispositions relatives à l'inscription de la clientèle de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

1.09 Dans le cas où le médecin doit faire l'évaluation du patient à son domicile, les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'Annexe V de l'Entente s'appliquent également au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente annexe ou de la Lettre d'entente n° 340.

AVIS **:** *Voir l'avis sous le paragraphe 2.4.2 du préambule général du* Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte.

Selon le mode de rémunération du médecin, pour chaque déplacement, inscrire les activités correspondant à l'indemnité de kilométrage facturée sur :

- la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215);*

- la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour l'indemnité de kilométrage, les natures de service permises en visite à domicile sont :

- ***027XXX***
- ***031XXX***
- ***053XXX***
- ***073XXX***
- ***100XXX***
- ***101XXX***
- ***102XXX***
- ***265XXX***
- ***285XXX***
- ***286XXX***

avec les emplois de temps :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX055*** *Communications (rencontre avec les proches)*
- ***XXX056*** *Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)*
- ***XXX067*** *Expertise professionnelle (activités professionnelles d'expertise)*
- ***XXX070*** *Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*
- ***XXX079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***XXX080*** *Participation du médecin de famille*
- ***XXX097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

2.00 Modalités spécifiques relatives au mode de rémunération selon le mode de l'acte

2.01 Sont visés par les dispositions apparaissant au paragraphe 2.2.6 D du préambule général de l'annexe V de l'entente générale :

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte ou, pour les services rendus à honoraires fixes ou à tarif horaire, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

a) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité de soins de courte durée et, dans les 5 jours du congé d'un séjour admis, la clinique externe du milieu qui ne dispose pas d'un centre de médecine de jour (A),

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le secteur d'activité ***Unité de soins généraux et spécialisés****.*

Lorsque les services sont rendus dans les 5 jours suivants son congé en hospitalisation, utiliser l'élément de contexte **Service rendu dans une clinique externe dans les 5 jours suivant le congé d'un séjour admis du patient**. *Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre lieu habituel de pratique*.

2) l'unité de soins intensifs ou coronariens (A),

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser l'un des secteurs d'activité suivants :

- **Unité de soins généraux et spécialisés***;*
- **Unité de soins intensifs***;*
- **Unité coronarienne**.

3) l'unité de soins de courte durée gériatriques, les cliniques externes de gériatrie ou l'hôpital de jour à l'exclusion du secteur de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (B),

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser l'un des secteurs d'activité suivants ***:***

- **Section gériatrique***;*
- **Section psychiatrique***;*
- **Unité de réadaptation fonctionnelle intensive***;*
- **Unité de soins palliatifs***;*
- **Hôpital de jour**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

Pour le CH ambulatoire de la région de Laval (CHARL), utiliser le numéro d'installation ***07841****.*

*Pour le programme en gériatrie (*Accord nº 434*), utiliser les codes d'activité :*

- ***073030*** *Services cliniques*
- ***073032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***073037*** *Planification – programmation – évaluation (élaboration et implantation de programmes et de services)*
- ***073055*** *Communications (rencontres avec les proches)*
- ***073056*** *Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)*
- ***073067*** *Expertise professionnelle*
- ***073098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Pour les autres installations visées, utiliser le numéro d'installation ***0XXX2*** *ou, selon les instructions de facturation reçues, utiliser les codes d'activité :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101070*** *Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*
- ***101071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (****TH*** *seulement)*
- ***101080*** *Participation du médecin de famille (****TH*** *seulement)*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelle (****HF*** *seulement)*

*Pour les activités de gériatrie à domicile dans le cadre de la clinique mobile (*Lettre d'entente nº 358*) et de la clinique externe du service de gériatrie (*Lettre d'entente nº 359 *) du Pavillon Saint-François d'Assise du CHU de Québec–Université Laval, utiliser le numéro d'installation* ***02102*** *et les codes d'activité :*

- ***101315*** *Gériatrie – Clinique mobile de l'HSFA*
- ***101316*** *Gériatrie – Visite à domicile de l'HSFA*

4) l'unité de décision clinique désignée à l'*Entente particulière relative à l'unité de décision clinique* (A),

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le secteur d'activité **Unité de décision clinique**.

5) le département de psychiatrie (pour les soins physiques) incluant la clinique externe en psychiatrie (pour les soins physiques) (B),

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX8** et les codes d'activité suivants :*

*- **027015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **027030** Services cliniques*

*- **027032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **027037** Planification – Programmation – Évaluation*

*- **027043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **027055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **027063** Garde sur place*

*- **027071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **027098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **027132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

6) l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec l'installation d'un établissement ayant la vocation de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, incluant la clinique externe en soins palliatifs (B).

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le secteur d'activité **Unité de soins palliatifs**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **4XXX0** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **053030** Services cliniques*

*- **053032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **053043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **053055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **053063** Garde sur place*

*- **053067** Expertise professionnelle*

*- **053071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **053098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **053132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

7) en l'absence d'une unité physique de soins palliatifs et dans les milieux désignés, l'unité de courte durée pour la clientèle de soins palliatifs prise en charge par une équipe dédiée de soins palliatifs et objectivement rattachée au secteur des soins palliatifs (B).

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

1) l'unité de soins de courte durée, l'unité de lits en psychiatrie incluant la clinique externe (B).

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX8** et les codes d'activité suivants :*

*- **027015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **027030** Services cliniques*

*- **027032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **027037** Planification – Programmation – Évaluation*

*- **027043**Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **027055** Communications (proches, tiers,intervenants du réseau et de la justice)*

*- **027063** Garde sur place*

*- **027071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **027098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **027132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

c) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est l'hébergement et les soins de longue durée :

1) l'unité de soins de courte durée gériatriques (B).

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le secteur d'activité **Section gériatrique**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX2** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **101015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **101030** Services cliniques*

*- **101032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **101043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **101063** Garde sur place*

*- **101070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*

*- **101071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **101080** Participation du médecin de famille (TH seulement)*

*- **101097** Plan d'intervention pour le patient*

*- **101098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **101132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

2.02 Sont visés par les dispositions du paragraphe 2.2.6 E du préambule général de l'annexe V de l'entente générale :

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte ou, pour les services rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

a) Lorsqu'exploitée par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du CHSLD et, s'il y a lieu, le secteur d'activité **Unité de soins de longue durée (prolongés)**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

Utiliser le numéro d'installation ***0XXX4***, ***1XXX5***, ***2XXX5*** *ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***101080*** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

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

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée incluant la clinique externe.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le secteur d'activité **Unité de soins de longue durée (prolongés)**.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire***

Utiliser le numéro d'installation ***0XXX8*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***027015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***027030*** *Services cliniques*
- ***027032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***027037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***027043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***027055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***027063*** *Garde sur place*
- ***027071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (****TH*** *seulement)*
- ***027098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***027132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (****HF*** *seulement)*

c) Lorsqu'exploités par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée, l'unité de soins palliatifs, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, l'unité de lits de transition ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation, de même que l'hôpital de jour et la clinique externe de gériatrie à l'exclusion du secteur de la gériatrie ambulatoire ou de la psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire****, pour l'Hôpital Sainte-Anne du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal, pour les services rendus auprès des anciens combattants, utiliser le numéro d'établissement* ***08154*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***266015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*

- ***266030*** *Services cliniques*

- ***266032*** *Rencontres multidisciplinaires*

- ***266043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*

- ***266055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

- ***266080*** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*

- ***266097*** *Plan d'intervention pour le patient*

- ***266098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Les plages horaires permises sont :

Jour	***Heures***
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 18 h*

Pour la garde sur place, voir les instructions sous l'article 2 de la Lettre d'entente n° 281.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du CHSLD et, s'il y a lieu, le secteur d'activité **Unité de soins de longue durée (prolongés)**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

Utiliser le numéro d'installation ***0XXX4****,* ***1XXX5****,* ***2XXX5*** *ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*

- ***101030*** *Services cliniques*

- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*

- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*

- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

- ***101063*** *Garde sur place*

- ***101071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

- ***101080*** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*

- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*

- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*

- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

d) Lorsqu'exploitées par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

1) l'unité de soins d'hébergement et de soins de longue durée,

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du CHSLD et, s'il y a lieu, le secteur d'activité **Unité de soins de longue durée (prolongés)**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

Utiliser le numéro d'installation ***0XXX4***, ***1XXX5***, ***2XXX5*** *ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***101080*** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

2) l'unité de soins de courte durée gériatriques.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du CHSLD et, s'il y a lieu, le secteur d'activité **Unité de soins de longue durée (prolongés)**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX4**, **1XXX5**, **2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **101015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **101030** Services cliniques*

*- **101032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **101043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **101055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **101063** Garde sur place*

*- **101070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*

*- **101071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **101080** Participation du médecin de famille (TH seulement)*

*- **101097** Plan d'intervention pour le patient*

*- **101098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **101132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles(HF seulement)*

2.03 Sont visés par les dispositions du paragraphe 2.2.6 F du préambule général de l'annexe V de l'entente générale :

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte ou, pour les services rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

a) Lorsqu'exploitées par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité de toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le secteur d'activité **Unité de toxicomanie**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX0** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **031030** Services cliniques*

*- **031032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **031043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **031055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **031063** Garde sur place*

*- **031071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **031132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

b) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la réadaptation :

1) les centres de réadaptation en déficience physique incluant la clinique externe en déficience physique,

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du centre de réadaptation physique ou du centre hospitalier et l'un des secteurs d'activité suivants :

- **Unité de soins généraux et spécialisés***;*
- **Réadaptation en déficience physique***;*
- **Unité de réadaptation fonctionnelle intensive**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

Pour les activités d'adaptation-réadaptation, utiliser le numéro d'installation ***0XXX3****,* ***1XXX3*** *ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***102030*** *Services cliniques*
- ***102032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***102043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***102055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***102063*** *Garde sur place*
- ***102071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***102080*** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
- ***102098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***102132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

Pour les activités en déficience physique,utiliser le numéro d'installation ***1XXX3*** *ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***100015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***100030*** *Services cliniques*
- ***100032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***100043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***100055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***100098*** *Services de santé durant le délai de carence*

2) les centres de réadaptation en déficience intellectuelle incluant la clinique externe en déficience intellectuelle,

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du centre de réadaptation physique ou du centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **1XXX3, 4XXX9** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **100015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **100030** Services cliniques*

*- **100032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **100043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **100098** Services de santé durant le délai de carence*

3) les centres de réadaptation en toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie, ainsi que les soins de proximité dans le cadre de leurs cliniques mobiles

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du centre de réadaptation physique.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **031015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **031030** Services cliniques*

*- **031032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **031043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **031055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **031063** Garde sur place*

*- **031071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **031132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

4) les centres de protection de la jeunesse incluant la clinique externe.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser le numéro du centre de réadaptation physique ou du centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **1XXX3, 4XXX9** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **100015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **100030** Services cliniques*

*- **100032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **100043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **100098** Services de santé durant le délai de carence*

c) Lorsqu'exploitées par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

1) l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle intensive ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Utiliser le secteur d'activité **Unité de soins généraux et spécialisés** *ou* **Unité de réadaptation fonctionnelle intensive**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***
Utiliser le numéro d'installation ***0XXX3*** *dans certains établissements ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **102030** Services cliniques*

*- **102032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **102043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **102055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **102063** Garde sur place*

*- **102071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **102080** Participation du médecin de famille (TH seulement)*

*- **102098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **102132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

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

a) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

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

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Utiliser le secteur d'activité **Section psychiatrique**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***
Pour le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, utiliser le numéro d'installation ***0XXX8*** *et les codes d'activité suivants :*

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

*- **265030** Services cliniques*

*- **265032** Rencontres multidisciplinaires*

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

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

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

*- **265063** Garde sur place*

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

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

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

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

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

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

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Utiliser le secteur d'activité **Section psychiatrique**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes***

Pour le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, utiliser le numéro d'installation ***0XXX8*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***265015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***265030*** *Services cliniques*
- ***265032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***265037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***265043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***265055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***265063*** *Garde sur place*
- ***265071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***265098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***265132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
- ***265270*** *Garde sur place obligatoire (TH seulement)*

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

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Utiliser le secteur d'activité **Section psychiatrique**.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***
Pour le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, utiliser le numéro d'installation ***0XXX8*** *et les codes d'activité suivants :*
- ***265015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***265030*** *Services cliniques*
- ***265032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***265037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***265043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***265055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***265063*** *Garde sur place*
- ***265071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***265098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***265132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
- ***265270*** *Garde sur place obligatoire (TH seulement)*

2.05 Le comité paritaire transmet à la Régie, pour chacun des programmes, unités, services, départements ou leur regroupement portant un numéro de référence tel qu'identifiés ci-dessus, la liste des unités ou services des établissements ou parties d'établissements visés par chacun des paragraphes 2.01, 2.02 et 2.03 et 2.04 ainsi que, dans le cas d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, la liste de ses installations physiques. Cette liste apparaît en annexe de la présente annexe. Les modifications apportées ultérieurement à cette liste seront transmises par le comité paritaire à la Régie.

2.06 L'indicateur A ou B apparaissant au paragraphe 2.01, à chacun des programmes, unités, services, départements ou à leur regroupement selon la catégorisation du paragraphe 2.01 ci-dessus indique le niveau de tarif applicable à chacun. L'indicateur applicable à chaque établissement est inscrit à l'annexe de la présente annexe.

3.00 Modalités spécifiques au mode des honoraires fixes

3.01 Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit, pour se prévaloir des modalités de rémunération supplémentaires qui suivent, opter, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, pour le régime A ou pour le régime B selon les dispositions apparaissant au paragraphe 1.03 de la présente annexe.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) pour chaque médecin rémunéré à honoraires fixes.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Annexe XXII*;*
- *le régime et le secteur d'activité concernés.*

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

3.02 Régime A

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

a) une prime de responsabilité s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés aux présentes. Cette prime est de 16,10 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 16,25 $ par heure au 1er octobre 2019;

b) il peut se prévaloir des dispositions prévues au préambule général de l'Annexe V de l'entente générale au paragraphe 2.2.6 E 8) relatif à la réponse téléphonique s'il exerce dans une unité ou service énuméré au paragraphe 2.02 ci-dessus;

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

AVIS **:** *Lorsque le déplacement d'urgence est effectué en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte.*

Il en est de même pour les services facturés à l'acte durant une période de garde en disponibilité.

Pour les activités rémunérées à honoraires fixes, l'annexe XX précise les codes d'activité et les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables.

AVIS **:** *Voir les paragraphes 2.01, 2.02 ou 2.03 pour les codes d'activité à utiliser.*

3.03 Régime B

3.03.1 La rémunération à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département apparaissant au paragraphe 2.01 ci-dessus couvre l'ensemble des services qu'il y dispense, sous réserve du paragraphe 1.02 de la présente annexe. Il est également rémunéré selon les modalités suivantes :

a) 26 % du tarif de l'intervention clinique prévue au paragraphe 2.2.6 B) et de certains actes prévus au paragraphe 2.2.6 D) du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale et apparaissant ci-dessous :

i) Intervention clinique

AVIS **:** *Codes de facturation **08841 à 08844** (collective), **08857 à 08860** (individuelle) et **08866 à 08869** (collective).*

ii) Visite de prise en charge

AVIS **:** *Code de facturation **15647** (niveau B).*

iii) Visite de suivi

AVIS **:** *Codes de facturation **15648** , **15649** (niveau B).*

iv) Visite de transfert

AVIS **:** *Code de facturation **15650** (niveau B).*

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

AVIS **:** *Code de facturation **15651** (niveau B).*

vi) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

AVIS **:** *Code de facturation **15652** (niveau B).*

b) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence selon les dispositions apparaissant au paragraphe 2.2.6 D 6) du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale;

AVIS **:** *Les suppléments pour déplacement d'urgence (**15653 à 15655** (niveau B)) sont payables **au tarif régulier**.*

c) les dispositions du paragraphe 1.06 de la présente annexe s'appliquent.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte ou, pour les services rémunérés à honoraires fixes, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

AVIS **:** *Voir les paragraphes 2.01, 2.02 ou 2.03 pour les codes d'activité à utiliser.*

3.03.2 La rémunération à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département apparaissant au paragraphe 2.02 ci-dessus couvre l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes :

a) 21 % du tarif de l'intervention clinique prévue au paragraphe 2.2.6 B) et de certains actes prévus au paragraphe 2.2.6 E) du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale et apparaissant ci-dessous :

i) Intervention clinique

AVIS **:** *Codes de facturation **08841 à 08844** (collective), **08857 à 08860** (individuelle) et **08866 à 08869** (collective).*

ii) Évaluation médicale globale en soins de longue durée

AVIS **:** *Code de facturation **15615**.*

iii) Visite de suivi courant

AVIS **:** *Code de facturation **15616**.*

iv) Visite de suivi exigeant un examen

AVIS **:** *Code de facturation **15617**.*

v) Rédaction du formulaire d'intervention médicale (NIM)

AVIS **:** *Code de facturation **15618**.*

vi) Visite d'évaluation en vue de donner une opinion

AVIS **:** *Code de facturation **15619**.*

vii) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

AVIS **:** *Code de facturation **15620**.*

viii) Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement

AVIS **:** *Code de facturation **15621**.*

b) il peut se prévaloir des dispositions prévues au paragraphe 2.2.6 E 8) relatif à la réponse téléphonique et au paragraphe 2.2.6 E 9) relatif au supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale;

AVIS **:** *La réponse téléphonique (code de facturation **15622**) ainsi que les suppléments pour déplacement d'urgence (codes de facturation **15623, 15624** et **15625**) sont payables au tarif régulier.*

c) les dispositions du paragraphe 1.06 de la présente annexe s'appliquent.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte ou, pour les services rémunérés à honoraires fixes, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

AVIS **:** *Voir les paragraphes 2.01, 2.02 ou 2.03 pour les codes d'activité à utiliser.*

3.03.3 La rémunération à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme, unité, service ou département apparaissant au paragraphe 2.03 ci-dessus couvre l'ensemble des services qu'il y dispense sous réserve des dispositions suivantes :

a) 30 % du tarif de l'intervention clinique prévue au paragraphe 2.2.6 B) et de certains actes prévus au paragraphe 2.2.6 F) du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale et apparaissant ci-dessous :

i) Intervention clinique

AVIS **:** *Intervention clinique individuelle : codes de facturation **08857, 08858, 08859** et **08860**.*
*Intervention clinique collective : codes de facturation **08841, 08842, 08843, 08844, 08866, 08867, 08868** et **08869**.*

ii) Visite de prise en charge

AVIS **:** *Code de facturation **15626**.*

iii) Visite de suivi courant

AVIS **:** *Code de facturation **15627**.*

iv) Visite de suivi exigeant un examen

AVIS **:** *Code de facturation **15628**.*

v) Visite de transfert

AVIS **:** *Code de facturation **15629**.*

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

AVIS **:** *Code de facturation **15630**.*

vii) Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient

AVIS **:** *Code de facturation **15631**.*

viii) Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement

AVIS **:** *Code de facturation **15632**.*

b) il peut se prévaloir du supplément d'honoraires pour déplacement d'urgence selon les dispositions apparaissant au paragraphe 2.2.6 F 8) du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale;

AVIS **:** *Les suppléments pour déplacement d'urgence (codes de facturation **15633, 15634** et **15635**) sont payables au tarif régulier.*

c) les dispositions du paragraphe 1.06 de la présente annexe s'appliquent.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte ou, pour les services rémunérés à honoraires fixes, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

AVIS **:** *Voir les paragraphes 2.01, 2.02 ou 2.03 pour les codes d'activité à utiliser.*

4.00 Modalités spécifiques au mode du tarif horaire

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

a) une prime de responsabilité s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés aux présentes. Cette prime est de 16,10 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 16,25 $ par heure au 1er octobre 2019.

b) il peut se prévaloir des dispositions prévues au paragraphe 2.2.6 E 8) relatif à la réponse téléphonique du préambule général de l'Annexe V de l'entente générale s'il exerce dans une unité ou services énumérés au paragraphe 2.02 ci-dessus;

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

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire. Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :*

- la situation d'entente Annexe XXII*;*

- le secteur d'activité concerné;

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les services rémunérés à l'acte durant une période de garde en disponibilité ou, pour les services rémunérés à tarif horaire, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

AVIS **:** *Voir les paragraphes 2.01, 2.02 ou 2.03 pour les codes d'activité à utiliser.*

5.00 Dispositions transitoires

5.01 Malgré le paragraphe 1.01, le médecin, sans attendre la date du renouvellement de sa nomination, peut opter, au cours des trois premiers mois d'application de la présente annexe, pour un autre mode de rémunération que le sien au moment de la date de mise en application de la présente annexe. Cette disposition vaut également pour le médecin à honoraires fixes en ce qui a trait à l'option pour le régime B.

ANNEXE À L'ANNEXE XXII

Liste des établissements ou installations visés par les paragraphes 2.02, 2.03 et 2.04 de l'annexe XXII

AVIS **:** *Les listes des établissements et des installations désignés à cette annexe sont disponibles au* www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

ANNEXE XXIII

MODALITÉS SPÉCIFIQUES RELATIVES AU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE INSTAURÉ DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS

1.00 Modalités générales

1.01 Le médecin, lorsqu'il exerce au Québec dans un des secteurs de pratique admissibles, centres, programmes, unités, services ou départements d'un établissement, identifiés au paragraphe 3.00 ci-dessous, peut opter pour le mode de rémunération mixte ou, pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, selon la formule spécifique à ce mode.

1.02

Au moment de sa nomination ou à tout autre moment, sans attendre le renouvellement de sa nomination, pour chacune des installations physiques d'un établissement, le médecin peut opter pour le mode de rémunération mixte et cela, s'il y a lieu, pour chaque installation, centre, programme, unité, service ou département ou leur regroupement.

Toutefois, le médecin qui détient déjà une nomination dans un établissement lors de la mise sur pied d'un secteur de pratique visé par le mode de rémunération mixte, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination, peut opter pour le mode de rémunération mixte pour cette activité.

1.03 Le médecin qui a opté pour le mode mixte de rémunération peut modifier son mode de rémunération au moment du renouvellement de sa nomination.

Toutefois, le médecin qui détient ou a détenu un avis de service selon le mode de rémunération mixte peut, au sein de l'installation en cause, une seule fois opter pour le mode du tarif horaire selon l'une ou l'autre des modalités suivantes :

a) Sans égard à la date du renouvellement de sa nomination, le médecin qui se prévaut du mode mixte dans une installation visée peut opter pour le tarif horaire durant les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause. Si cette limite survient lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé de la durée de son absence temporaire durant ces vingt-quatre (24) mois de façon à lui assurer le bénéfice des vingt-quatre (24) mois d'exercice pour effectuer son choix. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.

b) Lorsque le choix du mode de rémunération mixte par le médecin est exercé dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de ce mode dans le secteur de pratique ou l'installation en cause, la possibilité de se prévaloir du tarif horaire est prolongée au premier renouvellement de nomination qui survient après les vingt-quatre (24) premiers mois du début de sa rémunération selon le mode mixte dans l'installation en cause. Si cette limite est atteinte lorsque le médecin a temporairement cessé d'exercer du fait d'une invalidité ou d'un congé de maternité et qu'il n'a pas alors opté pour le mode du tarif horaire, le délai énoncé est prolongé à la date du premier renouvellement de nomination qui survient suite à la fin de l'absence du médecin pour invalidité ou maternité. Par la suite, le médecin ne peut se prévaloir du mode du tarif horaire au sein de la même installation.

1.04 L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option exercée par le médecin.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin rémunéré exclusivement selon le mode mixte.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situtation d'entente* Annexe XXIII*;*
- *le secteur de pratique.*

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes qui choisit d'être rémunéré exclusivement selon le mode mixte, l'établissement doit, en plus du formulaire 3547, transmettre le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) pour confirmer la fin de la nomination à honoraires fixes.*

2.00 Modalités spécifiques
Activités professionnelles rémunérées

2.01 La rémunération, selon le mode de rémunération mixte, prévue à la présente annexe, couvre les activités professionnelles suivantes :

a) L'ensemble des activités médicales du médecin en établissement que le médecin accomplit dans un secteur de pratique admissible dans lequel le mode de rémunération mixte est désigné par les parties

Les activités médicales comprennent tant les activités cliniques portant sur les soins directs à des patients que les activités qui découlent de ceux-ci et elles comprennent également, les activités cliniques avec ou sans l'encadrement d'externes ou de médecins résidents.

AVIS **:** *Les activités clinico-administratives décrites au second alinéa du paragraphe 2.01 a) et médico-administratives spécifiées au paragraphe 2.01 b) i), ii) et iii) auxquelles le médecin rémunéré à honoraires fixes et selon le mode mixte participe doivent être facturées à honoraires fixes.*

b) Les activités médico-administratives auxquelles le médecin participe soient :

AVIS **:** *Pour toutes les activités médico-administratives :*

- inscrire le code de facturation approprié, la durée de l'activité et l'heure de début du service;

- utiliser l'un des éléments de contexte suivants pour indiquer le secteur de pratique :

- **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme jeunesse ou au programme d'interruption volontaire de grossesse***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Gériatrie***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins palliatifs***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Gérontopsychiatrie***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins physiques en psychiatrie***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Psychiatrie (soins psychiatriques)***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Services auprès des patients admis en soins de longue durée***;*
- **Mixte (Ann. XXIII) – Réadaptation**.

Annexe I

Santé publique et en santé et sécurité du travail	*Articles 5 et 6 de la section A*
Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que pour le programme jeunesse ou le programme d'interruption volontaire de grossesse	*Article 6 de la section B-1*
Groupes de médecine de famille universitaires	*Article 7 de la section B-2*
Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs	*Article 6 de la section B-3*
Gériatrie	*Article 2 de la section C-1*
Soins palliatifs	*Article 2 de la section C-2*
Soins physiques en psychiatrie	*Article 2 de la section C-3*
Services rendus dans une unité ou dans le cadre du programme de gérontopsychiatrie	*Article 3 de la section C-3*
Psychiatrie	*Article 2 de la section C-4*
Soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein	*Article 4 de la section C-5*
Soins ambulatoires en clinique de la douleur	*Article 4 de la section C-6*
Services auprès des patients admis en soins de longue durée	*Article 2 de la section D-1*
Réadaptation	*Article 2 de la section E-1*

i) les activités du département clinique et de services cliniques tenues au sein de l'établissement où le médecin exerce

ii) les activités aux réunions, à titre de membre, de comités mis sur pied en vertu de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux et ses règlements* par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement;

iii) les activités de programmes ou tout autre comité créé au sein de l'établissement.

Pour être rémunéré pour sa participation à distance aux activités médico-administratives, le médecin doit y participer par visioconférence tenue en établissement.

Formule de rémunération générale

2.02 Le mode de rémunération mixte prévu par la présente annexe constitue un mode de rémunération distinct. Sauf dérogation expressément prévue à la présente annexe, il constitue un mode de rémunération exclusif pour les médecins qui ont opté pour ce mode dans un secteur de pratique d'un établissement ou partie d'un établissement où ce mode est instauré par les parties.
Le comité paritaire transmet à la Régie la liste des établissements et de leurs secteurs de pratique où le mode de rémunération mixte est désigné. Cette liste paraît à l'annexe III des présentes.

2.03 Le médecin qui a opté pour le mode de rémunération mixte, dans un secteur de pratique admissible, et qui y assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes, est rémunéré, de façon exclusive, selon une formule de rémunération mixte telle que décrite aux paragraphes ci-dessous.
Les activités cliniques du médecin sont réalisées dans l'établissement. Lorsque la nature des activités cliniques exige que celles-ci soient réalisées à l'extérieur du cadre physique de l'établissement dont notamment, des visites à domicile, des activités en milieu scolaire ou dans le cadre de la santé et sécurité du travail, celles-ci sont alors réputées être accomplies au sein de l'établissement.

2.04 Sous réserve du paragraphe 2.05, les modalités de rémunération relatives au mode de rémunération mixte prévues par la présente annexe couvrent l'ensemble des activités professionnelles que le médecin effectue dans le cadre d'une période d'activités entre 8 h et 24 h, et ce, chaque journée de la semaine, du lundi au dimanche incluant les jours fériés. En dehors de cette période soit, entre 0 h et 8 h, les activités faites sur place par le médecin sont rémunérées selon l'entente générale.

AVIS **:** *Le médecin autorisé au mode de rémunération mixte de l'annexe XXIII doit inscrire l'heure de début du service.*

2.05 Le médecin reçoit pour les services médicaux et les activités médico-administratives qu'il exerce au cours d'une journée donnée, un forfait horaire au montant de 59,08 $ par heure d'activités complétée à compter du 1er septembre 2018 et de 59,68 $ à compter du 1er octobre 2019. Le forfait est divisible par période complète de quinze (15) minutes d'activités.
Malgré ce qui précède, le médecin ne peut réclamer le paiement du forfait horaire ci-haut prévu si au cours d'une journée donnée sa prestation de travail dans un secteur de pratique où il dispense alors des services est inférieure à soixante (60) minutes continues. En ce cas, le médecin réclame alors pour les services professionnels dispensés, les suppléments d'honoraires (pourcentages des actes) applicables par secteur de pratique indiqués aux annexes I et II des présentes.
Toutefois, le médecin qui rend des services lorsqu'il est en disponibilité est rémunéré selon l'entente générale. Advenant que lors de son déplacement le médecin dispense des services pour une période d'au moins soixante (60) minutes continues entre 8 h et 24 h, il peut alors choisir d'être rémunéré pour la totalité de ses services selon le mode de rémunération mixte prévu par la présente annexe.

AVIS **:** *Pour la garde en disponibilité, utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

Pour un déplacement de 60 minutes ou plus pour lequel le médecin désire être rémunéré selon le mode mixte, ne pas utiliser cet élément de contexte.

Exceptionnellement, le médecin qui n'est pas dans l'établissement ni de garde en disponibilité et qui est appelé pour rendre des services sur place pour une période ***de moins de 60 minutes*** *est rémunéré selon l'entente générale à 100 % du tarif de base.*

Utiliser l'élément de contexte **En période de disponibilité (selon 2.05 de l'annexe XXIII)**.

Pour un déplacement de 60 minutes ou plus pour lequel le médecin désire être rémunéré selon le mode mixte, ne pas utiliser cet élément de contexte.

2.06 Pour la prestation des activités professionnelles visées par les présentes, le médecin reçoit, en plus du forfait horaire prévu en vertu du paragraphe 2.05, un pourcentage de la rémunération à l'acte (supplément d'honoraires) applicable au sein d'un secteur de pratique dans lequel le mode de rémunération mixte est instauré.
2.07 L'annexe I des présentes fait état, des codes d'acte des services médicaux visés ainsi que des suppléments d'honoraires (pourcentages des actes) applicables au sein d'un secteur de pratique dans lequel le mode mixte est instauré et, le cas échéant, l'annexe I énonce les règles et modalités particulières applicables à un secteur de pratique concerné.
2.08 Sous réserve du choix prévu au troisième alinéa du paragraphe 2.05, les services dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions de l'entente générale et, s'il y a lieu, la garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

2.09 La rémunération versée, selon le pourcentage de l'acte (supplément d'honoraires) pour les services médicaux dispensés, accordée en vertu des paragraphes 2.06 et 2.07 ainsi que celle pour les actes payés à 100 % en vertu du paragraphe 2.11 est sujette aux dispositions de l'annexe XX de l'entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables. L'annexe I des présentes fait état du pourcentage de majoration en horaires défavorables qui s'applique sur le supplément d'honoraires dans chaque secteur de pratique. Cependant, les actes payés à 100 % de leur tarif de base en vertu du paragraphe 2.11 ci-dessous sont sujets au pourcentage de majoration prévu à l'annexe XX de l'entente générale.
Toutefois, les dispositions de l'annexe XX ne s'appliquent pas à la rémunération versée selon le forfait horaire accordée en vertu du paragraphe 2.05 des présentes ainsi qu'à celle versée selon le pourcentage de l'acte (supplément d'honoraires) pour les activités médico-administratives accordée en vertu du paragraphe 2.01 b).
2.10 Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue à la présente annexe selon le lieu de dispensation des services.
2.11 Malgré le paragraphe 2.06 ci-dessus certains services donnent droit à la rémunération de 100 % de leur tarif de base. L'annexe II fait état de ces services médicaux.
Formule de rémunération spécifique au mode de rémunération à honoraires fixes

2.12 Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui opte pour le mode mixte maintient son mode de rémunération auquel s'ajoute un pourcentage du tarif des actes (supplément d'honoraires) qui est spécifique aux honoraires fixes. Aucune prime de responsabilité, et, dans le cas de la santé publique et de la santé et sécurité du travail, aucune prime horaire ne sont alors payables sur la rémunération à honoraires fixes dans un secteur visé. Les annexes I et II tel que précisé aux paragraphes 2.07 et 2.11 ci-dessus font état des pourcentages applicables ainsi que des règles et modalités applicables au secteur de pratique en cause.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes dans un ou des secteurs de pratique visés peut choisir, en plus de son mode actuel, d'être rémunéré selon le mode mixte.*

Dans ce cas, l'établissement doit transmettre à la RAMQ, par le service en ligne, le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) et sélectionner :*

- *la situation d'entente* Annexe XXIII*;*
- *le secteur de pratique visé;*
- *la case correspondant au mode de rémunération mixte (annexe XXIII, paragr. 2.12).*

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

2.13 Le paragraphe 2.10 s'applique au médecin rémunéré à honoraires fixes.

2.14 Durant les horaires défavorables, les majorations prévues à l'annexe XX s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes ainsi que sur les services rendus. Pour les services rendus à l'acte, la majoration de l'annexe XX se calcule sur le montant du supplément d'honoraires pour chaque service.

2.15 Le médecin rémunéré à honoraires fixes peut se prévaloir de cette rémunération pour ses activités régulières et de garde sur place selon l'encadrement suivant :

a) Il détient une nomination de 35 heures par semaine ou deux nominations de 17,5 heures par semaine. Selon le cas, l'encadrement suivant s'applique:

i) Le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option prévue au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale peut, lorsqu'il est rémunéré à honoraires fixes pour au moins 35 heures durant une semaine, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement désigné au paragraphe 2.16 des présentes. Il ne peut autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option pour le mode mixte de rémunération. Dans pareil cas, il peut alors choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte selon un forfait horaire et le pourcentage applicable à ses actes.

ii) Le médecin qui s'est prévalu de l'option prévue au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale peut, lorsqu'il est rémunéré à honoraires fixes pour au moins 35 heures durant une semaine et qu'il s'est prévalu des 220 heures de dépassement à honoraires fixes durant l'année civile, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement désigné au paragraphe 2.16 des présentes. Il ne peut autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visés par son option pour le mode mixte de rémunération. Dans pareil cas, il peut alors choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte selon un forfait horaire et le pourcentage applicable à ses actes.

AVIS **:** *Pour bénéficier des modalités générales du mode de rémunération mixte :*

- le médecin qui ne s'est pas prévalu de l'option décrite au paragraphe 15.01 b) de l'entente générale doit avoir complété 35 heures par semaine à honoraires fixes selon les dispositions de l'Entente;

- le médecin qui a choisi l'option décrite au paragraphe 15.01 b) doit avoir cumulé un minimum de 220 heures additionnelles à honoraires fixes pour l'année civile en cours selon les dispositions prévues à l'Entente et avoir complété ses 35 heures par semaine.

Pour facturer les forfaits horaires ainsi que les suppléments d'honoraires prévus aux modalités générales du mode de rémunération mixte, utiliser l'élément de contexte **Médecin adhérant au mode mixte avec honoraires fixes dans cet établissement ayant choisi la rémunération selon les modalités générales du mode mixte (Ann. XXIII, par. 2.15)**.

b) Il détient une nomination de moins de 35 heures ou une nomination de 17,5 heures par semaine. Il peut se prévaloir de cette rémunération pour ses activités régulières et de garde sur place selon l'encadrement suivant :

Le médecin ne peut, sans égard au nombre d'heures rémunéré à honoraires fixes durant une semaine, être rémunéré à tarif horaire pour la garde sur place dans un établissement désigné au paragraphe 2.16 des présentes ni autrement être rémunéré à tarif horaire dans un secteur ou une installation visé par son option pour le mode mixte de rémunération

Toujours sans égard au nombre d'heures rémunéré à honoraires fixes durant une semaine, il ne peut choisir d'être rémunéré selon les modalités générales du mode de rémunération mixte, soit selon un forfait horaire et le pourcentage applicable à ses actes.

Garde sur place obligatoire

2.16 Malgré les dispositions de l'Entente générale relative à la rémunération des services de la garde sur place, lorsque le médecin, pour les services rendus à la clientèle en cause, est rémunéré de façon exclusive par le mode de rémunération mixte prévu par la présente annexe, les services de garde sur place, lorsque requis par l'établissement, sont rémunérés, de façon exclusive, au tarif horaire ou aux honoraires fixes pour les fins de semaine et les jours fériés ainsi que de 16 h à 8 h les jours de la semaine. Dans ce cas, malgré le paragraphe 2.12 une prime de responsabilité s'ajoute à 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés au présent paragraphe. Cette prime est 16,10 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 16,25 $ à compter du 1er octobre 2019.

AVIS **:** ***En milieu psychiatrique****, les installations visées sont les suivantes :*

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

En réadaptation*, les installations visées sont les suivantes :*

- *Hôpital de réadaptation Lindsay (04093);*
- *Institut de réadaptation de Montréal (00803);*

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser l'une des natures de service suivantes :*

- ***027XXX*** *Soins physiques en psychiatrie*
- ***265XXX*** *Soins psychiatriques*
- ***102XXX*** *Programme en adaptation – réadaptation*

Rémunération à tarif horaire

Le médecin qui a opté pour le mode de rémunération mixte ou à honoraires fixes combiné au mode mixte selon l'annexe XXIII et qui facture de la garde sur place à tarif horaire est appelé « médecin visé par le paragraphe 2.16 ».

Dans cette situation, pour les ***heures de garde sur place obligatoire****, de 16 h à 8 h du lundi au vendredi et de 0 h à 24 h les samedi, dimanche et jour férié, utiliser le code d'activité* ***XXX270*** *Garde sur place obligatoire (TH seulement).*

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

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

Les plages horaires admissibles pour la garde sur place obligatoire sont :

- *du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié,* ***de 16 h à 8 h****;*
- *le samedi, le dimanche ou un jour férié,* ***de 0 h à 24 h****.*

AVIS **:** *Pour tout médecin rémunéré selon le mode mixte ou selon le mode mixte combiné aux honoraires fixes dans les établissements susmentionnés, l'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) pour le mode des honoraires fixes ou le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour le mode à tarif horaire.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Annexe XXIII*;*
- *le secteur de pratique concernant la garde sur place seulement.*

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, consulter l'annexe XX pour les informations à fournir, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire.*

3.00 Secteur de pratique admissible

3.01 Sont admissibles au mode de rémunération mixte les programmes, unités, départements ou à leur regroupement tel que défini au paragraphe 2.00 de l'annexe XXII de l'entente générale et désignés ci-dessous :

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, consulter l'annexe XX pour les informations à fournir, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser pour la rémunération à honoraires fixes.*

a) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) :

1) l'unité de soins de courte durée gériatriques, les cliniques externes de gériatrie ou l'hôpital de jour à l'exclusion du secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive,

AVIS **: *Rémunération à honoraires fixes mixte***

*Pour le centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL), utiliser le numéro d''installation 07841 et les codes d'activité pour le programme en gériatrie (*Accord n° 434*) :*

- ***073030*** *Services cliniques*
- ***073032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***073037*** *Planification, programme et évaluation (élaboration et implantation de programmes/services)*
- ***073055*** *Communications (rencontres avec les proches)*
- ***073056*** *Activités cliniques – encadrement (encadrement thérapeutique)*
- ***073067*** *Expertise professionnelle*
- ***073098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Pour les autres installations visées, utiliser le numéro d'installation 0XXX2 ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité :

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101070*** *Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

2) le département de psychiatrie (pour les soins physiques) incluant la clinique externe en psychiatrie (pour les soins physiques);

AVIS **: *Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser le numéro d'installation ***0XXX8*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***027015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***027030*** *Services cliniques*
- ***027032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***027037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***027043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***027055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***027063*** *Garde sur place*
- ***027098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***027132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

3) l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec l'installation d'un établissement ayant la vocation de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés incluant la clinique externe en soins palliatifs;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **4XXX0** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***053030*** *Services cliniques*
- ***053032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***053043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***053055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***053063*** *Garde sur place*
- ***053067*** *Expertise professionnelle*
- ***053098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***053132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

AVIS **:** *Pour une maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services mais non désignée dans la liste d'établissements, utiliser le code d'établissement du CISSS, du CIUSSS ou du CHSGS avec lequel l'entente de services a été conclue.*

4) en l'absence d'une unité physique de soins palliatifs et dans les milieux désignés, l'unité de courte durée pour la clientèle de soins palliatifs prise en charge par une équipe dédiée de soins palliatifs et objectivement rattachée au secteur des soins palliatifs;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **4XXX0** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***053030*** *Services cliniques*
- ***053032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***053043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***053055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***053063*** *Garde sur place*
- ***053067*** *Expertise professionnelle*
- ***053098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***053132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

5) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX4**, **1XXX5**, **2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

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

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Pour le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, utiliser les codes d'activité :

- ***265015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***265030*** *Services cliniques*
- ***265032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***265037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***265055*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***265053*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***265063*** *Garde sur place*
- ***265098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***265132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnels*

b) Lorsqu'exploitée par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est l'hébergement et les soins de longue durée :

1) l'unité de soins de courte durée gériatriquesà l'exclusion du secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Pour l'Hôpital Sainte-Anne du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, lors des services rendus auprès des anciens combattants, utiliser le numéro d'établissement ***08154*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***266015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***266030*** *Services cliniques*
- ***266032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***266043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***266055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***266097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***266098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Les plages permises sont :

Jour	***Heures***
du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 18 h*

Pour la garde sur place, consulter les instructions de facturation sous l'article 2 de la Lettre d'entente n° 281.

AVIS **: *Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX2** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101070*** *Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

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

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée incluant la clinique externe;

AVIS **: *Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX8** et les codes d'activité suivants :*

- ***027015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***027030*** *Services cliniques*
- ***027032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***027037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***027043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***027055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***027063*** *Garde sur place*
- ***027098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***027132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

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

AVIS **: *Rémunération à honoraires fixes***

*Pour le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, utiliser le numéro d'installation **0XXX8** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***265015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***265030*** *Services cliniques*
- ***265032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***265037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***265043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***265055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***265063*** *Garde sur place*
- ***265098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***265132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

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

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Pour le médecin qui détient des privilèges en psychiatrie, utiliser le numéro d'installation **0XXX8** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***265015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***265030*** *Services cliniques*
- ***265032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***265037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***265043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***265055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***265063*** *Garde sur place*
- ***265098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***265132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

d) Lorsqu'exploités par un établissement, une partie d'établissement ou par un institut dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée, l'unité de soins palliatifs, l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle ou intensive, l'unité des lits de transition ou de soins subaigus incluant la clinique externe en gériatrie ou en réadaptationà l'exclusion du secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340;

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes***

*Pour l'Hôpital Sainte-Anne du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, lors des services rendus auprès des anciens combattants, utiliser le numéro d'établissement **08154** et les codes d'activité suivants :*

- ***266015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***266030*** *Services cliniques*
- ***266032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***266043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***266055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***266097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***266098*** *Services de santé durant le délai de carence.*

Les plages permises pour les services rendus sont :

Jour	***Heures***
du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 18 h*

Pour la garde sur place, consulter les instructions de facturation sous l'article 2 de la Lettre d'entente n° 281.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro installation **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

e) Lorsqu'exploitées par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

1) l'unité d'hébergement et de soins de longue durée;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

2) l'unité de soins de courte durée gériatriques, à l'exclusion du secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d''installation **0XXX4, 1XXX5, 2XXX5** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

- ***101015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***101030*** *Services cliniques*
- ***101032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***101043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***101055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***101063*** *Garde sur place*
- ***101097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***101098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***101132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

f) *Abrogé le 22 janvier 2018 par l'*Amendement 169

g) Lorsqu'exploités par un établissement ou partie d'établissement dont la fonction principale est la réadaptation :

1) les centres de réadaptation en déficience physique incluant la clinique externe en déficience physique;

AVIS **:** *Utiliser le numéro d'installation **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **100015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **100030** Services cliniques*

*- **100032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **100043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **100055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **100098** Services de santé durant le délai de carence*

2) les centres de réadaptation en déficience intellectuelle incluant la clinique externe en déficience intellectuelle;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX3**, **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **102030** Services cliniques*

*- **102032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **102043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **102055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **102063** Garde sur place*

*- **102071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures*

*- **102080** Participation du médecin de famille*

*- **102098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **102132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

3) les centres de réadaptation en toxicomanie incluant la clinique externe en toxicomanie, ainsi que les soins de proximité dans le cadre de leurs cliniques mobiles.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues et les codes d'activité suivants :*

*- **031015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **031030** Services cliniques*

*- **031032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **031043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **031055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **031063** Garde sur place*

*- **031071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures*

*- **031132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

4) les centres de protection de la jeunesse incluant la clinique externe;

h) Lorsqu'exploitée par un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont la fonction principale est autre que celle de la gestion d'une unité de soins de courte durée et qui n'opère pas de service d'urgence :

1) l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive ou de soins subaigus incluant la clinique externe en réadaptation;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

*Utiliser le numéro d'installation **0XXX3**, **1XXX3** ou selon les instructions de facturation reçues les codes d'activité suivants :*

*- **102030** Services cliniques*

*- **102032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **102043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **102055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **102063** Garde sur place*

*- **102071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures*

*- **102080** Participation du médecin de famille*

*- **102098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **102132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

3.02 Sont également admissibles au mode mixte de rémunération :

a) lorsqu'offert au sein d'une installation ayant pour mission un centre local de services communautaires :

1) les services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle, à l'exclusion des services dans le programme d'itinérance ou de toxicomanie, des services dans le cadre d'une clinique pour réfugiés ou des services dans secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants :

*- **002015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **002030** Services cliniques*

*- **002031** Étude de dossiers*

*- **002032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **002037** Planification – Programmation – Évaluation*

*- **002043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **002055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **002063** Garde sur place*

*- **002079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*

*- **002098** Services de santé durant le délai de carence*

*- **002132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

2) le soutien à domicile;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002031*** *Étude de dossiers*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002063*** *Garde sur place*
- ***002079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

3) les soins palliatifs;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002031*** *Étude de dossiers*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002037*** *Planification - Programmation - Évaluation*
- ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002063*** *Garde sur place*
- ***002079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

4) les interruptions volontaires de grossesse (IVG);
5) *abrogé le 30 septembre 2017 par l'Amendement n° 162*
6) *abrogé le 30 septembre 2017 par l'Amendement n° 162*
7) *abrogé le 30 septembre 2017 par l'Amendement n° 162*
8) le groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U);

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***051015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*
- ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U*
- ***051030*** *Services cliniques*
- ***051031*** *Étude de dossiers*
- ***051032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***051043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***051068*** *Encadrement clinique et pédagogique*
- ***051069*** *Activité supervision*
- ***072101*** *Activités de fonctionnement en GMF*
- ***072103*** *Activités cliniques en GMF*

EP – Clinique réseau

- ***076110*** *Services cliniques sans rendez-vous*
- ***076111*** *Services cliniques avec rendez-vous*

EP – GMF-AR

- ***269110*** *Services cliniques sans rendez-vous*
- ***269111*** *Services cliniques avec rendez-vous*

b) lorsqu'opéré par un CHSGS :

1) le groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U);

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***051015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*
- ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U*
- ***051030*** *Services cliniques*
- ***051031*** *Étude de dossiers*
- ***051032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***051043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***051068*** *Encadrement clinique et pédagogique*
- ***051069*** *Activité supervision*
- ***072101*** *Activités de fonctionnement en GMF*
- ***072103*** *Activités cliniques en GMF*
- ***076110*** *Services cliniques sans rendez-vous*
- ***076111*** *Services cliniques avec rendez-vous*
- ***269110*** *Services cliniques sans rendez-vous*
- ***269111*** *Services cliniques avec rendez-vous*

2) la clinique de la douleur (avant le 1er janvier 2021)

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants autres que les services pré-hospitaliers :

- ***054015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***054030*** *Services cliniques*
- ***054032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***054043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***054055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***054098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.

3) la clinique d'oncologie ou des maladies du sein.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants autres que les services pré-hospitaliers :

- ***054015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***054030*** *Services cliniques*
- ***054032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***054043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***054055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***054098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.

c) les services dispensés en santé publique dans le cadre des instances suivantes :

1) les directions régionales de santé publique;
2) l'Institut national de santé publique du Québec;
3) la Direction générale de santé publique;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX025*** *Programme de dépistage de cancer du sein*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX032*** *Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique*
- ***XXX037*** *Planification, élaboration et implantation des programmes*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX047*** *Évaluation de l'impact des programmes*
- ***XXX067*** *Expertise conseil, information et coordination*
- ***XXX088*** *Programme de vaccination contre le méningocoque*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX148*** *Services cliniques : situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie*

Selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activités, ***XXX*** *peut correspondre à :*

- ***115*** *– le développement, l'adaptation et l'intégration sociale*
- ***145*** *– les traumatismes non intentionnels*
- ***155*** *–les maladies infectieuses*
- ***165*** *– la santé environnementale*
- ***175*** *– la santé en milieu de travail*
- ***185*** *– autres secteurs d'activités*
- ***195*** *– les habitudes de vie et les maladies chroniques*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir le paragraphe 5.10.03 de l'EP 24 – Santé publique pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

d) les services en santé et sécurité du travail pour le compte de la CNESST sous la responsabilité d'une direction régionale de santé publique;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes****,*

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***007031*** *Étude de dossiers*
- ***007032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***007037*** *Planification – programmation – évaluation*
- ***007038*** *Coordination*
- ***007047*** *Exécution*
- ***007093*** *Programme pour une maternité sans danger*

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

3.03 Les dispositions de la présente annexe ne s'appliquent pas aux services rémunérés en vertu de l'*Entente particulière relative au Grand-Nord, de l'Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, de l'Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau, ainsi que de l'Entente particulière relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles*.

ANNEXE I À L'ANNEXE XXIII

SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES, RÈGLES ET MODALITÉS PARTICULIÈRES PAR SECTEUR DE PRATIQUE VISÉ PAR LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

(PARAGRAPHE 2.06 DE L'ANNEXE XXIII)

A - SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

AVIS **:** *En santé publique :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) - Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début.

En sécurité du travail :

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) - Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début.

Si le médecin détient une nomination selon l'annexe XXIII en CLSC et que le service est rendu selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :

- **Garde en disponibilité***;*
- **En période de disponibilité (selon 2.05 de l'annexe XXIII)***;*
- **Service rendu en CLSC mais selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte de l'annexe XXIII.**

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
52,1	42052, 42053, 42054, 42055, 42056, 42057, 42058, 42059, 42081, 42082, 42083, 42084, 42085, 42086, 42087
40	42061, 42062, 42063, 42064, 42075
Supplément d'honoraires applicable au médecin rémunéré à honoraires fixes	
21,2	42052, 42053, 42054, 42055, 42056, 42057, 42058, 42059, 42081, 42082, 42083, 42084, 42085, 42086, 42087

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales en santé publique les activités réalisées par le médecin pour le compte ou auprès d'une direction régionale de santé publique, de l'Institut national de santé publique du Québec ou de la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, le tout en favorisant particulièrement le soutien aux services de première ligne, la supervision clinique et le transfert des connaissances.
Ces activités médicales comprennent également les activités réalisées dans le cadre contractuel avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) dont les activités reliées au programme de retrait préventif et au programme spécifique à une entreprise (PSSE) faisant partie des groupes prioritaires I, II et III, tels que reconnus par la CNESST.

1.1 Les activités médicales en santé publique se définissent comme les activités de conception, de réalisation et d'évaluation du programme de santé publique et des responsabilités légales des directeurs de santé publique ainsi que les activités réalisées pour le compte de la CNESST.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42067*** *et* ***42068****, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique;*

- l'heure de début de l'activité;

- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation ***42068****.*

Aucun numéro d'assurance maladie requis.

Pour les codes de facturation ***42069*** *et* ***42070****, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique;*
- l'heure de début de l'activité;
- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation ***42070****.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42067	Forfait horaire en santé publique (première heure complétée)	59,68 $
42068	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $
42069	Forfait horaire relatif aux activités réalisées pour le compte de la CNESST (première heure complétée)	59,68 $
42070	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévues au paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, on tient également compte des actes suivants :

2.1 Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population : l'acte médical en connaissance et surveillance de l'état de santé de la population comprend le recours à des méthodes descriptives et analytiques (épidémiologiques, statistiques et autres), de documentation, de validation, d'appréciation, d'interprétation ou d'évaluation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, le développement de systèmes de surveillance et, selon le cas, la définition des enjeux sanitaires appropriés.
Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cette fonction comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances à cet égard.

42052	Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes	31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour spécifier le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42081	Connaissance et surveillance de l'état de santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la CNESST, par période complète de 15 minutes	31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.2 *Promotion et prévention de la santé de la population :* l'acte médical de prévention et de promotion comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et de documentation, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en oeuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivis d'intervention qui visent à améliorer la santé et le mieux-être de la population.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cet acte comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances à cet égard.

42053 Promotion et prévention de la santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour spécifier le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42082 Promotion et prévention de la santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la CNESST, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.3 *Protection de la santé de la population :* l'acte médical de protection de la santé de la population comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et de documentation, d'enquête, d'analyse, d'identification de priorités, de conception et de mise en oeuvre de plans d'intervention, de mobilisation, de diffusion, d'évaluation et de suivis d'intervention et de mesures de contrôle qui visent à protéger la population de situations d'exposition comportant une menace à la santé publique.

Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative. Cet acte comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances à cet égard.

42054 Protection de la santé de la population en maladies infectieuses lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 31,20 $

42055 Protection de la santé de la population en santé environnementale lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Les majorations en horaires défavorables prévues au paragraphe 3.3.1 s'appliquent aux actes codifiés* ***42054*** *et* ***42055*** *uniquement.*

42056 Protection de la santé de la population dans un secteur autre qu'en maladies infectieuses
et qu'en santé environnementale lorsque réalisée pour le compte de la santé publique,
par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42054, 42055*** *et* ***42056*** *:*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42083 Protection de la santé de la population lorsque réalisée pour le compte de la CNESST,
par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.4 *Évaluation des interventions, programmes et services de santé :* l'acte médical d'évaluation et de suivi de programmes de santé de la population et de modes d'intervention en santé comprend, selon le cas, des fonctions de consultation et documentation, de conception et de préparation de devis, de validation et de recueil de données, d'analyse, de synthèse, de rédaction de rapports et diffusion de résultats.
Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative ainsi que les activités de mobilisation appropriées. Cet acte comprend aussi le développement, la diffusion, l'application et l'utilisation de connaissances ainsi que le soutien aux services de première ligne et aux services aux établissements.

42057 Évaluation des interventions, programmes et services de santé lorsque réalisée pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42084 Évaluation des interventions, programmes et services de santé lorsque réalisée pour le compte de la CNESST, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.5 *Avis médical et expertise :* L'avis médical et l'expertise populationnelle comprend, selon le cas, des fonctions de documentation, de validation, d'appréciation et d'interprétation, de recommandations, de mobilisation, de diffusion d'une opinion en rapport avec son champ d'expertise auprès des médecins, professionnels de la santé, ressources du milieu, groupes de bénéficiaires ou autres.
Cet acte implique, selon le cas, la participation, l'animation ou la coordination d'équipes multidisciplinaires excluant toute responsabilité administrative.

42058 Avis médical et expertise lorsque réalisés pour le compte de la santé publique, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42085 Avis médical et expertise lorsque réalisés pour le compte de la CNESST, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.6 *Activités de dépistage du cancer du sein :* l'acte de dépistage du cancer du sein comprend les activités liées au dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées.

42059 Activités de dépistage du cancer du sein, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.7 *Activités de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger :* l'acte médical de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger réalisé pour le compte de la CNESST comprend la documentation, l'analyse, l'appréciation du poste de la travailleuse enceinte et des risques auxquelles elle est exposée et pouvant avoir un effet sur l'issue de sa grossesse ou sur l'enfant à naître ou allaité et l'avis médical et ses recommandations de réaffectation, si nécessaire, au médecin traitant de la travailleuse enceinte.

42086 Activités de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.8 *Activités réalisées pour le compte de la CNESST reliées au programme spécifique à une entreprise (PSSE) faisant partie des groupes prioritaires I, II et III, tels que reconnus par la CNESST :* l'acte médical relié au PSSE comprend l'élaboration, la mise à jour du programme dont, principalement l'identification des risques, le diagnostic et les recommandations concernant les correctifs à apporter par l'entreprise, la présentation du PSSE à l'entreprise et le suivi du PSSE c'est-à-dire l'évaluation de la prise en charge du contrôle des risques par l'entreprise.

42087 Activités reliées au PSSE, par période complète de 15 minutes 31,20 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Les modalités de rémunération de la garde en disponibilité sont les suivantes :

Direction régionale de santé publique : domaines de garde visés

3.1 Malgré les dispositions du paragraphe 2.08 de l'annexe XXIII, un supplément de garde en disponibilité est payé, par jour, au médecin qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses dans une direction régionale de santé publique. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*

*- **42071** pour le supplément de garde en santé environnementale effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*

*- **42072** pour le supplément de garde en santé environnementale effectuée entre 8 h et 18 h le samedi, le dimanche ou un jour férié;*

*- **42073** pour le supplément de garde en maladies infectieuses effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*

*- **42074** pour le supplément de garde en maladies infectieuses effectuée entre 8 h et 18 h le samedi, le dimanche ou un jour férié.*

Utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique.*

Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour facturer le supplément de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses, inscrire le numéro de la direction régionale de santé publique concernée :

- 94400 CISSS du Bas-Saint-Laurent (01)

- 94401 CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)

- 94402 CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)

- 94403 CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)

- 94404 CIUSSS de l'Estrie - CHUS (05)

- 94405 CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)

- 94410 CISSS de l'Outaouais (07)

- 94411 CIUSSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)

- 94412 CISSS de la Côte-Nord (09)

- 94413 CISSS de la Gaspésie (11)

- 94414 CISSS de Chaudière-Appalaches (12)

- 94415 CISSS de Laval (13)

- 94416 CISSS de Lanaudière (14)

- 94417 CISSS des Laurentides (15)

- 94418 CISSS de la Montérégie-Centre (16)

- 94179 Nunavik (17)

- 94183 Terres-Cries-de-la Baie-James (18)

Direction générale de santé publique : domaine de garde visé

Un tel supplément de garde est également payable, par jour visé, au médecin qui est assigné à une garde provinciale en maladies infectieuses pour la direction générale de santé publique (DGSP). Cette garde est rémunérée à compter de 18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi et entre 8 h et 18 h un jour férié.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*

*- **42073** pour le supplément de garde en maladies infectieuses effectuée du vendredi 18 h au samedi 8 h, du samedi 18 h au dimanche 8 h et du dimanche 18 h au lundi 8 h;*

*- **42074** pour le supplément de garde en maladies infectieuses effectuée entre 8 h et 18 h le samedi, le dimanche ou un jour férié.*

Indiquer l'heure de début du service.

Inscrire le numéro de la Direction générale de santé publique (94509)

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Institut national de santé publique du Québec : domaine de garde visé
Un tel supplément de garde est payable également au médecin qui est assigné à une garde provinciale en santé environnementale pour le compte de l'INSPQ. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et un jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*
*- **42071** pour le supplément de garde en santé environnementale effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*
*- **42072** pour le supplément de garde en santé environnementale effectuée entre 8 h et 18 h le samedi, le dimanche ou un jour férié.*
Indiquer l'heure de début du service.
Inscrire le numéro d'établissement de l'Institut national de santé publique du Québec (94559).
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Modalités spécifiques de rémunération
Le supplément de garde en disponibilité est de 177,60 $ par jour, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine et de 126,85 $ par jour, entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié au 1er septembre 2018. Ces montants sont respectivement de 219,35 $ et de 156,65 $ à compter du 1er avril 2019. Le supplément de garde en disponibilité est rémunéré à l'acte et n'est pas divisible.
Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour.
Un seul supplément de garde en disponibilité en santé environnementale est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.
Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.
Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, pour la direction générale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.
Un seul supplément de garde pour la garde provinciale en santé environnementale est payable, par jour, pour l'INSPQ en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Autres modalités
Malgré les alinéas précédents, s'il y a situation de sinistre, de catastrophe, d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le ministre, le directeur général de santé publique ou un directeur régional de santé publique, le comité paritaire sur recommandation peut octroyer plus d'une garde en disponibilité par jour en maladies infectieuses ou en santé environnementale laquelle sera rémunérée selon les modalités qui précèdent pour la période déterminée par les parties.

3.2 Le médecin appelé à se déplacer ou à se rendre sur place des services, pendant une période de garde en disponibilité, est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période à 100 % du tarif des actes paraissant ci-dessus.

Toutefois, lorsque les services rendus pendant la période de garde en disponibilité ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente minutes consécutives.

AVIS : *Inscrire l'heure de début du service.*

Utiliser les éléments de contexte **Garde en disponibilité** et **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique**.

***AVIS* :** *Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où le médecin détient une nomination en santé publique.*

3.3 Malgré les dispositions de l'article 2.09 de l'annexe XXIII, les modalités applicables en horaires défavorables sont les suivantes :

3.3.1 Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables et ce, que les services alors dispensés pendant la période de garde en disponibilité requièrent ou non un déplacement du médecin. Les majorations sont les suivantes :

i) pour les services dispensés de 20 h à 8 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié et de 0 h à 8 h les vendredi, samedi, dimanche ou un jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 13 %.

ii) pour les services dispensés de 20 h à 24 h le vendredi, à l'exception d'un jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 23 %.

iii) pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et jour férié, le médecin bénéficie d'une majoration de 23 %.

Aux fins de la présente disposition, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement, de l'INSPQ ou de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein duquel exerce le médecin.

AVIS : *Utiliser les éléments de contexte* **Garde en disponibilité** *et* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique**.

Inscrire l'heure de début du service.

3.4 Aux fins des dispositions de l'article 2.04 de l'Annexe XXIII et qui sont relatives aux modalités de rémunération prévues dans le cadre d'une période d'activités professionnelles entre 0 h et 8 h, et ce, chaque journée de la semaine, du lundi au dimanche et les jours fériés les modalités ci-dessous s'appliquent.

Le médecin appelé à se déplacer ou à se rendre sur place pour dispenser des services est rémunéré pour ces services à 100 % des tarifs paraissant aux articles 2 et 5 de la présente annexe. Aucune majoration en horaires défavorables n'est applicable à cette rémunération.

***AVIS* :** *Voir les instructions de facturation aux articles 2 et 5 de l'annexe I de la présente annexe XXIII.*

Toutefois, durant une période de garde en disponibilité, lorsque les services rendus ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente minutes consécutives.

3.5 Sur demande de l'établissement responsable et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente générale, un médecin peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination, rendre une partie de ses services visés par sa nomination dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement. Aux fins de l'application de la présente disposition, on entend par secteur géographique autre que celui de l'établissement duquel il détient une nomination l'endroit qui est désigné par l'établissement à partir duquel le médecin exécute ses activités à distance conformément à sa nomination. Dans un tel cas, la majoration applicable en vertu de l'Annexe XII est alors fonction du lieu effectif de dispensation des services.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement auprès duquel la nomination est détenue, inscrire la lettre A dans le champ* C.S.
Dans la section Renseignements complémentaires :
- pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro d'établissement pour lequel vous détenez une nomination;
- pour le lieu en référence, inscrire :
- le numéro de l'établissement où les services sont rendus;
- la date des services;
- le numéro de référence de chaque activité correspondant à cette situation.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré selon le mode mixte, lorsque les activités sont exercées à partir d'un lieu situé dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement auprès duquel la nomination est détenue :*
Pour le lieu de dispensation, inscrire :
- le numéro d'établissement pour lequel vous détenez une nomination;
- la précision du lieu **Santé publique (Annexe XXIII)**.
Pour le lieu en référence, inscrire :
- le numéro de l'établissement où les services sont rendus;
- la précision du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel**.

4. Les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent :
a) Le médecin doit détenir une nomination dans l'établissement auquel est rattachée la direction régionale de santé publique. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination.
b) Le Ministère transmet à la Régie et à la Fédération la liste des établissements auxquels sont rattachées les directions de santé publique.
c) Malgré l'alinéa a) ci-dessus en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans un établissement désigné, une lettre d'engagement passée entre le directeur de l'établissement auquel est rattachée la direction de la santé publique et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction régionale de santé publique pour moins de 300 heures par année.
d) Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour un acte professionnel effectué pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas.

5. Pour le médecin qui, en santé publique ou en santé et sécurité du travail, détient une nomination du directeur régional de santé publique, les activités médico-administratives décrites aux paragraphes 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII, sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus :

Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)

Santé publique

42061	par période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Santé et sécurité du travail
42062 par période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)
Santé publique
42063 par période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Santé et sécurité du travail
42064 par période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables selon l'annexe XX.
Pour la rémunération des activités médico-administratives, les établissements visés en santé publique et en santé et sécurité du travail sont ceux prévus à l'annexe III de l'annexe XXIII pour ces deux secteurs de pratique.

6. Pour le médecin qui détient une nomination de l'INSPQ ou de la Direction générale de la santé publique, seules les activités médico-administratives de l'annexe XXIII décrites au paragraphe 2.01 b) iii) auxquelles il participe sont rémunérées selon le supplément d'honoraires fixé pour la santé publique.

42075 Activités de programmes ou tout autre comité créé au sein de l'établissement, par période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS : *Utiliser l'élément de contexte* **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique** *pour préciser le secteur de pratique.*
Inscrire l'heure de début de l'activité et sa durée ainsi que le numéro de l'établissement :
*- **94559** Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);*
*- **94509** Direction générale de la santé publique (DGSP).*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

B - SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN CLSC ET GMF-U

Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services apparaissant à l'Onglet E « Chirurgie » de l'Annexe V de l'Entente générale;

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau-Phanères-Tissu cellulaires sous cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Le service médical portant le code 06310 à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;

SECTION B-1 – SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE, À L'EXCLUSION DU SECTEUR D'ACTIVITÉ DE GÉRIATRIE AMBULATOIRE OU DE PSYCHOGÉRIATRIE AMBULATOIRE DÉCRIT À LA LETTRE D'ENTENTE NO 340, SERVICES DISPENSÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME JEUNESSE AINSI QUE LES SERVICES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN CLSC

AVIS **:** *En CLSC :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme d'interruption volontaire de grossesse** *pour préciser le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

Si le médecin détient une nomination selon l'annexe XXIII en CLSC et que le service est rendu selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :
- **Garde en disponibilité***;*
- **En période de disponibilité (selon 2.05 de l'annexe XXIII)***;*
- **Droit acquis en sans rendez-vous;**
- **Droit acquis pour interruption volontaire de grossesse (IVG)***;*
- **Service rendu en CLSC mais selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte de l'annexe XXIII**.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
63,58	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 A et au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) et 17) à 19) du préambule général de l'annexe V soit : 08775, 08776, 08777, 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801,15802, 15803,15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814,15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223, soit : 98003, 98004, 98009 et 98012. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188, 15314, 15316, 15318, 15320 et 42273. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs. Dans les CLSC désignés, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.
%	**Services sur base de temps**
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activités clinique préventive » soit : 08841, 08843, 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230,15785, 15786, 15787, 15788, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	**Services médico-administratifs**
40	42092 et 42093

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
28,86	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 A et au paragraphe 2.2.6 A c), alinéas 1) à 15) et 17) à 19) du préambule général de l'annexe V soit : 08775, 08776, 08777, 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223, soit : 98003, 98004, 98009 et 98012. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188, 15314, 15316, 15318, 15320 et 42273. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs; Dans les CLSC désignés, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.

%	Services de base de temps
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activité clinique préventive » soit : 08841, 08843, 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15785, 15786, 15787, 15788, 15230, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les soins et les services médicaux de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle ambulatoire (à l'exclusion des services au sein d'un GMF-U, du programme de santé mentale et du programme de soutien à domicile incluant le soutien à domicile pour les soins palliatifs et des services rendus à l'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré), les services dispensés dans le cadre du programme jeunesse ainsi que les services d'interruption volontaire de grossesse dispensés dans le cadre du programme de service médical ou de services cliniques au sein d'une installation d'un CLSC opéré par un CISSS ou un CIUSSS.
Ces soins et services médicaux de médecine de famille de prise en charge et de suivi s'adressent à des patients ambulatoires exclusivement

AVIS **:** *Pour les forfaits horaires en CLSC et les périodes additionnelles, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme d'interruption volontaire de grossesse** *pour préciser le secteur de pratique;*

- l'heure de début de l'activité;

- l'heure de fin de l'activité (périodes additionnelles).

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42088	Forfait horaire relatif aux services médicaux de médecin de famille et relatif au programme jeunesse (première heure complétée)	59,68 $
42089	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $
42090	Forfait horaire relatif à l'interruption volontaire de grossesse (première heure complétée)	59,68 $
42091	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Malgré les dispositions du paragraphe 2.03 de l'annexe XXIII de l'entente générale, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte au sein du secteur de pratique de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle visé par la présente annexe peut être rémunéré selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base selon les dispositions de l'entente générale pour l'ensemble de ses activités dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous s'il rencontre les conditions ci-après énoncées :

i) à la date de la mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux de médecine de famille en CLSC, il était rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux effectués dans le cadre des services sans rendez-vous dans l'installation visée par son option. Le médecin visé qui est temporairement absent du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement peut exercer le choix prévu à la présente disposition dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé;

ii) il manifeste son choix en même temps qu'il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause;

AVIS **:** *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Pour les services, utiliser l'élément de contexte **Droit acquis en sans rendez-vous**.

La possibilité de conserver ainsi la rémunération à l'acte à 100 % pour les services médicaux en sans rendez-vous, est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode à la date de mise en vigueur de la présente annexe pour les services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle en CLSC.
Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % pour ces activités qui subséquemment opte pour le mode de rémunération mixte pour les activités médicales en sans rendez-vous au sein d'une installation ne peut, au sein de la même installation, se prévaloir de nouveau de la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ces activités tout en demeurant au mode de rémunération mixte.
Le médecin qui se prévaut ainsi de la rémunération à l'acte à 100 % en vertu de la présente disposition ne peut, pour la même période de temps, réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Annexe XXIII*;*
- *le secteur de pratique* Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse (IVG).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour le médecin qui désire conserver le mode de rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus au sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, GMF-U).

3. Les règles et modalités spécifiques énoncées à l'article 2 ci-dessus s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, à la rémunération du médecin pour des activités d'interruption volontaire de grossesse dans une installation d'un CLSC.

AVIS **:** *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Pour les services, utiliser l'élément de contexte **Droit acquis pour interruption volontaire de grossesse (IVG)**.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Annexe XXIII*;*

- le secteur de pratique Services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, programme jeunesse et interruption volontaire de grossesse (IVG).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour le médecin qui désire conserver le mode de rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus en sans rendez-vous, l'établissement doit aussi cocher la case Droit acquis acte (CLSC, GMF-U).

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

4.1 25,17 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

4.2 40,89 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;

4.3 40,89 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;

4.4 51,9 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique-réseau.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Sans rendez-vous – clinique réseau** *ou* **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.

5. Le médecin rémunéré au mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

6. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i), ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42092	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes	24,87 $
42093	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42092*** *et* ***42093*** *:*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme d'interruption volontaire de grossesse** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

7. Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable ou de co-responsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF).*

AVIS **:** *Inscrire:*
*- le code de facturation **09750**;*
- le nombre de forfaits;
- le numéro du site GMF.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu par le comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable.

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et de ses modalités prévues au paragraphe 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à **honoraires fixes** ou à **tarif horaire** qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut utiliser le code d'activité **072101*** Activités de fonctionnement en GMF.

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'un GMF-A ou d'un GMF-R est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF-AR).*

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **09751** et indiquer le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.
8. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.
Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

SECTION B-2 – GMF-U en établissement

AVIS **:** *En GMF-U en établissement :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire** *pour indiquer le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

Si le médecin détient une nomination selon l'annexe XXIII en CLSC et que le service est rendu en CLSC selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :
- **Garde en disponibilité***;*
- **En période de disponibilité (selon 2.05 de l'annexe XXIII)***;*
- **Droit acquis en sans rendez-vous***;*
- **Service rendu en CLSC mais selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte de l'annexe XXIII**.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
63,58	Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A c) alinéas 1) à 15) du préambule général de l'annexe V soit : 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223, soit : 98003, 98004, 98009 et 98012. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188, 15314, 15316, 15318, 15320 et 42273. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs. Dans les GMF-U situés en CHSGS, l'ensemble des services d'ultrasonographie de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement. Dans les GMF-U situés dans un CLSC désigné, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.
%	**Services sur base de temps**
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général, le service décrit à l'onglet « Activité clinique préventive » ainsi que les services décrits aux paragraphes 3.1 ii) et 3.2 de la présente annexe soit : 08841, 08843, 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15230, 15785, 15786, 15787, 15788, 15880, 15881, 15882, 15883, 15884, 42096, 42097, 42098 et 42099.
%	**Services médico-administratifs**
40	42100 et 42101

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
28,86	Les services décrits au paragraphe 2.2.6, au paragraphe 2.2.6 A alinéas 1) à 15) du Préambule général de l'annexe V soit : 08819, 08848, 09100, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772, 15773, 15774, 15775, 15776, 15777, 15778, 15779, 15780, 15781, 15782, 15783, 15784, 15789, 15790, 15801, 15802, 15803, 15804, 15805, 15806, 15807, 15808, 15809, 15810, 15811, 15812, 15813, 15814, 15815, 15816, 15817, 15818, 15819, 15820, 15821, 15822, 15823, 15824, 15825, 15826, 15827, 15828, 15829, 15830, 15831, 15832, 15833, 15834, 15835, 15836, 15837, 15838, 15839, 15840, 15841, 15842, 15843, 15844, 15845, 15846, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223, soit : 98003, 98004, 98009 et 98012. Autres services médicaux soit : 09054, 09070, 09073, 09077, 15188, 15314, 15316, 15318, 15320 et 42273; L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs. Dans les GMF-U situés en CHSGS, l'ensemble des services d'ultrasonographie de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement;

	Dans les GMF-U situés dans un CLSC désigné, les services d'ultrasonographie suivants en regard du suivi obstétrical et des IVG de l'onglet J du Manuel des services de laboratoire en établissement soit : 8315, 8317, 8318, 8319, 8321, 8322, 8323, 8324 et 06464.
%	**Services sur base du temps**
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B et les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général, le service décrit à l'onglet « Activités cliniques préventives » ainsi que les services décrits aux paragraphes 3.1 ii) et 3.2 de la présente annexe soit : 08841, 08843, 08857, 08859, 08861, 08866, 08868, 08876, 15785, 15786, 15787, 15788, 15880, 15881, 15882, 15883, 15884, 15230, 42096, 42097, 42098 et 42099.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les activités du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'un GMF-U visée aux présentes et y dispense des services médicaux.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42094** et **42095**, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire** *pour indiquer le secteur de pratique;*

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42095**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Ces services médicaux s'adressent à des patients ambulatoires exclusivement.

42094	Forfait horaire (première heure complétée)	59,68 $
42095	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. L'annexe I prévue au paragraphe 1.04 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* fait état de la liste des établissements opérant un GMF-U.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements désignés à l'annexe I de l'EP 42 – Médecin enseignant*.

3. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévues au paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, on tient également compte des actes suivants:

3.1 *Activité de supervision:* cet acte comprend la période entière pendant laquelle un médecin enseignant est affecté à une activité de supervision. Il comprend la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des externes et des résidents. Elle peut inclure des activités académiques ou cliniques lorsque celles-ci sont conciliables avec la supervision.

Pour les activités de supervision, le médecin opte, pour l'ensemble de la demi-journée (3.5 heures), pour le mode de l'acte ou pour l'acte d'intervention de supervision :

i) s'il opte pour le mode de l'acte, les conditions prévues aux paragraphes 2.06 et 2.11 de l'annexe XXIII de l'entente générale s'appliquent sous réserve de ce qui suit. Durant la demi-journée où le médecin supervise un ou plusieurs résidents, il peut lorsque requis, réclamer un seul acte d'intervention clinique à l'égard d'un des patients vus par les résidents. La durée de l'intervention clinique est alors celle qu'il aurait lui-même facturée. Par ailleurs, il réclame les autres services qu'il a effectués avec le concours des résidents durant cette même demi-journée selon les modalités du mode mixte. Le médecin doit identifier sur une demande de paiement que les services rendus l'ont été avec le concours d'un résident.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Inscrire :

- à la section Professionnel en référence *de la facture de services médicaux, le numéro attribué par la RAMQ (5-XXXXX) du résident qui a vu le patient et pour lequel la rémunération est demandée;*

- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention clinique.

ii) S'il opte pour l'intervention de supervision, le médecin peut réclamer un seul acte d'intervention de supervision pour un maximum de 3,5 heures durant la plage horaire de l'avant-midi (de 8 h à 12 h), pour un maximum de 5 heures durant la plage horaire de l'après-midi (de 12 h à 18 h) et, pour un maximum de 3,5 heures pour la plage horaire de la soirée (de 18 h à 24 h) peu importe le nombre de résidents ou d'externes qui font l'objet d'une supervision par le médecin.

Intervention de supervision par période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS **:** *Inscrire au registre des consultations les visites effectuées avec le concours d'un résident ou d'un externe à des patients inscrits auprès du médecin superviseur ou auprès d'un médecin membre de son GMF ou de son groupe de pratique.*

Si le patient est en perte sévère d'autonomie, le médecin doit cocher la case Suivi à domicile du patient en perte sévère d'autonomie *au registre des consultations.*

L'inscription des consultations au registre permet de conserver le caractère actif de ces patients au sens de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Cette information est également prise en compte pour le calcul du taux d'assiduité tant pour le médecin membre que le médecin non-membre d'un GMF.

Le registre des consultations est accessible par l'application Gestion des consultations *du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé.

Pour plus de détails sur l'utilisation de cette application, consulter la section Registre des consultations *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

AVIS **:** *Pour l'intervention de supervision, inscrire :*

*- le code de facturation **42096** pour la plage horaire de l'avant-midi (de 8 h à 12 h);*

*- le code de facturation **42097** pour la plage horaire de l'après-midi (de 12 h à 18 h);*

*- le code de facturation **42098** pour la plage horaire de la soirée (de 18 h à 24 h);*
- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention;

- Indiquer tous les résidents et externes pour lesquels la rémunération est demandée à la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux et pour le type d'identifiant choisir* Numéro du Collège des médecins du Québec.

Pour les résidents, inscrire le numéro attribué par la RAMQ qui débute par le chiffre 5 sous la forme 5-XXXXX.

Pour les externes, inscrire le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec qui commence par la lettre E, en majuscule, suivie de 8 chiffres (ex. : E12345678).

Indiquer le nombre de résidents ou d'externes supervisés par demi-journée.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire** *pour indiquer le secteur de pratique.*

Toutefois, le médecin qui se prévaut de la présente option peut, durant la plage horaire de l'avant-midi ou de l'après-midi, réclamer les suppléments prévus à l'annexe II à l'annexe XXIII de l'entente générale.

En outre, durant la plage horaire de l'avant-midi ou de l'après-midi durant laquelle le médecin est rémunéré selon l'acte d'intervention de supervision, le médecin peut réclamer les services qu'il effectue lui-même auprès de patients, selon les modalités du mode de rémunération mixte, si les conditions ci-après énoncées sont rencontrées :
1) le médecin doit indiquer sur la demande de paiement l'heure de début de l'acte d'intervention de supervision ainsi que l'heure où celui-ci a pris fin;
2) les services réclamés auprès de patients doivent avoir été effectués avant ou après la période durant laquelle le médecin est rémunéré selon l'acte d'intervention de supervision;
3) pour chacun des services rendus auprès des patients, le médecin doit indiquer sur la demande de paiement l'heure de début où le service a été rendu et l'heure où celui-ci a pris fin pour chaque plage horaire visée;

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début et l'heure de fin de chaque service rendu.*

4) aucune réclamation ne peut être faite pour les services rendus avec le concours d'un résident au cours de la période de la plage horaire visée.

3.2 *Activité académique :* cet acte comprend l'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel, l'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique, le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques et la planification des activités académiques. Le médecin doit consacrer à ces activités au moins quinze (15) minutes consécutives.

Dans le cas où le médecin opte pour l'intervention de supervision durant la demi-journée (3,5 heures), les activités académiques effectuées pendant cette période sont incluses et sont rémunérées à titre d'activités de supervision. Au-delà de la demi-journée (3,5 heures) d'intervention de supervision, si le médecin poursuit ses activités académiques, le médecin réclame alors l'acte d'activité académique durant la période de prolongation concernée.

42099 *Activité académique* par période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS **:** *Inscrire :*

- la durée de l'activité;

- s'il y a lieu, le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec de tous les résidents et externes pour lesquels la rémunération est demandée à la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire** *pour indiquer le secteur de pratique.*

4. Malgré les dispositions du paragraphe 2.03 de l'annexe XXIII de l'entente générale, le médecin qui opte pour le mode de rémunération mixte au sein d'un GMF-U visé par la présente annexe peut être rémunéré selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base selon les dispositions de l'entente générale pour l'ensemble de ses activités dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous de l'unité s'il rencontre les conditions ci-après énoncées :

i) à la date de la mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux en GMF-U, il était rémunéré à l'acte à 100 % du tarif de base pour les services médicaux effectués dans le cadre des services sans rendez-vous dans l'installation visée par son option. Le médecin visé qui est temporairement absent du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement peut exercer le choix prévu à la présente disposition dans les trois mois de la reprise de ses activités au sein du secteur de pratique visé;
ii) il manifeste son choix en même temps qu'il opte pour le mode de rémunération mixte dans l'installation en cause;

AVIS **:** *Le médecin doit avoir choisi de conserver son droit acquis à l'acte sur le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Pour les services, utiliser l'élément de contexte **Droit acquis en sans rendez-vous**.

La possibilité de conserver ainsi la rémunération à l'acte à 100 % pour les services médicaux en sans rendez-vous, est limitée aux installations dans lesquelles le médecin exerçait selon ce mode à la date de mise en vigueur de la présente annexe pour les services médicaux en GMF-U.
Le médecin rémunéré à l'acte à 100 % pour ces activités qui subséquemment opte pour le mode de rémunération mixte pour les activités médicales en sans rendez-vous au sein d'une installation ne peut, au sein de la même installation, se prévaloir de nouveau de la rémunération à l'acte à 100 % du tarif de base pour ces activités tout en demeurant au mode de rémunération mixte.
Le médecin qui se prévaut ainsi de la rémunération à l'acte à 100 % en vertu de la présente disposition ne peut, pour la même période de temps, réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* ***en version papier*** *pour chaque médecin concerné*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Annexe XXIII*;*
- *le secteur de pratique* Groupe de médecine de famille universitaire*;*

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour le médecin qui désire conserver le mode de rémunération à l'acte à 100 % pour les services rendus au sans rendez-vous, l'établissement doit également cocher la case Droit acquis acte (CLSC, GMF-U).

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

5.1 25,17 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;
5.2 40,89 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;
5.3 40,89 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h sous réserve de l'alinéa suivant;
5.4 51,9 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Sans rendez-vous – clinique réseau** *ou* **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.

6. Le médecin rémunéré au mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

7. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i), ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42100	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i)) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes	24,87 $
42101	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii)) de l'annexe XXIII) période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42100*** *et* ***42101*** *:*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire** *pour indiquer le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

FORMATION CONTINUE

8. Le médecin qui opte pour le mode mixte en GMF-U peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 7 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant*.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit utiliser la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*

- le code de congé ***17****;*

- sous Durée (jours) ***1.00*** *ou* ***0.50****.*

Pour le autres modes de rémunération, utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- sous ***quantième*** *: la date de la journée de la formation continue;*

- sous ***mode de rémunération*** *: TH;*

- sous ***plage horaire*** *: la plage au cours de laquelle la formation a débuté;*

- sous ***code d'activité*** *:*

051133 *pour une demi-journée complète de formation continue;*

051134 *pour une journée complète de formation continue;*

- heures travaillées : toujours inscrire 1 heure.

Il ne peut se prévaloir de la rémunération selon le forfait horaire prévu au paragraphe 1 ci-dessus pendant la période de formation.

CHEF DE L'UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

9. Le chef de l'unité de médecine familiale qui opte pour le mode mixte en GMF-U peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 8 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* pour les activités de gestion médico-administratives liées à ses activités de chef.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19909*** *et indiquer le nombre de forfaits hebdomadaires.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le chef de l'unité de médecine familiale qui assume également les fonctions de médecin responsable ou de co-responsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement, est rémunéré comme tel selon les dispositions de *l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF)*.

AVIS **:** *Inscrire:*

*- le code de facturation **09750**;*

- le nombre de forfaits;

- le numéro de site GMF.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu par le comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable.

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues au paragraphe 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à **honoraires fixes** ou à **tarif horaire** qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut facturer ses activités avec le code **072101** Activités de fonctionnement en GMF.*

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'un GMF-A ou d'un GMF-R est rémunéré selon les dispositions de l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF-AR). .

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **09751** et indiquer le nombre de forfaits.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII.

AUTRES MODALITÉS

10. Malgré les dispositions du paragraphe 2.06 de l'annexe XXIII, la rémunération versée en vertu des articles 8 et 9 ci-dessus est versée à 100% du tarif prévu à l *Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant*.
11. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.
Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

SECTION B-3 – PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE EN CLSC INCLUANT LES SOINS PALLIATIFS

AVIS **:** *Dans le cadre du Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs** *pour indiquer le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

Si le médecin détient une nomination selon l'annexe XXIII en CLSC et que le service est rendu en CLSC selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :
- **Garde en disponibilité***;*
- **En période de disponibilité (selon 2.05 de l'annexe XXIII)***;*
- **Service rendu en CLSC mais selon un autre mode de rémunération qu'en rémunération mixte de l'annexe XXIII**.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
71,51	15900,15901,15902,15904,15905,15906,15907,15908 et 15910 Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223, soit : 98003, 98004, 98009 et 98012. Autres services médicaux décrits aux paragraphes 2.2.6, aux sous-paragraphes 2.4.02 à 2.4.05 et 2.4.7.9 du préambule général de l'Annexe V soit : 09100,15188,15885,15886,15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	15903, 15909 et 15911 Cinq services décrits au paragraphe 2.2.6 B, trois services au sous-paragraphe 2.2.6 B-1, deux services au paragraphe 2.3, deux services au sous-paragraphe 2.4.01 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activité clinique préventive » soit : 08841, 08843, 08857, 08859, 08861,15230,15785,15786,15880,15881,15882,15883 et 15884
%	**Services médico-administratifs**
40	42120, 42121

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
27,74	15900,15901,15902,15904,15905,15906,15907,15908 et 15910 Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223, soit : 98003, 98004, 98009 et 98012. Autres services médicaux décrits au paragraphe 2.2.6 aux sous-paragraphes 2.4.02 à 2.4.05 et 2.4.7.9 du préambule général de l'Annexe V soit : 09100,15188,15885,15886,15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. L'ensemble des services énumérés à la Section B – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
19,4	15903,15909 et 15911 Cinq services décrits au paragraphe 2.2.6 B, trois services au sous-paragraphe 2.2.6 B-1, deux services au paragraphe 2.3, deux services au sous-paragraphe 2.4.01 du préambule général ainsi que le service décrit à l'onglet « Activité clinique préventive » soit : 08841, 08843, 08857, 08859, 08861,15230,15785,15786,15880,15881,15882,15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale, on entend par activités médicales les activités du médecin dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC opéré par un CISSS ou un CIUSSS.

Ces services médicaux s'adressent, d'une part, à des patients ayant des besoins ponctuels ou temporaires suite notamment, à un accident, à une maladie ou à une hospitalisation ayant des difficultés sévères à se déplacer. Leur état est instable. Ci-après, ces patients sont dits patients non complexes.
Ils s'adressent, d'autre part, à des patients en perte sévère d'autonomie ou encore en phase de soins palliatifs. Ci-après, ces patients sont dits patients complexes. Le patient complexe est instable, nécessite des soins médicaux actifs, un suivi et est incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile sans devoir déployer des efforts importants pour une telle situation, ou sans s'exposer à un risque inutilement élevé pour son intégrité physique ou mentale ou encore sans la supervision ou l'aide immédiate et continue d'une tierce personne.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42118*** *et* ***42119****, inscrire* :
- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*
- l'heure de début de l'activité;
- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation ***42119****.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42118	Forfait horaire (première heure complète)	59,68 $
42119	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévues au paragraphe 2.06 de l'Annexe XXIII, on tient également compte, pour les services dispensés à un patient non complexe des actes suivants :

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***15900, 15901, 15902*** *et* ***15903*** *:*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

2.1 *Visite de suivi exigeant un examen* : l'acte médical de la visite exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants suite à un examen physique pour évaluer un problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.
Cette visite inclut au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.
Le médecin consigne ses notes au dossier.

15900	Visite de suivi exigeant un examen auprès d'un patient non complexe	47,45 $
15901	Visite de suivi exigeant un examen, patient non complexe additionnel, sous le même toit	36,95 $

2.2 *Appel téléphonique à une demande du personnel du programme de soutien à domicile de l'établissement* : l'acte médical de réponse téléphonique à une demande du personnel clinique du programme de soutien à domicile est rémunéré lorsque le médecin répond au téléphone à une demande qu'il reçoit du personnel clinique concernant le suivi qui exige une attention immédiate à l'endroit d'un patient non complexe suivi à domicile. Cet acte n'est pas rémunéré pour les périodes pendant lesquelles le médecin est rémunéré pour assurer la garde en disponibilité des patients du programme de soutien à domicile de l'établissement.

15902	Réponse téléphonique à une demande du personnel du programme de soutien à domicile de l'établissement	16,55 $

2.3 *Supplément pour déplacement* : lorsque le médecin doit se déplacer à partir de l'établissement se rendre au domicile d'un patient inscrit au Programme de soutien à domicile pour lui prodiguer des services médicaux ou d'un tel domicile à un autre, un supplément pour temps de déplacement lui est accordé par période de cinq (5) minutes consécutives dans chaque direction.

15903 Supplément pour déplacement
par période de cinq (5) minutes consécutives 8,35 $

AVIS **:** *Pour chaque patient inscrit au programme de soutien à domicile vu dans la journée, inscrire le numéro d'assurance maladie et la durée de chaque déplacement.*

Pour les déplacements vers plus d'un domicile, facturer le supplément pour déplacement pour chacun des patients sur la même facture que les visites effectuées.

Pour la facturation du retour au CLSC, ajouter le temps de déplacement sur la facture du dernier patient vu.

3. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévues au paragraphe 2.02 de l'Annexe XXIII, on tient également compte, pour les services dispensés auprès d'un patient complexe des actes suivants :

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **15904** à **15911** :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début.

3.1 *Évaluation médicale globale* : l'acte médical d'évaluation médicale globale est effectué lors de la prise en charge à domicile d'un patient complexe. Cet acte comprend l'examen subjectif axé sur la perte d'autonomie, l'examen complet, l'évaluation fonctionnelle, la liste des problèmes médicaux actifs, l'élaboration d'un plan d'intervention médicale et les examens complémentaires jugés utiles. L'évaluation peut s'effectuer sur plusieurs visites et peut exiger d'échanger avec les proches du patient et des professionnels du milieu.
Lorsqu'il a terminé et complété ses notes au dossier, le médecin réclame le tarif de l'évaluation. Ce tarif ne comprend pas l'ensemble des visites de suivi, échanges ou autres services rendus pour effectuer l'évaluation, services qui sont rémunérés séparément selon la date où ils sont rendus. Annuellement ou lorsque requis selon l'évolution du patient, le médecin effectue une nouvelle évaluation médicale globale.

15904 Évaluation médicale globale d'un patient complexe 163,50 $

3.2 *Visite de suivi exigeant un examen* : l'acte médical de la visite exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants suite à un examen physique pour évaluer un problème médical, initier un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.
Cette visite inclut au besoin, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.
Le médecin consigne ses notes au dossier.

15905 Visite de suivi exigeant un examen auprès d'un patient complexe 142,40 $
15906 Visite de suivi exigeant un examen requis en urgence auprès d'un patient complexe 160,25 $
15907 Visite de suivi exigeant un examen, patient complexe additionnel, sous le même toit 110,85 $

3.3 *Visite d'évaluation d'un patient complexe en vue de donner une opinion* : l'acte médical de la visite d'évaluation en vue de donner une opinion est réalisé à la demande du médecin assurant le suivi à domicile d'un patient complexe. La demande vise alors à obtenir l'opinion d'un collègue ou sa participation au suivi, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.
Un médecin qui procède à une visite d'évaluation produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.

15908 Visite d'évaluation d'un patient complexe en vue de donner une opinion 142,40 $

AVIS **:** *Indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

3.4 *Échanges interdisciplinaires ou avec les proches d'un patient complexe* : l'acte médical d'échanges concernant un patient complexe relativement à l'élaboration ou la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire, à la détermination du niveau d'intervention médicale ou à des discussions avec le personnel clinique ou un proche du patient sont définies comme suit :

a) l'élaboration ou la révision d'un plan d'intervention interdisciplinaire implique la mise en commun de l'évaluation respective de chacun des professionnels concernés et, le cas échéant, l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire adapté à l'état et la condition du patient. La participation du médecin à la présentation du plan d'intervention interdisciplinaire au patient et à ses proches est aussi comprise dans ce service.

b) la détermination du niveau d'intervention médicale ou sa révision a pour objet de préciser l'intensité des soins requis pour un patient. Elle comporte des échanges avec le patient, son représentant légal ou ses proches, sur la nature de l'investigation et du traitement à envisager selon l'évolution de l'état du patient.

Pour être ainsi visés, les échanges du médecin avec le personnel clinique ou les proches d'un patient concernant la condition de ce patient ou l'état de ce patient doivent s'effectuer lors d'une séance distincte d'une visite auprès d'un patient.
Le médecin doit consacrer à ses activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires et consécutives de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse pas généralement soixante (60) minutes.
Le médecin consigne ses notes au dossier.
Dans les cas des échanges avec les proches du patient, ces échanges peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

15909 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches d'un patient complexe, par période complète de quinze (15) minutes 24,87 $

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.*

3.5 *Réponse téléphonique à une demande du personnel du programme de soutien à domicile de l'établissement* : l'acte médical de réponse téléphonique à une demande du personnel clinique du programme de soutien à domicile est rémunéré lorsque le médecin répond au téléphone à une demande qu'il reçoit du personnel clinique concernant un suivi qui exige une attention immédiate à l'endroit d'un patient complexe suivi à domicile. Cet acte n'est pas rémunéré pour les périodes pendant lesquelles le médecin est rémunéré pour assurer la garde en disponibilité des patients du programme de soutien à domicile de l'établissement.

15910 Réponse téléphonique à une demande du personnel du programme de soutien à domicile de l'établissement 24,87 $

3.6 *Supplément pour déplacement* : lorsque le médecin doit se déplacer à partir de l'établissement d'un patient inscrit au Programme de soutien à domicile pour lui prodiguer des services médicaux ou d'un tel domicile à un autre, un supplément pour temps de déplacement lui est accordé par période de cinq (5) minutes consécutives dans chaque direction.

15911 Supplément pour déplacement
par période de cinq (5) minutes consécutives 8,35 $

AVIS **:** *Pour chaque patient inscrit au programme de soutien à domicile vu dans la journée, inscrire le numéro d'assurance maladie et la durée pour chaque déplacement.*

Pour les déplacement vers plus d'un domicile, facturer le supplément de déplacement pour chacun des patients sur la même facture que les visites effectuées.

Pour la facturation du retour au CLSC, ajouter le temps de déplacement sur la facture du dernier patient vu.

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

4.1 22,37 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

4.2 36,36 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;

4.3 36,36 % s'applique les samedi, dimanche et un jour férié de 8 h à 24 h.

5. Le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale.

6. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i), ii) de l'Annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42120 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'Annexe XXIII
période complète de 15 minutes 24,87 $

42121 Activités médico-administratives par. 2.01b) ii) de l'Annexe XXIII
période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42120** et **42121** :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

7. Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable ou de coresponsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement est rémunéré comme tel selon les dispositions de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF).*

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **09750**;*

- le nombre de forfaits;

- le numéro du site GMF.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu par le comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable.

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et des modalités prévues aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut facturer ses activités avec le code* ***072101*** *Activités de fonctionnement en GMF.*

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'un GMF-A ou d'un GMF-R est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF-AR).*

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***09751 et indiquer le nombre de forfaits****.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale.

8. En vertu du paragraphe 2.11 de l'Annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

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

C - SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT AUTRE QU'EN CLSC OU QU'EN GMF-U

C - Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services apparaissant à l'Onglet E « Chirurgie » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau-Phanères-Tissu cellulaires sous cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Le service médical portant le code 06310 à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographe » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

SECTION C-1 – GÉRIATRIE – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS

(soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les cliniques externes de gériatrie ou l'hôpital de jour, l'unité de réadaptation fonctionnelle ou intensive, selon le cas, à l'exclusion du secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente nº 340)

AVIS **:** *En gériatrie :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Gériatrie** *pour préciser le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
56,44	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15160, 15647, 15648, 15649, 15650,15651, 15762, 15763, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	**Services médico-administratifs**
40	42108, 42109

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
32,56	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 15762, 15763, 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15160, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales, les services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique de gériatrie désignés d'un CHSGS (*soit l'unité de soins de courte durée gériatrique, les services gériatriques ambulatoires, l'hôpital de jour ou l'unité de réadaptation fonctionnelle et intensive, selon le cas*).

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42106** et **42107**, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Gériatrie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42107**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42106	Forfait horaire relatif aux services médicaux en gériatrie (première heure complétée)	59,68 $
42107	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42108	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $
42109	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* **42108** *et* **42109** *:*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Gériatrie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

3.1 23,03 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

3.2 40,75 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

3.3 40,75 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

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

SECTION C-2 – SOINS PALLIATIFS – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS

(*soit, l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs*)

AVIS **:** *En soins palliatifs :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
54,54	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	**Services médico-administratifs**
40	42112, 42113.

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
30,08	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650 ,15651, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15652, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les services médicaux rendus en établissement dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS en soins palliatifs (*soit, l'unité des soins palliatifs ainsi que la maison privée en soins palliatifs liée par une entente de services conclue avec un CISSS ou CIUSSS ou un CHSGS, incluant la clinique externe en soins palliatifs*).

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42110** et **42111**, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42111**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42110	Forfait horaire relatif aux services médicaux en soins palliatifs (première heure complétée)	59,68 $
42111	Par période additionnelle complète de 15 minute	14,92 $

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42112	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $
42113	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42112** et **42113** :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

3.1 23,84 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

3.2 42,17 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

3.3 42,17 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

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

SECTION C-3 – SOINS PHYSIQUES EN PSYCHIATRIE – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS UN DÉPARTEMENT OU UNE UNITÉ DE PSYCHIATRIE DÉSIGNÉ D'UN CHSGS OU D'UN CHSP

(incluant la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques)

AVIS **:** *Pour les soins physiques en psychiatrie :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins physiques en psychiatrie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début.

En unité de psychiatrie ou dans le cadre du programme de gérontopsychiatrie :

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Gérontopsychiatrie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
58,24	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650, 15651, 15894, 15895 et 15896. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
76,18	Certains des services du paragraphe 2.2.6 D du Préambule général lorsqu'effectués dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie dans un établissement désigné par le comité paritaire, soit : 15667, 15668, 15648, 15649 et 15650.
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869 et 15652.
%	**Services médico-administratifs**
40	42124 et 42125.

Suppléments d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
34,14	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 D du préambule général soit : 00080, 08800, 08803, 08813, 08903, 08904, 08926, 08969, 08994, 09087, 09100, 09246, 15647, 15648, 15649, 15650,15651, 15894, 15895 et 15896. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
41,75	Certains des services du paragraphe 2.2.6 D du Préambule général lorsqu'effectués dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie dans un établissement désigné par le comité paritaire, soit : 15667, 15668, 15648, 15649 et 15650.
%	**Services payés sur base de temps**
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, un service du paragraphe 2.2.6 D ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869 et 15652.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale, on entend par activités médicales les services médicaux pour les soins physiques rendus en établissement dans un département ou une unité de psychiatrie désigné d'un CHSGS ou d'un CHSP (incluant *la clinique externe de psychiatrie pour les soins physiques*).

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42122** et **42123**, inscrire :*
- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins physiques en psychiatrie** *pour préciser le secteur de pratique;*
- l'heure de début de l'activité;
*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42123**.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42122	Forfait horaire relatif aux services médicaux pour les soins physiques en psychiatrie (première heure complétée)	59,68 $
42123	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Les activités médico-administratives décrites aux paragraphes 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42124	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'Annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $
42125	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42124** et **42125** :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins physiques en psychiatrie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

3.1 22,32 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;
3.2 39,49 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;
3.3 39,49 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

Toutefois, le pourcentage applicable sur les suppléments d'honoraires des services visés par un pourcentage d'honoraires distincts du fait qu'ils sont rendus dans une unité ou programme de géronto-psychiatrie dans un établissement désigné sont les suivants :

3.4 17,06 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;
3.5 30,19 % s'applique de 20 h à 24 h le vendredi, à l'exception d'un jour férié;
3.6 30,19 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

AVIS **:** *Les CHSP désignés sont :*

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (00888) – CIUSSS de la Capitale-Nationale;

- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal (00878) – CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;

- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet (00828) CISSS de l'Outaouais.

Annuellement, l'établissement responsable doit transmettre au comité paritaire le nom des médecins qui exercent régulièrement dans l'unité ou le programme de gérontopsychiatrie.

4. Le médecin qui réclame l'intervention clinique est sujet aux dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'Annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

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

6. Le médecin rémunéré selon le mode mixte pour les soins physiques dispensés dans le département ou l'unité de psychiatrie d'une des installations désignées doit se prévaloir des dispositions d'application de l'Annexe XXIII lorsqu'il assume la garde pour les soins physiques rendus à l'urgence psychiatrique d'une installation désignée.

Outre les services médicaux communs énumérés à la Section C de la présente annexe, seules l'intervention clinique, la visite de suivi première, la visite de suivi subséquente, la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner son opinion et les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient sont payables durant la garde à l'urgence psychiatrique de l'installation désignée.

AVIS **:** *Pour la garde pour les soins physiques rendus à l'urgence psychiatrique, utiliser l'élément de contexte* **Garde pour les soins physiques rendus à l'urgence psychiatrique (selon article 6 de l'annexe XXIII – section C3)**.

Les installations reconnues et désignées pour leur urgence psychiatrique sont :
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- Hôpital de soins psychiatriques de l'Est-de-Montréal
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Hôpital Douglas
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Pavillon Albert-Prévost

Conformément à l'application du paragraphe 2.16 de l'Annexe XXIII, le médecin qui assure la garde sur place obligatoire dans l'une des installations identifiées ci-dessus ne peut se prévaloir des dispositions du mode de rémunération mixte. Il est alors rémunéré de façon exclusive au tarif horaire ou aux honoraires fixes les samedi, dimanche et jours fériés ainsi que de 16 h à 8 h du lundi au vendredi sauf un jour férié.

SECTION C-4 – PSYCHIATRIE (SOINS PSYCHIATRIQUES) AUPRÈS DES PATIENTS ADMIS EN ÉTABLISSEMENT DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS D'UN CHSGS OU D'UN CHSP

AVIS **:** *En psychiatrie (soins psychiatriques) :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Psychiatrie (soins psychiatriques)** *pour préciser le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
70,16	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.6 B, 2.2.6 C, certains services du paragraphe 2.2.6 G ainsi que le paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08923, 08933, 08913, 08942, 08943, 08948, 08800, 08803, 08813, 08862, 08863, 08864, 08865, 08926, 15066, 15067, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012. Autres services médicaux soit : 09070, 09073, 09077 et 15188. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	08842, 08844, 08858, 08860, 08867, 08869, 08953, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	**Services médico-administratifs**
40	42104, 42105

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
40,28	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.6 B, 2.2.6 C, certains services du paragraphe 2.2.6 G ainsi que le paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08923, 08933, 08913, 08942, 08943, 08948, 08800, 08803, 08813, 08862, 08863, 08864, 08865, 08926, 15066, 15067, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895 et 15896. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009, 98010, 98011 et 98012. Autres services médicaux soit : 09070, 09073, 09077 et 15188. L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
19,4	08842, 08844, 08858, 08860, 08867, 08869, 08953, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales les soins psychiatriques dispensés à
des patients admis dans les secteurs de pratique désignés d'un CHSGS ou d'un CHSP.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42102** et **42103**, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Psychiatrie (soins psychiatriques)** *pour préciser le secteur de pratique;*
- l'heure de début de l'activité;
*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42103**.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42102 Forfait horaire relatif aux soins psychiatriques dispensés (première heure complétée) 59,68 $
42103 Par période additionnelle complète de 15 minutes 14,92 $

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42104 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 24,87 $
42105 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42104*** *et* ***42105*** *:*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Psychiatrie (soins psychiatriques)** *pour préciser le secteur de pratique;*

-inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

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

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

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

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

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

SECTION C-5 – SOINS AMBULATOIRES EN CLINIQUE D'ONCOLOGIE OU DES MALADIES DU SEIN – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS UNE CLINIQUE EXTERNE DÉSIGNÉE D'UN CHSGS

AVIS **:** *En soins ambulatoires en clinique d'oncologie :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe** *et l'heure de début.*

En soins ambulatoires en clinique des maladies du sein :

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe** *et l'heure de début.*

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
65,22	15894, 15895, 15896, 15912 et 15913 Les services décrits aux paragraphes 2.4.7.9, 2.4.8 et 2.4.9 soit : 00080, 09087, 09246 et 15188 L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	15914 Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08867, 08869 et 08876
%	**Services médico-administratifs**
40	42128 et 42129

Suppléments d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
24,83	15894, 15895, 15896, 15912 et 15913 Les services décrits aux paragraphes 2.4.7.9, 2.4.8 et 2.4.9 soit : 00080, 09087, 09246 et 15188 L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
19,4	15914 Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08867, 08876 et 08869

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale, on entend par activités médicales, les services médicaux pour les soins ambulatoires en oncologie ou maladies du sein rendus en établissement dans une clinique externe désignée d'un CHSGS.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42126** et **42127** en clinique d'oncologie, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- le secteur d'activité Clinique externe;

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42127**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

*Pour les codes de facturation **42126** et **42127** en clinique des maladies du sein, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein** *pour préciser le secteur de pratique;*

- le secteur d'activité Clinique externe;

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42127**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42126	Forfait horaire relatif aux services médicaux pour les soins ambulatoires rendus dans une clinique d'oncologie ou maladie du sein désignée (première heure complétée)	59,68 $
42127	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévus au paragraphe 2.06 de l'Annexe XXIII, on tient également compte des actes suivants :

2.1 *Visite d'évaluation en oncologie en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion* : la visite d'évaluation en oncologie en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin assurant les soins du patient souffrant d'un cancer ou exigeant une investigation concernant un cancer possible. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue ou sa participation au suivi en raison de la complexité ou de la gravité du cas.

Le médecin qui procède à une visite d'évaluation en oncologie produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie. En plus de l'examen physique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, le plan de traitement ou d'intervention, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation en oncologie, il ne peut réclamer la visite d'évaluation en oncologie. Il peut alors réclamer la visite de suivi en oncologie.

15912 Visite d'évaluation en oncologie en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion 84,30 $

AVIS **:** *Indiquer :*

- le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession;

- le secteur d'activité **Clinique externe***;*

- l'heure de début.

En clinique d'oncologie, utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie** *pour indiquer le secteur de pratique*.

En clinique des maladies du sein, utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein** *pour indiquer le secteur de pratique*.

2.2 *Visite de suivi en oncologie* : la visite de suivi en oncologie est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants au patient. Elle inclut au besoin la révision du dossier, l'examen du patient, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.
Cette visite implique toujours un contact avec le patient et des notes consignées au dossier.

15913 Visite de suivi en oncologie 43,40 $

AVIS **:** *Indiquer :*

- le secteur d'activité **Clinique externe***;*

- l'heure de début.

En clinique d'oncologie, utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie** *pour indiquer le secteur de pratique*.

En clinique des maladies du sein, utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein** *pour indiquer le secteur de pratique*.

2.3 *Échanges interdisciplinaire avec les intervenants en oncologie ou avec les proches du patient* : ce service peut être réclamé pour la participation à des discussions de cas concernant les soins oncologiques d'un ou plusieurs patients incluant une clinique de tumeur, que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste) et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de problèmes oncologiques du patient.
Ce service vise notamment les échanges du médecin avec un proche du patient en vue de convenir du niveau d'intervention médicale, d'expliquer les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute visite visée aux présentes ou une intervention clinique auprès du patient.
Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

15914 Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en oncologie ou avec les proches du patient
par période complète de quinze (15) minutes 24,87 $

AVIS **:** *Indiquer :*

- le secteur d'activité **Clinique externe***;*

- l'heure de début.

En clinique d'oncologie, utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie** *pour indiquer le secteur de pratique.*

En clinique des maladies du sein, utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein** *pour indiquer le secteur de pratique.*

3. Le médecin qui réclame l'intervention clinique est sujet aux dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale.

4. Les activités médico-administratives décrites aux paragraphes 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42128	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'Annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $
42129	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42128*** *et* ***42129*** *en clinique d'oncologie :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe** *et l'heure de début de l'activité.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les codes de facturation ***42128*** *et* ***42129*** *en clinique des maladies du sein :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe** *et l'heure de début de l'activité.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'Annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

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

SECTION C-6 – SOINS AMBULATOIRES EN CLINIQUE DE LA DOULEUR – SERVICES RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS UNE CLINIQUE EXTERNE DÉSIGNÉE D'UN CHSGS

AVIS **:** *En soins ambulatoires en clinique de la douleur :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe** *et l'heure de début.*

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
%	**Services médicaux**
70	15915, 15916, 15894, 15895 et 15896. Autres services décrits au paragraphe 2.4.7.9, au paragraphe 2.4.8 de même qu'au paragraphe 2.4.9 du préambule général soit : 00080, 09087, 09246 et 15188 L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	15917 Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08867, 08869 et 08876
%	**Services médico-administratifs**
40	42132 et 42133

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
26,89	15915, 15916, 15894, 15895 et 15896. Autres services décrits au paragraphe 2.4.7.9, au paragraphe 2.4.8 de même qu'au paragraphe 2.4.9 du préambule général soit : 00080, 09087, 09246 et 15188 L'ensemble des services énumérés à la Section C – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
19,4	15917 Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08867, 08869 et 08876

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale, on entend par activités médicales les services médicaux pour les soins ambulatoires rendus en établissement dans une clinique de la douleur désignée d'un CHSGS.

AVIS : *Pour les codes de facturation **42130** et **42131**, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur** *pour préciser le secteur de pratique;*

- le secteur d'activité Clinique externe;

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42131**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42130 Forfait horaire relatif aux services médicaux pour les soins ambulatoires rendus dans une clinique de la douleur désignée (première heure complétée) 59,68 $

42131 Par période additionnelle complète de 15 minutes 14,92 $

2. Aux fins de l'application des dispositions relatives au supplément d'honoraires prévus au paragraphe 2.06 de l'Annexe XXIII, on tient également compte des actes suivants :

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

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

Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation, il peut facturer la visite de suivi.
En plus de l'examen du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, du plan d'intervention, de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

15915 Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion 121,35 $

AVIS **:** *Indiquer :*

- le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession;

- le secteur d'activité **Clinique externe***;*

- l'heure de début.

Utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur** *pour indiquer le secteur de pratique.*

2.2 *Visite de suivi* : la visite de suivi est une visite à l'occasion de laquelle le médecin prodigue des services courants à un patient. Elle inclut au besoin la révision du dossier, l'examen du patient, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.
Cette visite implique toujours un contact avec le patient et des notes consignées au dossier.

15916 Visite de suivi 38,95 $

AVIS **:** *Indiquer :*

- le secteur d'activité **Clinique externe***;*

- l'heure de début.

Utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur** *pour indiquer le secteur de pratique.*

2.3 *Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient* : ce service peut être réclamé pour la participation à des discussions de cas concernant un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste) et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé d'un patient. Les échanges doivent viser la condition du patient ou ses besoins.
Pour être visés, les échanges du médecin avec le personnel clinique ou les proches du patient concernant la condition ou l'état du patient doivent s'effectuer lors d'une séance distincte de celle d'une visite ou d'une intervention clinique auprès du patient.
Le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes consécutives par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier.

15917 Échanges interdisciplinaires ou avec les proches d'un patient
par période complète de quinze (15) minutes 24,87 $

AVIS **:** *Indiquer :*

- le secteur d'activité **Clinique externe***;*

- l'heure de début;

- la durée de l'échange. Si l'échange concerne plusieurs patients, inscrire le numéro d'assurance maladie de chacun.

Utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur** *pour préciser le secteur de pratique.*

3. Le médecin qui réclame l'intervention clinique est sujet aux dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale.
4. Les activités médico-administratives décrites aux paragraphes 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42132 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'Annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 24,87 $

42133 Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII)
Période complète de 15 minutes 24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* **42132** *et* **42133** :

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire le secteur d'activité **Clinique externe***;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les activités médico-administratives ne sont pas sujettes aux pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables.
5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'Annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.
Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale.
6. Le médecin doit adhérer aux modalités décrites avant le 1er janvier 2021, faute de quoi il ne peut adhérer aux modalités dans ce secteur d'activités.

D - SERVICES DE LONGUE DURÉE EN CHSGS, CHSLD ET EN CHSP

Section D - Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie-réanimation » de l'annexe V de l'entente générale;
- - Tous les services apparaissant à l'Onglet E « Chirurgie » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet « Peau – Phanères –Tissu cellulaires sous-cutané » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'annexe V de l'entente générale;

- Le service médical portant le code 06310 à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'annexe V de l'entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'annexe V de l'entente générale;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographie » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

SECTION D-1 – SERVICES AUPRÈS DES PATIENTS ADMIS EN ÉTABLISSEMENT DE LONGUE DURÉE DANS UNE UNITÉ D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DÉSIGNÉE D'UN CHSGS, D'UN CHSLD OU D'UN CHSP

(incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP, à l'exclusion du secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire décrit à la Lettre d'entente n° 340)

AVIS **:** *Pour les services rendus auprès des patients admis en établissement de longue durée :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Services auprès des patients admis en soins de longue durée** *pour préciser le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires	
	Services médicaux
57,45	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9, certains services du paragraphe 2.2.6 E du préambule général ainsi que les services décrits à l'article 2.00 de Lettre d'entente n° 389, soit : 15762, 15763, 00080, 08800, 08803, 08811, 08812, 08813, 08926, 08998, 08999, 09087, 09100, 09246, 15615, 15616, 15617, 15618, 15619, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895, 15896 et 42274. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section D – Services médicaux communs.
%	**Services sur base de temps**
62,15	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, certains services du paragraphe 2.2.6 E, ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15620, 15621, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.
%	**Services médico-administratifs**
40	42116, 42117

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes	
%	**Services médicaux**
32,77	Les services décrits aux paragraphes 2.1.4, 2.1.5, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.6 A, 2.4.8, 2.4.9, certains services du paragraphe 2.2.6 E du préambule général ainsi que les services décrits à l'article 2.00 de Lettre d'entente n° 389, soit : 15762, 15763, 00080, 08800, 08803, 08811, 08812, 08813, 08926, 08998, 08999, 09087, 09100, 09246, 15615, 15616, 15617, 15618,15619, 15885, 15886, 15887, 15888, 15894, 15895, 15896 et 42274. Certains services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section D – Services médicaux communs.
%	**Services sur base de temps**
19,4	Les services décrits au paragraphe 2.2.6 B, certains services du paragraphe 2.2.6 E, ainsi que les services décrits au paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15620, 15621, 15880, 15881, 15882, 15883 et 15884.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale, on entend par activités médicales de longue durée les services et les soins dispensés à des patients admis dans une unité d'hébergement et de soins de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP (*incluant la clinique externe de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée dans un CHSLD ou un CHSP*).

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42114** et **42115**, inscrire :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Services auprès des patients admis en soins de longue durée** *pour préciser le secteur de pratique;*

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42115**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42114	Forfait horaire relatif aux soins dispensés (première heure complétée)	59,68 $
42115	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42116	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $
42117	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42116** et **42117** :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Services auprès des patients admis en soins de longue durée** *pour préciser le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

3.1 22,63 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;
3.2 40,03 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;
3.3 40,03 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h;

4. Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte peut facturer l'intervention clinique selon les dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.
5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.
Lorsqu'il est rémunéré pour ces services, le médecin ne peut comptabiliser le temps requis pour la complétion des formulaires prescrits à ces lois, aux fins de réclamer le forfait horaire prévu au paragraphe 2.05 de l'annexe XXIII de l'entente générale.

E – SERVICES DE RÉADAPTATION RENDUS DANS UN CHSGS N'OPÉRANT PAS UNE UNITÉ DE COURTE DURÉE ET UN SERVICE D'URGENCE ET EN CENTRE DE RÉADAPTATION (EXCLUANT L'UNITÉ DE TOXICOMANIE EN CHSGS, UN CENTRE JEUNESSE ET UN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION)

Services médicaux communs

- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet C « Actes diagnostiques et thérapeutiques » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet D « Anesthésie – Réanimation » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services apparaissant à l'Onglet E « Chirurgie » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet F « Peau – Phanères – Tissu cellulaire sous cutané » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet G « Appareil musculo-squelettique » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet H « Système respiratoire » de l'Annexe V de l'Entente générale;

- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Veines, varices et ulcères variqueux » à l'onglet J « Système cardiaque » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet L « Système digestif » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à la section « Canal déférent » à l'onglet N « Appareil génital mâle » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet P « Gynécologie » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet Q « Obstétrique » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Le service médical portant le code 06310 à l'onglet R « Appareil glandulaire » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet T « Appareil visuel » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- Tous les services médicaux apparaissant à l'onglet U « Appareil auditif » de l'Annexe V de l'Entente générale;
- En milieu hospitalier à l'exclusion de la maison de soins palliatifs liée à un établissement par entente et à l'exclusion d'un centre d'hébergement et soins de longue durée ainsi que d'un centre de réadaptation, tous les services d'ultrasonographie de l'onglet J « Ultrasonographie » du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE).

SECTION E-1 – RÉADAPTATION – SERVICES DE RÉADAPTATION RENDUS DANS UN CHSGS N'OPÉRANT PAS UNE UNITÉ DE COURTE DURÉE ET UN SERVICE D'URGENCE ET DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION DONT LA FONCTION PRINCIPALE EST LA RÉADAPTATION

(soit le centre de réadaptation en déficience physique, le centre de réadaptation en déficience intellectuelle, le centre de réadaptation en toxicomanie, l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive et de soins subaigus d'un CHSGS désigné n'opérant pas une unité de courte durée et un service d'urgence et incluant la clinique externe de chaque secteur de pratique)

(EXCLUANT UNE UNITÉ DE TOXICOMANIE EN CHSGS, UN CENTRE JEUNESSE ET UN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION)

AVIS **:** *En réadaptation :*

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Réadaptation** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début.

Services spécifiques

Supplément d'honoraires

%	Services médicaux
65,75	Les services décrits aux paragraphes 2.2.6, 2.4.02, 2.4.03, 2.4.04, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 F du préambule général soit : 00080, 09087, 09100, 09246, 15626, 15627, 15628, 15629, 15630, 15885, 15886, 15887, 15894, 15895 et 15896. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services émunérés à la Section E – Services médicaux communs
%	**Services payés sur base de temps**
62,15	Six des services décrits au paragraphe 2.2.6 B, deux des services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1, deux services du paragraphe 2.2.6 F et quatre services du paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15631, 15632, 15880 et 15881.
%	**Services médico-administratifs**
40	42136, 42137.

Supplément d'honoraires applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes

%	Services médicaux
37,87	Les services décrits aux paragraphes 2.2.6, 2.4.02, 2.4.03, 2.4.04, 2.4.8, 2.4.9 ainsi que certains services du paragraphe 2.2.6 F du préambule général soit : 00080, 09087, 09100, 09246, 15626, 15627, 15628, 15629, 15630, 15885, 15886, 15887, 15894, 15895 et 15896. Les services décrits à la Lettre d'entente n° 223 soit : 98000, 98001, 98002, 98003, 98004, 98005, 98006, 98007, 98008, 98009 et 98012. L'ensemble des services énumérés à la Section E – Services médicaux communs.
%	**Services payés sur base de temps**
19,40	Six des services décrits au paragraphe 2.2.6 B, deux des services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1, deux services du paragraphe 2.2.6 F et quatre services du paragraphe 2.3 du préambule général soit : 08842, 08844, 08858, 08860, 08862, 08863, 08864, 08865, 08867, 08869, 15631, 15632, 15880 et 15881.

1. Aux fins de l'application des dispositions relatives au forfait horaire prévues au paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale, on entend par activités médicales les services médicaux de réadaptation rendus en établissement dans un CHSGS n'opérant pas une unité de courte durée et un service d'urgence et dans un centre de réadaptation (*soit le centre de réadaptation en déficience physique, le centre de réadaptation en déficience intellectuelle, le centre de réadaptation en toxicomanie, l'unité de lits de réadaptation fonctionnelle et intensive et de soins subaigus d'un CHSGS désigné n'opérant pas une unité de courte durée et un service d'urgence, incluant la clinique externe de chaque secteur de pratique*) et excluant l'unité de toxicomanie en CHSGS, un centre jeunesse et un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

AVIS **:** *Pour les codes de facturation **42134** et **42135**, inscrire* :

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Réadaptation** *pour préciser le secteur de pratique;*

- l'heure de début de l'activité;

*- l'heure de fin de l'activité pour le code de facturation **42135**.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

42134	Forfait horaire relatif aux services médicaux en réadaptation (première heure complétée)	59,68 $
42135	Par période additionnelle complète de 15 minutes	14,92 $

2. Les activités médico-administratives décrites au paragraphe 2.01 b) i) et 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII sont rémunérées selon un supplément d'honoraires paraissant au tableau ci-dessus.

42136	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) i) de l'Annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $
42137	Activités médico-administratives (par. 2.01 b) ii) de l'Annexe XXIII) Période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Pour les codes de facturation* ***42136*** *et* ***42137*** :

- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Réadaptation** *pour préciser le secteur de pratique;*

- inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

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

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

3.1 19,77 % s'applique de 20 h à 24 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

3.2 34,98 % s'applique le vendredi de 20 h à 24 h à l'exception d'un jour férié;

3.3 34,98 % s'applique les samedi, dimanche et jour férié de 8 h à 24 h.

4. Le médecin qui réclame l'intervention clinique est sujet aux dispositions du paragraphe 2.2.6 B du Préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale.

5. En vertu du paragraphe 2.11 de l'Annexe XXIII, les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* sont rémunérés selon le mode de l'acte à 100 % du tarif de base.

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

ANNEXE II À L'ANNEXE XXIII

LISTE DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES PAYÉS À 100 % DE LEUR TARIF DE BASE ET VISÉS PAR LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

(paragraphe 2.11 de l'annexe XXIII)

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation approprié et l'heure de début du service.*

Utiliser l'un des éléments de contexte suivants pour indiquer le secteur de pratique :

- **Mixte (Ann. XXIII) – Santé publique**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Santé et sécurité du travail**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme jeunesse ou au programme d'interruption volontaire de grossesse**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Gériatrie**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins palliatifs**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Gérontopsychiatrie**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins physiques en psychiatrie**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Psychiatrie (soins psychiatriques)**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique d'oncologie**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique des maladies du sein**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Soins ambulatoires en clinique de la douleur**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Services auprès des patients admis en soins de longue durée**;
- **Mixte (Ann. XXIII) – Réadaptation**.

Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par l'ensemble des médecins qui se prévalent des modalités du mode de rémunération mixte

- Forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code **08875**);
- Forfait payable en horaires défavorables en clinique réseau (codes **19100**, **19101**);
- Forfait payable en horaires défavorables en GMF-réseau (codes **19893**, **19894**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189, 19074**);
- Forfait de formation pour un résident ou pour un externe (codes **19911**, **19912**, **19914**, **19915**, **19917**, **19918**, **19920**, **19921**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une IPS (codes **19923**, **19924**, **19926**, **19927**);
- Forfait de supervision médicale du stage d'une étudiante sage-femme (codes **19907**, **19908**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille non vulnérable référé ou non par le guichet d'accès (code **19957**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable non référé par un guichet d'accès (code **19958**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable référé par un guichet d'accès (code **19959**);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille très vulnérable référé par un guichet d'accès (code **19960**);
- Forfait de congé en établissement d'un patient admis (code **15158**);
- Constatation de décès (codes **00013**, **00016**, **15265, 15889, 15890**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;
- Services professionnels couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (codes **09800** et **09801**) seulement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;

• Services professionnels couverts par la *Loi sur le curateur public* (codes **09825**, **09826**);
• Services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (codes **09901**, **09902**, **09907**, **09908**, **09909**, **09910**, **09911**, **09912**, **09913**, **09914**, **09915**, **09916**, **09919**, **09922**, **09924**, **09925**, **09926**, **09927**, **09928**, **09929**, **09930**, **09931**, **09936**, **09937**, **09938**, **09939**, **09942**, **09944**, **09946**, **09947**, **09948**, **09949**, **09954**, **09970**, **09971**, **09977**, **09978**, **09980**, **15795**, **15796**, **15797**);
• La réanimation cardio-respiratoire (codes **00828**, **00829**);
• Supplément de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie lorsque l'examen est effectué à domicile (code **09063**);
• Rédaction du formulaire lors de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code **09101**);
• Rédaction du rapport de confirmation diagnostique (AH-509) effectué dans le cadre du Protocole d'accord relatif à la rémunération des services médico-administratifs dispensés dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein (code **09817**).

Supplément d'honoraires pouvant être réclamés par l'ensemble des médecins qui se prévalent des modalités du mode de rémunération mixte en association avec la facturation de l'intervention clinique individuelle ou de la psychothérapie individuelle

- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**);
- Supplément à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse (code **15145**);
- Supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre (code **15159**);
- Forfait de responsabilité payé à l'occasion d'un examen ou d'une psychothérapie effectuée auprès du patient vulnérable inscrit (codes **15169**, **15170**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189**, **19074**);

Suppléments d'honoraires pouvant être réclamés par le médecin rémunéré à honoaires fixes qui se prévaut des modalités du mode de rémunération mixte en association avec la facturation de l'intervention clinique individuelle ou de la psychothérapie individuelle ou, durant la période visée par le forfait d'intervention de supervision en GMF-U, par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte

- Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (code **08877**);
- Supplément à l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse (code **15145**);
- Supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse lorsque cet examen est fait au cours du premier trimestre (code **15159**);
- Forfait de responsabilité payé à l'occasion d'un examen ou d'une psychothérapie effectués auprès du patient vulnérable inscrit (codes **15169**, **15170**);
- Supplément pour prise en charge temporaire d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille (codes **15189**, **19074**);

ANNEXE III À L'ANNEXE XXIII

Liste des établissements ou installations visées aux paragraphes 3.01 et 3.02 de l'annexe XXIII

AVIS **:** *La liste des établissements et des installations désignés est disponible au* www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

2. LETTRES D'ENTENTE

LETTRE D'ENTENTE No 7

CONCERNANT L'APPLICATION DU CODE 00272

VU le libellé du code 00272 rédigé comme suit :

« Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée »;

NOTE : La tarification de cet acte est prévue à la rubrique « DIVERS » de la section « ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES » de l'annexe V de l'entente générale.

ATTENDU la volonté des parties de restreindre l'usage de ce code à certains centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés, dans le cadre d'un programme de soins d'une clinique organisée de la douleur;

CONSIDÉRANT qu'il y aurait lieu, par lettre d'entente concernant ce code, d'identifier les centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés visés ainsi que d'établir certaines autres modalités relatives à l'usage de ce code.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le code 00272 est appliqué comme suit :

Cet honoraire est payé au médecin pour l'évaluation de l'efficacité de ce traitement chez un malade qu'il voit dans le cadre du programme de soins d'une clinique de la douleur organisé par l'un des centres hospitaliers suivants :

- (0025X) Hôpital Royal Victoria (fin : 2015-05-14)
- (0803X) Site Glen (début : 2015-05-15)
- (0845X) Centre hospitalier de l'Université de Montréal (début : 2017-10-08)
- (0030X) Hôpital St-Luc du CHUM (fin : 2017-10-07)
- (0006X) Hôtel-Dieu du CHUM (fin : 2017-11-04)
- (0020X) Hôpital Notre-Dame du CHUM (fin : 2017-11-25)
- (0019X) Hôpital neurologique de Montréal
- (0027X) Hôpital Sacré-Coeur de Montréal
- (0116X) CHUS - Hôpital Fleurimont
- (0203X) Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval

2. Une fois par cent quatre-vingts (180) jours, cet honoraire peut être payé pour une réévaluation du patient effectuée soit par le même médecin, soit par un autre médecin de la clinique.

3. L'honoraire prévu pour cet acte comprend tout autre traitement alors dispensé par le médecin.

4. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 17* du 30 mai 1988 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de mai 1991.

MARC-YVAN CÔTÉ

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 8

CONCERNANT LE PAIEMENT DE CERTAINS TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie paie le coût des traitements physiatriques dispensés en cabinet par le médecin lui-même;

2. La Régie défraie, en vertu d'un programme du ministre de la Santé et des Services sociaux, le coût de certains traitements physiatriques dispensés en clinique de physiothérapie énumérées en annexe des présentes lorsque ceux-ci sont dispensés à un patient âgé de soixante-cinq (65) ans ou plus; *(voir l'annexe I à la page suivante)*

Ces traitements doivent, pour être rémunérés, être dispensés dans une clinique de physiothérapie soumise à l'autorité de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et désignée à cette fin par les parties selon les modalités ci-après déterminées;

3. Une clinique de physiothérapie soumise à l'autorité de la Corporation professionnelle des médecins du Québec est, aux fins des présentes, désignée par les parties lorsque cette clinique répond, sur la foi d'un rapport de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, aux critères d'excellence établis par cette Corporation en matière d'inspection professionnelle;

4. Une clinique de physiothérapie qui ne répond pas aux critères mentionnés au paragraphe précédent, peut présenter aux parties une demande de désignation dès lors qu'elle peut, sur la foi d'un rapport provenant de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, établir qu'elle répond, en matière d'inspection professionnelle, aux critères établis par cette Corporation;

5. Toute demande de désignation adressée aux parties doit contenir copie du rapport de la Corporation professionnelle des médecins du Québec attestant qu'une clinique de physiothérapie soumise à l'autorité de cette Corporation répond aux critères établis par celle-ci, en matière d'inspection professionnelle;

6. Les traitements physiatriques sont les suivants :

00671 chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672 électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)
00673 ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674 exercices de rééducation, respiration
00675 hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676 mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677 ultra-sons
00678 ultra-violet
00670 T.E.N.S.
00686 techniques de mobilisation (traitement par approche musculo-squelettique spécifique)

7. Lorsque les traitements physiatriques sont dispensés dans une clinique de physiothérapie désignée, cette dispensation est effectuée par du personnel auxiliaire;

8. La tarification par séance, peu importe le type et le nombre de traitements dispensés, est prévue à la rubrique « Traitements physiatriques » de la section « ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES ».

AVIS **:** *Les cliniques de physiothérapie désignées sont codifiées **341XX**.*

9. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 23* du 8 mai 1990 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de mai 1991.

MARC-YVAN CÔTÉ	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Président Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I (Lettre d'entente no 8)

Liste des cliniques de physiothérapie désignées aux fins de la *Lettre d'entente n° 8* (1991) concernant le paiement de certains traitements physiatriques

34103 Clinique de physiothérapie Grand'Mère, 790, 4e Rue, Grand'Mère (Qc) (90-06-04)

34105 Clinique de Réadaptation Côte-des-Neiges, 6555, Côte-des-Neiges, Suite 310, Montréal (Qc) (90-06-04)

34108 Clinique de physiatrie Métro-Longueuil, 100, Place Charles-Lemoyne, suite 205, Longueuil (Qc) (95-04-15)

AVIS **:** *Cette liste est modifiée par les accords nos 16, 38, 68, 131, 209, 219 et 271*
Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour la clinique désignée.

LETTRE D'ENTENTE No 20

CONCERNANT CERTAINS SERVICES RELIÉS À L'EXAMEN D'UN ENFANT DE MOINS DE DIX-HUIT (18) ANS SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie défraie, en vertu d'un programme du ministre de la Santé et des Services sociaux, le coût des services suivants :

la prise en charge d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans en situation d'urgence par le médecin auquel cet enfant est dirigé afin de déterminer s'il est victime de mauvais traitements;

sauf lorsque le médecin est rémunéré à titre d'expert, la présence du médecin à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements.

2. Mauvais traitements et tarification applicable :

09070	prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport	116,10 $
09073	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans	46,25 $

3. Présence du médecin et tarification applicable :

09077	dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure	137,50 $

4. La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas sujette à l'application de l'annexe IX de l'entente générale.

AVIS **:** *Voir les codes de facturation sous l'onglet* B – Consultation, examen et visite *du* Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur au moment de sa signature et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de juin 1992.

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

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 38

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICAUX DISPENSÉS DANS UNE INSTALLATION EXPLOITÉE PAR UN ORGANISME PRIVÉ DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES SOUFFRANT D'ALCOOLISME OU D'UNE AUTRE TOXICOMANIE, OU DES DEUX.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les actes médicaux dispensés dans une installation susmentionnée, désignée en annexe I des présentes, sont rémunérés selon la nomenclature et le tarif à l'acte applicables en cabinet.

2. L'annexe précitée est modifiable par accord des parties.

3. Cette lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 25* du 28 octobre 1992.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Toutefois, en ce qui a trait au Pavillon Ivry (Ivry-sur-le-Lac), à l'Auberge du Nouveau Chemin (Val-David) ainsi qu'à la Maison Trait d'union (St-Alphonse de Rodriguez), elle prend effet le 1er septembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22e jour de mars 1994.

LUCIENNE ROBILLARD	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Président Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I (Lettre d'entente no 38)

Liste des installations exploitées par un organisme privé de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme ou d'une autre toxicomanie, ou des deux, aux fins de la Lettre d'entente n° 38 (1994)

Région 06 : Montréal-Centre

Maison Jean Lapointe Inc. (Montréal) (91-07-08)

Clinique du Nouveau Départ (00-04-01)

Région 14 : Lanaudières

Maison Trait d'union (St-Alphonse de Rodriguez) (93-09-01)

Région 15 : Laurentides

Pavillon Ivry (Ivry-sur-le-Lac) (93-09-01)

Auberge du Nouveau Chemin (Val-David) (93-09-01)

AVIS **:** *Cette annexe a été modifiée par l'Accord n° 378.*

LETTRE D'ENTENTE No 44

AYANT POUR OBJET LES MODALITÉS D'APPLICATION DU PARAGRAPHE 8.01 DE L'ANNEXE XIV DE L'ENTENTE.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En conformité avec les dispositions du paragraphe 8.01 de l'annexe XIV de l'Entente, sont exclues de l'application des dispositions de cette annexe les rémunérations versées en vertu des dispositifs suivants :
   a) l'article 30.00 de l'Entente (dépannage);
   b) l'Accord n° 4 concernant le système d'évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ);
   c) l'Entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie;
   d) l'Accord n° 5 concernant la rémunération de médecins agissant à titre de chirurgiens au Centre hospitalier Baie des - Chaleurs (Maria) et au Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie;
2. La présente lettre d'entente prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 56

Le 29 mars 1993, les parties signaient la *Lettre d'entente n° 28* qui fut abrogée par l'*Amendement n° 50* du 22 mars 1994 et qui concernait la rémunération de **l'avortement** et de l'examen dispensé, le même jour, dans une clinique de planification des naissances, par un médecin autre que celui qui effectue l'avortement.

Compte tenu de la pertinence de conserver certains éléments contenus dans cette lettre,

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'avortement effectué dans la clinique de planification des naissances d'un centre exploité par un établissement désigné en annexe I des présentes est rémunéré selon l'honoraire global prévu au tarif.

2. Par exception, l'honoraire global précité ne couvre pas le coût de l'examen dispensé, le même jour, dans le centre visé, par un médecin autre que celui qui effectue l'avortement.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 1993 sauf en ce qui a trait à l'établissement qui exploite le Centre hospitalier de l'université Laval (CHUL), dans lequel cas elle prend effet le 18 septembre 1990. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de avril 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I (Lettre d'entente no 56)

Liste des centres désignés aux fins des présentes :

1) Centre hospitalier de l'université Laval (CHUL), clinique de planification des naissances

LETTRE D'ENTENTE No 57

AYANT POUR OBJET DES STIPULATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINS SERVICES MÉDICAUX RELIÉS À UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE DISPENSÉS DANS LE LOCAL DE CERTAINS ORGANISMES PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Est visé aux fins des présentes un acte médical qui, relié à une interruption volontaire de grossesse, est identifié, à la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V de l'Entente, sous l'un des codes d'acte suivants : 06902, 06905, 06908, 06909, 06938 et 06939.

2. Lorsqu'il est dispensé dans le local d'un organisme privé à but non lucratif désigné à l'annexe I ci-jointe, cet acte médical est rémunéré à l'acte, selon la tarification applicable en cabinet, à la condition qu'il y ait entente entre l'organisme et le médecin quant aux coûts que ce dernier aura à assumer relativement à l'utilisation des locaux et d'autres services. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

3. Le montant de la rémunération relative à la dispensation de cet acte n'est pas sujet, lorsque le plafond trimestriel du médecin est atteint, à la réduction prévue à l'article 18 de l'annexe IX de l'Entente.

4. Cette lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1er décembre 1994. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de juillet 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Président Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I (Lettre d'entente no 57)

Liste des établissements désignés aux fins de la *Lettre d'entente n° 57* ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une **interruption volontaire de grossesse** dispensés dans le local de certains organismes privés à but non lucratif.

Région de la Mauricie / Bois-Francs (04)

56001 Centre de santé des femmes de la Mauricie
1700, St-Olivier
Trois- Rivières (Québec) G9A 4C7

Région de Montréal-Centre (06)

56002 Centre de santé des femmes de Montréal
16, boul. St-Joseph est
Montréal (Québec) H2T 1G8

Région de l'Outaouais (07)

56003 Clinique des femmes de l'Outaouais

44, rue Jeanne-d'Arc
Hull (Québec) J8Y 2H2

LETTRE D'ENTENTE No 61

CONCERNANT L'INSTAURATION DE NOUVEAUX PROGRAMMES

CONSIDÉRANT que le ministre de la Santé et des Services sociaux a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux;

CONSIDÉRANT que dans l'exercice de ces fonctions, le Ministre a le pouvoir de proposer et de développer de nouveaux programmes;

CONSIDÉRANT l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale prédéterminée devant servir à la rémunération des médecins pour la durée de l'accord-cadre intervenu en date du 22 janvier 1996;

CONSIDÉRANT que la rémunération des services rendus par les médecins, dans le cadre des programmes dont l'administration est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec, est assumée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Discuter de l'impact de tout nouveau programme institué par la loi ou le gouvernement dont l'administration est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec sur une enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'accord-cadre susmentionné et des mesures à prendre. Ces discussions pourront également porter sur d'autres programmes institués par le Ministre après la signature des présentes, impliquant la participation des médecins et ayant un impact sur une enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 68

AYANT POUR OBJET LA RÉOUVERTURE DES NÉGOCIATIONS EN VUE DU RENOUVELLEMENT DE L'ENTENTE GÉNÉRALE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La signature du protocole d'accord intervenue en date du 16 décembre 1997 emporte, pour le Ministre et la Fédération, l'obligation d'examiner et de traiter prioritairement, lors de la réouverture des négociations en vue du renouvellement de l'Entente, des questions suivantes :

a) la finalisation du dossier des frais de pratique;

b) la détermination des politiques applicables, à moyen et long termes, en matière de gains d'efficience;

c) les effets sur l'enveloppe budgétaire globale de l'ajout net d'effectifs médicaux, de l'impact du virage ambulatoire, dont le transfert de certains examens maintenant effectués par les médecins omnipraticiens, de la hiérarchisation des soins, et les rajustements conventionnels alors requis;

d) l'introduction de nouveaux modes de rémunération;

e) les conditions de participation des médecins à certains projets-pilote à financement conjoint fédéral-provincial, ainsi que toutes modalités de financement s'y rapportant.

2. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16e jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 69

CONCERNANT LA RATIONALISATION DES SERVICES MÉDICAUX

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Finaliser le dossier de la rationalisation des services médicaux d'ici le 1er juillet 1997 en convenant, pour fins de modifications réglementaires, de l'identification des services non médicalement requis ainsi que, pour fins conventionnelles, de l'évaluation monétaire s'y rapportant.

2. Réallouer, jusqu'à concurrence de 10 M$, les économies réalisées aux priorités suivantes :

l'actualisation de programmes visant des clientèles prioritaires plus particulièrement en ce qui a trait à la rémunération des soins médicaux à domicile, de la garde en disponibilité assurée pour les bénéficiaires hébergés en soins de longue durée et pour ceux du programme de maintien à domicile ainsi qu'à la rémunération des services dispensés dans le service d'urgence de certains centres hospitaliers. À ces fins, de nouveaux modes de rémunération pourront être considérés;

la rémunération de certaines tâches médico-administratives, particulièrement celles reliées à l'organisation régionale des soins médicaux;

la correction de certains problèmes reliés à la rémunération différente, particulièrement en ce qui a trait aux communautés en pénurie d'effectifs médicaux et, en régions universitaires, aux centres d'hébergement et de soins de longue durée;

après évaluation des parties, le financement des coûts additionnels reliés aux services médicaux dispensés dans le cadre du nouveau programme de dépistage du cancer du sein incluant la rémunération du coordonnateur clinique régional.

3. Les imputations en cause étant effectuées, établir le solde en découlant et, le cas échéant, rajuster l'enveloppe budgétaire globale en conséquence.

4. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16e jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 74

AYANT POUR OBJET LE STATUT PROFESSIONNEL DU DOCTEUR PATRICE LAFLAMME DONT LE NUMÉRO DE PERMIS ÉMIS PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC EST 95-376

ATTENDU que le docteur Patrice Laflamme est un médecin spécialiste qui a complété sa formation en médecine familiale après avoir obtenu son certificat de spécialiste en santé communautaire;

ATTENDU qu'une attestation du Collège signée par le docteur Joëlle Lescop, secrétaire générale, certifie que le docteur Patrice Laflamme a rempli toutes les conditions nécessaires pour que le Collège des médecins du Québec reconnaisse sa compétence en médecine familiale suite à un programme de formation de deux ans et la réussite à l'examen de médecine familiale en novembre 1997;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme pratique comme médecin omnipraticien;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme demande d'adhérer à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);

COMPTE TENU que le paragraphe 2.01 de l'Entente prévoit que le Ministre reconnaît la Fédération comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* au nom et pour tous les médecins qui ne détiennent pas de certificat de spécialité du Collège des médecins du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, malgré le paragraphe 2.01 de l'Entente, le docteur Patrice Laflamme, en autant qu'il exerce en médecine familiale, est considéré membre de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de ce fait est régi exclusivement par l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et par tout décret du gouvernement visant les médecins omnipraticiens.

2. Cette reconnaissance s'applique exclusivement au docteur Patrice Laflamme. Elle ne peut, d'aucune façon, être interprétée et appliquée à un médecin qui, avant ou après avoir obtenu un certificat en spécialité du Collège des médecins du Québec, a satisfait aux exigences de celui-ci pour exercer en médecine familiale.

3. L'exercice du docteur Patrice Laflamme, en médecine familiale, est révisé annuellement par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale. Le comité paritaire informe la Régie du résultat de cette révision.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 12 janvier 1998. Elle le demeure jusqu'à ce que le docteur Patrice Laflamme cesse d'exercer en médecine familiale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2e jour de septembre 1999.

JEAN ROCHON

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 87

CONCERNANT LA GARDE AUX POINTS DE SERVICES DE GRANDE-VALLÉE ET DE MURDOCHVILLE DU CLSC MER ET MONTAGNES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Toutes les conditions de rémunération prévues par l'entente générale et par l'entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré s'appliquent, sauf en ce qui a trait à la rémunération de la garde en disponibilité.

2. La garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes et, sous réserve du paragraphe suivant, à la moitié du taux horaire pour le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***002081***.

3. Malgré le paragraphe 5.04 de l'annexe XIV de l'Entente, les modificateurs inscrits sous la colonne 3 du paragraphe 5.01 s'appliquent à la rémunération de la garde en disponibilité.

4. Pour chacun des points de services visés, la rémunération de la garde en disponibilité prévue par la présente lettre d'entente n'est payable, pour une même période et pour un même service d'urgence, qu'à un seul médecin et à la condition qu'aucun médecin n'assure de présence au CLSC pour la période concernée.

5. Les heures de présence-médecin au CLSC sont maintenues à un minimum de 59 heures par semaine.

6. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 39*. Elle entre en vigueur le 1er janvier 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2e jour de septembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 101

CONSIDÉRANT LE FINANCEMENT DES COÛTS DÉCOULANT DE L'ÉMISSION DE PERMIS RESTRICTIFS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La rémunération des médecins à qui le Collège des médecins du Québec décerne un permis restrictif après le 1er avril 2000 n'est pas considérée aux fins de la détermination de tout dépassement ou non atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de septembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 104

ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX À LA POPULATION DE MALARTIC

PRÉAMBULE

La présente lettre d'entente est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

ATTENDU que la population de Malartic est éloignée de plus de vingt-six (26) km du service d'urgence de première ligne le plus près;

ATTENDU le nombre important de personnes habitant Malartic et les environs;

ATTENDU que cette population est plus âgée que dans les autres secteurs de la région, plus affligée sur le plan socio-économique et moins mobile;

ATTENDU que les services de transport en commun y sont inexistants;

CONSIDÉRANT que le centre hospitalier de Malartic est un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP);

CONSIDÉRANT que le service d'urgence du CHSP est devenu un point de service du Centre de Santé Vallée de l'Or dans le cadre d'une réorganisation des services de première ligne;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux et l'impossibilité de répondre aux besoins de services médicaux d'urgence de première ligne;

CONSIDÉRANT les difficultés de recruter de nouveaux médecins;

CONSIDÉRANT la vulnérabilité du réseau intégré de soins dispensés à la population de Malartic;

CONSIDÉRANT que ledit réseau fait l'objet d'un projet d'expansion pour la population de Val d'Or requérant des soins psychiatriques;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE

1.01 L'équipe médicale de Malartic s'engage à offrir, sur place, des services médicaux d'urgence de première ligne à la population de Malartic selon des plages horaires couvrant une période minimale quotidienne de six (6) heures, sept (7) jours semaine;

1.02 Sous réserve d'un recrutement suffisant d'effectifs médicaux, la période d'accessibilité aux services médicaux d'urgence de première ligne devra couvrir graduellement une période quotidienne de douze (12) heures sur sept (7) jours semaine.

2.00 PARTICIPATION

2.01 Le médecin qui est détenteur d'une nomination du Centre de Santé Vallée de l'Or et qui participe à la dispensation des soins au service d'urgence de première ligne, bénéficie des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

3.00 MESURES DE RÉTENTION

3.01 Le médecin qui participe à la dispensation des soins médicaux d'urgence de première ligne est rémunéré, pour ces services, conformément au paragraphe 2.1 de l'annexe XII de l'Entente comme si dispensés dans un des établissements visés à ce paragraphe.

AVIS **:** *Les modes de rémunération sont ceux prévus à l'article 3.00 de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.*

4.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2001 et le demeure jusqu'à la révision, par les parties, des ententes particulières relatives au réseau de garde intégré.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 105

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICAUX DISPENSÉS DANS LE CADRE DU DÉPANNAGE DANS CERTAINS POINTS DE SERVICE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. Sous réserve de l'article 2 de la présente lettre d'entente, les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte de l'Hôpital Chibougamau Limitée relatives aux services médicaux dispensés dans le cadre du dépannage par le médecin désigné selon les modalités de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent lorsque ces services sont dispensés dans les points de services suivants:

- Point de services Chapais
- Point de services Matagami.
- Point de services Lebel sur Quevillon

2. La garde en disponibilité faite en plus des services rémunérés selon le *per diem* prévue au paragraphe 6.02 a) de l'entente relative à l'Hôpital Chibougamau Limitée n'est pas rémunérée contrairement aux dispositions apparaissant à ce même paragraphe.

3. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 58* du 22 janvier 1996. Elle prend effet le 11 février 2001 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 114

CONCERNANT LA CRÉATION D'UN COMITÉ DE GESTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de bien planifier les effectifs médicaux en médecine générale;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de poursuivre les efforts déployés jusqu'à présent en vue d'assurer la répartition géographique des médecins omnipraticiens sur l'ensemble du territoire québécois;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux généraux et la prise en charge de la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille;

ATTENDU qu'il y a lieu d'arrêter certaines mesures permettant l'atteinte de ces objectifs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Lorsque les travaux portent sur l'organisation des services en médecine générale au sein d'une région spécifique, le chef du département de médecine générale de l'agence concernée, participe également au comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens ainsi que de représentants des établissements qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

2. Le comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale a pour fonction d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, le tout afin d'assurer une accessibilité optimale aux services médicaux en médecine générale de première et deuxième ligne et une prise en charge pour la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille. À cette fin, le comité exerce notamment les attributions suivantes, sur le plan local, régional et provincial :

a) Il évalue les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post-doctorale en médecine;

b) Il identifie les besoins prioritaires en effectifs médicaux en médecine générale de première et de deuxième ligne et définit les objectifs de répartition;

c) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux généraux;

d) Le cas échéant, il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, les plans régionaux d'organisation des services et les plans régionaux des effectifs médicaux relatifs aux services de médecine générale;

e) Il donne son avis sur tout projet concernant la prestation des services médicaux généraux;

3. Dans le cadre de l'exercice de ses attributions, le comité tient compte, notamment, des besoins de la population en matière de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne, des effectifs médicaux disponibles en médecine générale et de leur répartition dans les différentes régions et dans les différents territoires de MRC et communautés urbaines. De plus, il tient compte des prévisions de l'évolution de ces effectifs, des mesures incitatives déjà existantes, des modes d'organisation des services et des masses critiques d'effectifs médicaux nécessaires, sur une base locale et régionale, pour assurer un panier de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne adéquat.

4. Afin de favoriser l'atteinte des objectifs qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions, dans certains territoires de MRC et communautés urbaines ainsi que dans certains centres hospitaliers, le comité peut recommander la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

a) La révision de certains plans d'organisation d'établissement, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans régionaux d'organisation des services relatifs à la médecine générale;

b) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains territoires de MRC ou communautés urbaines et dans certains établissements insuffisamment pourvus en médecins omnipraticiens;

c) La conclusion d'ententes de services interétablissements;

d) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet de médecins omnipraticiens;

e) Le soutien financier, logistique et informationnel de projets d'organisation de services médicaux généraux de première ligne.

5. Le comité évalue les résultats découlant de l'application des mesures identifiées à l'article 4 en regard des objectifs visés.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13e jour de mars 2002.

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 116

CONCERNANT L'EXPÉRIMENTATION DE CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS QUI EXERCENT DANS LE CADRE DU CENTRE MÉDICAL ACTON OU DU CLSC LA CHÊNAIE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services dispensés au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie.

2.0 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.0 MÉDECINS RÉGULIERS

3.01 Est considéré comme médecin régulier aux fins de la présente lettre d'entente le médecin dont la pratique en cabinet se situe principalement, c'est-à-dire à plus de 75 % de sa pratique totale en cabinet, au Centre médical Acton.

3.02 La rémunération du médecin régulier provenant de sa pratique auprès du Centre médical Acton ou auprès du CLSC La Chênaie est comptée dans le calcul de son plafond individuel aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale mais n'est pas sujette à la réduction qui y est prévue.

4.0 ENGAGEMENT INDIVIDUEL

4.01 Est visé par les dispositions du présent article tout médecin qui n'est pas un médecin régulier au sens de la présente lettre d'entente, dont la pratique principale se situe à l'extérieur de la municipalité d'Acton Vale et qui s'engage à assurer pendant deux trimestres l'équivalent d'au moins une (1) journée de services médicaux par semaine au Centre médical Acton soit un total de vingt-deux (22) jours répartis de façon égale sur les deux (2) trimestres couverts par l'engagement. Cet engagement implique que le médecin est sur place au moins sept (7) heures par journée de services médicaux.

4.02 La rémunération des services dispensés par ce médecin au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie n'est pas comptée dans le calcul du plafond individuel du médecin aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale ni sujette à réduction.

4.03 Un forfait est versé au médecin pour chaque journée de dispensation des services médicaux au Centre médical Acton conformément à son engagement de départ pour un maximum de cinq (5) forfaits par semaine. Le montant du forfait est de 117,40 $ au 1er septembre 2018 et de 118,55 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation **19008** et le numéro d'établissement 54005 (Centre médical Acton).*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.04 Le non-respect de l'engagement du médecin qui ne peut être pallié par un médecin remplaçant et qui se traduit par une diminution de service au Centre médical Acton pendant une journée d'engagement donne lieu à l'application d'une pénalité au médecin de 117,40 $ au 1er septembre 2018 et de 118,55 $ au 1er octobre 2019 et cela pour chaque journée pendant laquelle il ne respecte pas l'engagement de départ et qu'il ne peut être remplacé.

4.05 L'engagement du médecin est renouvelable pour un (1) ou plusieurs trimestres au sens de l'annexe IX de l'entente générale.

5.0 ENGAGEMENT DE GROUPE

5.01 Est visé par les dispositions du présent article tout médecin qui n'est pas un médecin régulier au sens de la présente lettre d'entente, dont la pratique principale se situe à l'extérieur de la municipalité d'Acton Vale et qui fait partie d'un groupe de médecins qui prend l'engagement d'assurer, au Centre médical Acton, la dispensation de services médicaux à raison de cinq (5) jours par semaine pendant vingt-deux (22) semaines réparties sur deux (2) trimestres. Cet engagement implique la présence sur place d'un médecin pendant au moins sept (7) heures par jour et cela cinq (5) jours par semaine.

5.02 La rémunération des services dispensés par un médecin du groupe au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie n'est pas comptée dans le calcul du plafond individuel du médecin aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale ni sujette à réduction.

5.03 Un forfait par jour pour un maximum de cinq (5) forfaits par semaine est versé au médecin du groupe responsable durant cette journée de dispensation des services médicaux au Centre médical Acton. Le montant du forfait est de 117,40 $ au 1er septembre 2018 et de 118,55 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation **19008** et le numéro d'établissement 54005 (Centre médical Acton).*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.04 Le non-respect de l'engagement d'un médecin qui ne peut être pallié par un médecin remplaçant et qui se traduit par une diminution de services au Centre médical Acton pendant une journée où sa présence était requise donne lieu à l'application d'une pénalité au médecin en faute de 117,40 $ par jour au 1er septembre 2018 et de 118,55 $ par jour au 1er octobre 2019 et cela pour chaque journée pendant laquelle il ne respecte pas l'engagement de départ et qu'il ne peut être remplacé.

5.05 L'engagement du groupe de médecins peut être renouvelé pour un ou plusieurs trimestres au sens de l'annexe IX de l'entente générale même si les médecins qui assurent la continuité ne font pas tous partie du groupe de départ.

5.06 Un médecin qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut se prévaloir, pendant la période de l'engagement, des dispositions de l'article 4.00.

6.0 MÉDECIN RETRAITÉ

6.01 Un médecin qui s'est prévalu des dispositions du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté peut être autorisé, malgré les dispositions de la *Lettre d'entente n° 94*, à exercer au Centre médical Acton.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :
- *la période de nomination;*
- *la situation d'entente* Lettre d'entente n° 116.

Aucune heure ne doit être précisée puisque le médecin est rémunéré à l'acte.

6.02 Ce médecin est rémunéré selon le mode de l'acte lorsqu'il exerce au Centre médical Acton. Il ne peut se prévaloir des dispositions de l'article 4.00 et du paragraphe 5.03 des présentes.

7.0 AUTRES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

7.01 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'un des articles 4.00, 5.00 ou 6.00 et dont le lieu de pratique principale ou le lieu de résidence dans le cas du médecin retraité se situe à plus de vingt-cinq (25) kilomètres d'Acton Vale peut se prévaloir des dispositions suivantes :

Le temps de déplacement du lieu principal de pratique ou, le cas échéant, du domicile au Centre médical Acton est compensé sur la base du tarif horaire selon les dispositions de la partie II de l'annexe XIV de l'entente générale;

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

Les frais de transport sont remboursés selon les dispositions prévues à l'alinéa a) du paragraphe 30.05 de l'entente générale.

8.0 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

8.01 Les médecins du Centre médical Acton confient à un des leurs la responsabilité de l'application de la présente lettre d'entente en regard des points suivants :

Recevoir la demande de tout médecin ou tout groupe de médecins intéressé à se prévaloir des dispositions de l'article 4.00, 5.00 ou 6.00 des présentes;

Préciser et convenir, par écrit, de l'engagement du médecin ou du groupe de médecins;

Informer le comité paritaire, prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, du nom du médecin ou des médecins concernés et de la période couverte par l'engagement;

Transmettre au comité la liste de garde pour la période couverte par l'engagement et toute modification à cette liste de garde;

Informer le comité du nom des médecins dont la demande n'aura pas été agréée par les médecins du Centre médical Acton;

Au plus tard un mois suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, informer le comité de tout non-respect de l'engagement et cela pour chacune des journées pour lesquelles il y aura eu manquement à l'engagement. Le comité doit être informé du nom du médecin en cause ainsi que de la journée pendant laquelle il y aura eu non-respect de l'engagement.

8.02 Le comité paritaire transmet à la Régie le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de la présente lettre d'entente.

8.03 Il transmet également le nom du médecin qui ne respecte pas son engagement ainsi que la date des journées au cours desquelles le médecin n'a pas respecté son engagement au plus tard six (6) semaines suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale.

9.0 MISE EN VIGUEUR

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mars 2002 sauf pour son article 3.00 qui entre en vigueur le 1er décembre 2001. Elle demeure en vigueur jusqu'au 31 août 2003.

AVIS **:** *Depuis le 31 août 2004, seul le médecin qui se prévalait de cette lettre d'entente à cette date peut encore être rémunéré selon ses dispositions. Cette autorisation est accordée et prolongée pour une période indéterminée jusqu'au renouvellement de l'Entente.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 130

CONCERNANT L'EXPÉRIMENTATION DE CERTAINES MODALITÉS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DES SERVICES DISPENSÉS DANS LE CADRE D'UNE ENTENTE DE PARRAINAGE ENTRE LES SERVICES D'URGENCE DE DEUX OU DE PLUSIEURS ÉTABLISSEMENTS

CONSIDÉRANT que les établissements désignés aux fins des présentes ont convenu d'une entente de services selon les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter, dans le cadre d'une entente de services convenue entre un établissement ou plus d'un établissement en pénurie d'effectifs médicaux (ci-après nommé établissement parrainé) et un ou plusieurs établissements (ci-après nommé établissement parrain), certaines modalités de rémunération des services dispensés au service d'urgence de l'établissement parrainé par les médecins de l'établissement parrain.

Une telle entente peut aussi être conclue entre deux installations du même établissement lorsque chaque installation dessert un réseau local de services distinct.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

3.01 Un établissement ne peut être désigné comme établissement parrainé que s'il adhère à une lettre d'entente visant, au plan de la rémunération, la reconnaissance de la prestation supplémentaire de ses médecins à son service d'urgence;

3.02 Un établissement peut être désigné comme établissement parrain s'il répond aux conditions suivantes :

- l'entente de services convenue entre l'établissement parrainé et l'établissement parrain est agréée par la majorité des médecins qui exercent au service d'urgence de l'établissement parrain;
- l'entente de parrainage n'entraîne pas de diminution de la prestation des services d'urgence de l'établissement parrain;
- l'établissement ne fait pas appel au dépannage.

3.03 L'annexe aux présentes fait état, pour chaque entente de parrainage, de la désignation de l'établissement parrainé et de l'établissement parrain, du nombre minimal de gardes que chaque établissement parrain s'engage à assumer ainsi que de la période d'application;

3.04 Dans le cas où un parrainage implique plus d'un établissement parrain, le nombre de gardes qui apparaît en annexe est le nombre total auquel s'engagent ensemble les médecins des établissements. Toutefois, les articles 4.00 et 5.00 des présentes s'appliquent, de façon distincte, pour les médecins de chacun des services d'urgence des établissements impliqués;

3.05 La désignation des établissements se fait par accord des parties sur recommandation du comité paritaire prévu au paragraphe 6.02 des présentes.

4.00 ENGAGEMENT

4.01 Les médecins du service d'urgence de l'établissement parrain s'engagent à assumer un nombre minimal de gardes par mois à l'établissement parrainé pendant un an. Cet engagement représente une prestation de services supplémentaires pour ces médecins. Également cet engagement peut être révisé après six mois d'application de la présente entente. Il ne peut être prolongé à moins d'accord des parties;

4.02 Un médecin de l'établissement parrain est désigné comme coordonnateur du parrainage;

4.03 Pendant une phase de démarrage d'au plus deux mois précédant le début de la période d'application, les dispositions de l'article 5.00 s'appliquent à l'exception du paragraphe 5.05;

4.04 Sur approbation du comité paritaire, cet engagement peut être révisé à la baisse eu égard au nombre minimal de gardes à assumer, ou annulé, s'il s'avère que la disponibilité des effectifs médicaux pour le service d'urgence de l'établissement parrainé augmente ou que les effectifs médicaux du service d'urgence de l'établissement parrain diminuent de façon significative. L'établissement parrain doit en aviser l'établissement parrainé au moins un mois à l'avance.

Le comité paritaire peut également réviser à la baisse ledit engagement pour tout motif qu'il juge satisfaisant.

5.0 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Sous réserve des paragraphes suivants, les dispositions s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au médecin de l'établissement parrain lorsqu'il exerce au service d'urgence de l'établissement parrainé;

5.02 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement parrainé par un médecin du service d'urgence de l'établissement parrain est majorée d'un pourcentage de 15 % applicable sur le tarif de base;

5.03 Pour chaque garde régulière assumée au service d'urgence de l'établissement parrainé par un médecin de l'établissement parrain, une prime de 177 $ au 1er septembre 2018 et de 179 $ au 1er octobre 2019 est accordée à l'ensemble des médecins du service d'urgence de l'établissement parrain. Cette prime n'est pas sujette à l'application de l'annexe XII;

5.04 Les médecins du service d'urgence décident du mode de répartition entre eux des primes accordées en vertu du paragraphe précédent. Le coordonnateur transmet, à tous les mois, au comité paritaire, le nom des médecins et les montants alloués à chacun selon le mode de répartition retenu;

5.05 L'engagement des médecins de l'établissement parrain relatif au nombre minimal de gardes doit être respecté pour chacun des mois de la période d'application d'un an de la présente lettre d'entente. Le non-respect de cet engagement, pour un mois donné, entraîne, pour ce mois, l'annulation des dispositions prévues au paragraphe 5.03 à moins d'exemption accordée par le comité paritaire;

5.06 Un forfait de 4 690 $ au 1er septembre 2018 et de 4 737 $ au 1er octobre 2019 est versé au médecin coordonnateur pour la rémunération de l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de l'élaboration de l'entente de services entre les établissements concernés, de sa mise en place ainsi que de son application. Dans le cas où une entente de parrainage implique plus d'un établissement parrain, ce forfait peut être réparti entre plusieurs coordonnateurs. Un des établissements parrains en informe le comité paritaire et lui transmet le nom des médecins concernés ainsi que le montant qui est alloué à chacun;

5.07 Une somme de 3 000 $ du forfait prévu au paragraphe précédent est versée au début de la période d'engagement et la somme résiduelle de 1 690 $ au 1er septembre 2018 et de 1 737 $ au 1er octobre 2019 est versée au début de la deuxième période de six mois de la période d'engagement.

AVIS **:** *Les primes et le forfait pour le médecin coordonnateur n'ont pas à être facturés. Le comité paritaire avise la RAMQ quant aux sommes à payer.*

6.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

6.01 Le coordonnateur du parrainage est responsable, notamment :

de transmettre au comité paritaire la liste des médecins du service d'urgence de l'établissement parrain qui acceptent d'assumer des gardes à l'établissement parrainé;

de transmettre les informations requises pour l'application, s'il y a lieu, des dispositions des paragraphes 5.04 et 5.06;

d'aviser le comité paritaire de toute difficulté relative à la réalisation de l'entente de parrainage;

6.02 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

il transmet à la Régie toutes les informations requises pour l'application des dispositions de la présente lettre d'entente;

s'il y a lieu, il informe la Régie du non-respect, pour un mois donné, de l'engagement;

il informe la Régie, le cas échéant, du retrait de la désignation de l'établissement parrain de la présente lettre d'entente;

il est responsable du suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties le cas échéant.

7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20e jour de janvier 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1 (Lettre d'entente no 130)

Établissement parrain	Établissement parrainé	Nombre minimal de garde	Période d'application
CH de Lévis et CH de Montmagny	CH St-Georges de Beauce	**12**	01-05-2004 au 31-01-2005

AVIS **:** *La présente annexe est modifiée par l'*Accord n° 542.

LETTRE D'ENTENTE No 131

CONCERNANT LE PROGRAMME DE RESSOURCEMENT EN MÉDECINE HOSPITALIÈRE, URGENCE ET COURTE DURÉE, D'UNE RÉGION EN PÉNURIE D'EFFECTIFS MÉDICAUX

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 CONDITIONS D'APPLICATION

1.01 Les dispositions de la présente lettre d'entente s'appliquent aux installations d'une région en pénurie d'effectifs médicaux désignée par le comité paritaire;

1.02 Le département régional de médecine générale (DRMG) doit élaborer son programme de ressourcement. Ce programme de ressourcement doit :

Tenir compte de l'accréditation des milieux de stages par le Collège des médecins du Québec et, en accord avec ce dernier, déterminer le mode de sélection des maîtres de stages;

Désigner les installations en grave pénurie d'effectifs médicaux où le médecin inscrit au programme de ressourcement pourra effectuer les gardes ou dispenser les services dans une unité de soins de courte durée selon l'engagement pris en vertu de la présente lettre d'entente;

Être approuvé par le comité paritaire;

Déterminer les termes de l'engagement attendu du médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente quant aux services à dispenser dans le service d'urgence ou à l'unité de soins de courte durée de l'installation désignée.

1.03 Sauf sur dérogation du comité paritaire, est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente le médecin qui :

Est en pratique depuis plus de quatre ans;

N'a pas pratiqué dans un service d'urgence ou dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier, de façon significative, depuis plus de quatre ans. N'est pas considérée comme une pratique dans un service d'urgence, une pratique limitée au service d'urgence mineure d'un établissement;

S'inscrit dans le programme de ressourcement du centre intégré de santé et de services sociaux ou, selon le cas, le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux;

Répond aux exigences du Collège des médecins du Québec;

S'engage à répondre aux attentes déterminées par l'établissement, par son DRMG, quant aux services à dispenser au service d'urgence ou dans l'unité de soins de courte durée de l'installation désignée;

Complète ses stages sur une période ne dépassant pas trois (3) mois, sauf sur approbation du comité paritaire.

2.00 ALLOCATIONS COMPENSATOIRES

2.01 Le médecin en stage de ressourcement reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 704,45 $ au 1er septembre 2018 et de 711,50 $ au 1er octobre 2019 pour une période de formation de huit (8) heures. L'allocation forfaitaire quotidienne est de 352,25 $ au 1er septembre 2018 et de 355,75 $ au 1er octobre 2019 pour une période de formation de quatre (4) heures.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19020** (stage de ressourcement pour une période de formation de **8 heures**) ou le code de facturation **19021** (stage de ressourcement pour une période de **4 heures**).*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.02 Il ne peut recevoir, pour la journée pendant laquelle il se prévaut de l'allocation forfaitaire, aucune autre rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence ou dans l'unité de soins de courte durée où il effectue son stage;

2.03 Pour le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet, une allocation supplémentaire de 206 $ au 1er septembre 2018 et de 208 $ au 1er octobre 2019 par journée de stage ou de 103 $ au 1er septembre 2018 et de 104 $ au 1er octobre 2019 par demi-journée de stage, est accordée pour compenser les frais de cabinet lorsque la journée de formation ou la demi-journée selon le cas, a lieu une journée pendant laquelle il aurait exercé en cabinet.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Aurait exercé en cabinet pendant la période du stage de ressourcement** *et l'un des codes de facturation suivant :*

*- **19020** pour une journée de stage;*

*- **19021** pour une demi-journée de stage.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.04 Les dispositions relatives à la compensation du temps de déplacement et du remboursement des frais de déplacement s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au médecin en stage de ressourcement visé aux présentes et, s'il y a lieu, au médecin maître de stages. Les frais de séjour sont à la charge de l'installation désignée;

2.05 La participation aux séances de formation en ATLS, APLS et ACLS est admissible aux dispositions de la présente entente;

2.06 Les dispositions du paragraphe 1.1.3 du préambule général de l'annexe V s'appliquent au médecin maître de stages;

2.07 Aux fins de l'annexe IX, les allocations versées en vertu des présentes sont considérées comme une rémunération versée pour des services dispensés dans un service d'urgence ou, selon le cas, dans une unité de soins de courte durée;

2.08 Le médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente ne peut se prévaloir des dispositions de l'annexe XIX relative au programme de formation continue pour les mêmes journées de formation ni, le cas échéant, de celles relatives au ressourcement prévues à l'annexe XII.

3.00 PROCÉDURES

3.01 L'établissement assume les fonctions suivantes :

Elle soumet, pour approbation, son programme de ressourcement au comité paritaire;

Elle transmet au comité paritaire le nom du médecin qui s'inscrit au programme de ressourcement, le nombre de journées de stages prévu ainsi que le nom du ou des médecins maîtres de stages et le nom des installations identifiées comme lieux de formation;

Elle établit les liens avec le Collège des médecins du Québec responsable de déterminer le nombre de journées de stages requis pour chaque médecin, les critères de sélection des maîtres de stages et des lieux de stages;

Elle s'assure du bon déroulement du stage de ressourcement;

Elle s'assure du respect de l'engagement du médecin quant aux services à dispenser dans le service d'urgence ou, selon le cas, dans l'unité de soins de courte durée, de l'installation désignée;

3.02 Le comité paritaire assume les fonctions suivantes :

Il approuve le programme de ressourcement de l'établissement;

Il transmet à la Régie le nom des médecins visés par la présente lettre d'entente;

Il évalue l'efficacité du programme de ressourcement après un an de fonctionnement.

4.00 MISE EN VIGUEUR

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS **:** *Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Sa prolongation fera partie d'un prochain amendement.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13e jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 132

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES SERVICES DE GARDE DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE, INTRARÉGIONALE ET INTERRÉGIONALE, DU SERVICE D'URGENCE PAR UN GROUPE DE MÉDECINS AUPRÈS D'UNE INSTALLATION DÉSIGNÉE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services de garde d'un service d'urgence de première ligne d'une installation dans le cadre d'une prise en charge de la couverture complète de ces services par un groupe de médecins.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 DÉSIGNATION DES INSTALLATIONS

3.01 Peut être désignée, sur recommandation du département régional de médecine générale, dans le cadre de l'expérimentation des modalités de rémunération prévues aux présentes, l'installation doit faire partie d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et remplir, à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, les conditions suivantes :

a) Ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie relativement aux effectifs requis en se basant, notamment, sur l'historique de l'installation quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins qui y exercent;

b) Le temps de déplacement pour se rendre au service d'urgence le plus rapproché est de plus de quarante-cinq (45) minutes;

c) Elle est située dans un territoire désigné par arrêté du Ministre conformément au 3e alinéa de l'article 19 de la Loi;

d) Elle est désignée dans le cadre d'une lettre d'entente concernant des modalités spécifiques de compensation de temps de déplacement dans le cadre de la desserte d'une installation désignée par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région sociosanitaire;

Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, exceptionnellement, par dérogation agréée par les parties négociantes et aux conditions qu'elles déterminent, un service d'urgence de première ligne d'un CLSC du réseau de garde intégré énuméré à l'Annexe I de l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains CLSC du réseau de garde intégré, peut, s'il rencontre les conditions énoncées aux alinéas précédents, être désigné aux fins de la présente lettre d'entente. Dans ce cas, les dispositions de la présente lettre s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires.

AVIS **:** *Pour la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, voir l'avis sous le paragraphe 8.01.*

3.02 L'Annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire ou par les parties négociantes aux fins de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements et des installations désignés à l'annexe I de la* Lettre d'entente nº 132.

4.00 CONDITIONS D'APPLICATION

4.01 Pour chaque installation désignée, le département régional de médecine générale, en collaboration avec les installations concernées, forme un groupe de médecins qui s'engagent à couvrir l'ensemble des quarts de garde au service d'urgence de l'installation désignée;

4.02 Peut faire partie du groupe de médecins prévu au paragraphe précédent :

a) tout médecin de l'installation désignée;

b) tout médecin exerçant dans la région de l'installation désignée et détenant une nomination dans une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

c) tout médecin qui exerce dans une autre région que celle de l'installation désignée et détenant une nomination d'une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

d) Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale peut être admissible à faire partie du groupe. Il est alors réputé être un médecin hors région visé à l'article 7.00 des présentes;

4.03 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente que s'il fait partie du groupe de médecins qui, collectivement, prend l'engagement décrit à l'article 5.00 des présentes;

4.04 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du dépannage, ne peut faire partie du groupe de médecins, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'une installation autre que celui désigné aux fins des présentes si cette installation doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

5.00 ENGAGEMENT

5.01 Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'installation, prend l'engagement de couvrir la totalité des quarts de garde au service d'urgence de l'installation pendant une période d'au moins trois (3) mois. Par la suite, cet engagement est renouvelable sur autorisation du comité paritaire;

5.02 Chaque médecin faisant partie du groupe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef du groupe désigné selon l'article 9.00 des présentes;

5.03 La garde peut être assurée sur place ou en disponibilité en conformité avec les modalités de garde déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou le chef du service médical ou par celui qui en assume les fonctions.

5.04 Nonobstant l'engagement du groupe de médecins formé au début d'une période de désignation à cette lettre d'entente, lorsque des événements imprévus surviennent durant une période de désignation et modifient de façon significative la capacité des médecins de l'installation à assurer les services, alors exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, des médecins qui n'en faisaient pas partie au départ peuvent alors s'ajouter au groupe qui prend l'engagement et ainsi se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

6.00 MÉDECIN DE LA RÉGION

6.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'installation désignée, le médecin visé au paragraphe 4.02 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'installation désignée;

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) à la RAMQ seulement dans les cas où la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes prévaut dans l'installation.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente nº 132.

6.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 4.02 b) se fait selon les modalités de la lettre d'entente citée au paragraphe 3.01 d) des présentes.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement à tarif horaire (code d'activité* ***002092****) prévu à la* Lettre d'entente nº 285 *concernant la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région sociosanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente nº 285.

Inscrire la période couverte par l'avis de service (la période de validité ne doit pas dépasser la période de désignation de l'installation à la Lettre d'entente nº 285*).*

7.00 MÉDECIN HORS RÉGION

7.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 4.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

7.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause;

Exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé à effectuer moins de six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques de dépannage mais qui, en raison d'absence imprévue d'un médecin visé à l'alinéa ci-dessus, effectue au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

7.03 Chaque déplacement de ce médecin, dans le cadre des services dispensés auprès de l'installation désignée aux fins des présentes, doit donner lieu à au moins deux quarts de garde sauf si ce médecin a son lieu de pratique principale, ou son lieu de résidence s'il s'agit d'un médecin à la retraite, à moins de 75 kilomètres de l'installation. Toutefois, le comité paritaire peut accepter de réduire cette exigence d'un minimum de quarts de garde par déplacement sur la base de la distance à parcourir par le médecin.

8.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

8.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'installation désignée, par un médecin faisant partie du groupe de médecins, est majorée d'un pourcentage de 10 % applicable sur le tarif de base. Le taux de majoration est de 12,8 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes pendant une période régulière d'activités et de 12 % pendant une période de garde;

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***

Pour les services autres que ceux du mécanisme de dépannage*, utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***075015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***075030*** *Services cliniques*
- ***075063*** *Garde sur place*
- ***075071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***075081*** *Garde en disponibilité (voir plus bas pour utilisation)*
- ***075098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***075132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

Pour la garde en disponibilité (075081)

La facturation à tarif horaire ou à honoraires fixes est permise uniquement pour le médecin qui exerce dans le cadre de l'EP 1 – Grand-Nord ou de l'EP 23 – Chibougamau.

Pour les autres situations, la garde en disponibilité doit être facturée à l'acte, comme prévu à l'Entente.

La rémunération ne peut être majorée selon l'annexe XX de l'Entente.

Rémunération à tarif horaire selon le mécanisme de dépannage

Inscrire le numéro d'établissement ***02637*** *(installation de la Minganie).*

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***009301*** *Services cliniques*
- ***009302*** *Garde sur place*
- ***009303*** *Garde en disponibilité*

*Pour les quarts de garde visés à la fois par l'*Accord n° 734 *et par la* Lettre d'entente n° 132*, voir les instructions s'y rattachant dans l'*Accord n° 734.

Pour la majoration prévue au paragraphe 8.01, utiliser les secteurs de dispensation selon les plages horaires suivantes :

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation****
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	*41*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*40*
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*38*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*39*
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	*37*

** Aucune majoration de 10 % ne s'applique et aucun secteur de dispensation n'est permis avec la garde en disponibilité (009303 et 075081).*

8.02 Si l'engagement du groupe de médecins, pour un mois donné, est respecté et qu'en conséquence il n'a pas eu à faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties et qu'il n'y a pas eu de rupture de services, un forfait de quart de garde de huit (8) heures est versé au médecin du groupe qui a assumé ce quart de garde. Ce forfait est de 64,40 $ au 1er septembre 2018 et de 65,20 $ au 1er octobre 2019. Le forfait est divisible en heures;

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19022**;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

*La majoration prévue au paragraphe 8.01 **ne s'applique pas** au forfait codifié **19022**.*

8.03 Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins n'est pas respecté et que l'installation doit faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties, ou qu'il y a eu rupture de services, le forfait prévu au paragraphe précédent n'est pas versé pour aucun des quarts de garde effectués pendant le mois en cause.

9.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

9.01 Le département régional de médecine générale, est responsable de :

a) t ransmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 4.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'installation où ils exercent de façon régulière;

b) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins ainsi que de son renouvellement;

c) désigne le chef du service d'urgence de l'installation désignée comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

9.02 L'installation informe le département régional de médecine générale de toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin dans le cadre du mécanisme de dépannage qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes. L'agence en informe le comité paritaire.

9.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes:

a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 8.03 des présentes;

c) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

10.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 avril 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD Ministre	**RENALD DUTIL, M.D.** Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I (Lettre d'entente no 132)

Liste des installations désignées aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n° 132* relative à la rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intrarégionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'une installation désignée

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de la Lettre d'entente n° 32*.

LETTRE D'ENTENTE No 137

AYANT POUR OBJET L'ADOPTION DES MESURES FAVORISANT LA QUALITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29);

VU les dispositions du *Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente se terminant le 31 mars 2002* ;

VU également les dispositions de la *Lettre d'entente n° 136* prévoyant la modification du protocole d'accord susmentionné;

ATTENDU la volonté des parties de poursuivre sans délai les échanges et les travaux déjà entrepris relativement à l'étude de certaines questions ainsi qu'à l'adoption de certaines mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aurait d'identifier les principales mesures et questions en cause en les situant à l'intérieur d'un calendrier pouvant comporter certaines échéances.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties s'engagent à poursuivre les échanges et les travaux déjà entrepris sur les mesures et questions suivantes :

Dans le cadre du réseau d'accessibilité, les rôles et fonctions dévolus au cabinet privé, au CLSC ainsi qu'au GMF;

Dans le cadre susmentionné, la révision de la composante technique;

La rémunération de la télé-médecine;

L'amélioration du programme de congé parental;

La révision et la bonification du programme de ressourcement;

Dans le cadre du réseau d'accessibilité, la rémunération des tâches médico-administratives;

Dans le cadre susmentionné, la modification des plafonds de gains de pratique;

2. La négociation ayant trait aux mesures et questions susmentionnées devra être complétée dans les meilleurs délais afin de permettre la conclusion d'ententes applicables même avant le 1er avril 2004;

3. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 138

AYANT POUR OBJET LE REDRESSEMENT DE LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29);

ATTENDU la politique de rémunération du gouvernement;

ATTENDU que le gouvernement a la responsabilité d'offrir, et de maintenir, un niveau de rémunération concurrentiel aux fins de permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens nécessaires au bon fonctionnement du système de santé québécois;

ATTENDU, qu'à ces fins, les comparaisons et les écarts de rémunération avec les autres provinces se doivent d'être pris en considération;

ATTENDU que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'existence d'écarts entre la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec et celle de leurs collègues des autres provinces, sans pour autant s'entendre sur l'ampleur des écarts à reconnaître et à corriger;

CONSIDÉRANT que les comparaisons de rémunération de même que leur interprétation exigent la prise en compte d'une multitude de facteurs d'ordre technique, économique et social;

CONSIDÉRANT qu'en dépit de l'incertitude sur l'ampleur des écarts à corriger, le gouvernement a déjà accepté de procéder, à compter du 1er avril 2003, à un redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens par le biais des mesures prévues aux termes de l'article 5 de la *Lettre d'entente n° 136* prévoyant la modification du protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'Entente se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité d'étude sur la rémunération des médecins omnipraticiens. Ce comité a pour mandat de comparer la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces et, partant, de déterminer l'ampleur des écarts de rémunération.

Dans le cadre de son analyse, le comité tient compte de l'ensemble des facteurs pertinents à la comparaison de la rémunération des médecins omnipraticiens et à la détermination des écarts de rémunération.

2. Ce comité est composé des personnes suivantes :

a) un expert indépendant choisi par les parties qui, par ses connaissances dans le domaine, pourra, par sa participation, faciliter la réalisation du mandat du comité;

b) de représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

c) de représentants du ministre de la Santé et des Services sociaux; et :

d) d'un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor.

3. Les parties désignent monsieur Marc-André Fournier afin d'agir comme expert indépendant et conviennent d'assumer, à part égale, le paiement de ses honoraires.

4. Afin de permettre au comité d'accomplir son mandat avec compétence et célérité, les parties conviennent de retenir les services de l'Institut canadien d'information sur la santé ou, à défaut, de tout autre expert, afin de colliger et de fournir aux membres du comité l'ensemble des données pertinentes à la comparaison de la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec avec celle de leurs confrères des autres provinces, de même qu'à la détermination des écarts de rémunération qui prévalent. Les coûts reliés à l'obtention de ces services sont assumés, à part égale, par les parties.

Les parties conviennent d'octroyer les mandats requis à cette fin de façon à ce que l'ensemble des données pertinentes soit colligé et fourni au plus tard le 31 mai 2003.

5. Les travaux du comité d'étude sur la rémunération devront être complétés au plus tard le 31 octobre 2003. Le comité remettra aux parties un rapport faisant état de ses commentaires et conclusions.

6. Une fois saisies des résultats des travaux du comité, les parties entreprennent des pourparlers en vue de conclure une entente sur les écarts de rémunération à corriger. À moins que les parties n'en conviennent autrement, le calendrier de ces correctifs, avec les échéances qu'il comportera, ne saurait s'étendre sur une période excédant quatre (4) ans.

7. En tout temps, à la demande d'une partie, un médiateur pourra être désigné par les parties afin de leur permettre d'en arriver à une entente. Les honoraires du médiateur sont assumés, à part égale, par celles-ci.

8. Le médiateur fera rapport aux parties en indiquant à celles-ci les sujets d'ententes et de mésententes. Il les saisira de toute autre conclusion ou recommandation qu'il jugera raisonnables. Une recommandation du médiateur aux parties ne lie pas celles-ci.

9. Le gouvernement s'engage à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens nécessaires au bon fonctionnement du système de santé québécois.

10. Ces correctifs s'appliquent à compter du 1er avril 2004, et par la suite au 1er avril de chaque année, selon l'ampleur des écarts à être corrigés et en conformité avec le calendrier convenu entre les parties.

11. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 139

CONCERNANT LA GESTION DE FIN DE CARRIÈRE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

CONSIDÉRANT l'introduction en 1995 d'un programme d'allocation de fin de carrière pour les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT la fin du programme d'allocation de fin de carrière au 31 décembre 1998;

ATTENDU que depuis cette date les médecins omnipraticiens ne bénéficient plus de modalités particulières de gestion de fin de carrière;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir le statut de travailleur autonome des médecins omnipraticien;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'ici le 31 mai 2003, la Fédération déposera à la table de négociation, à laquelle se sera joint un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor, ses orientations, en matière de gestion de la fin de carrière des médecins omnipraticiens;

2. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours de ce dépôt, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Secrétariat du Conseil du trésor procéderont à l'analyse des orientations déposées par la Fédération et feront part de leur position;

3. Par la suite, les parties entameront des pourparlers en vue d'en arriver à la conclusion d'une entente applicable à compter du 1er avril 2004;

4. Dans le cadre de ces pourparlers, les parties pourront convenir de procéder aux divers travaux ou études susceptibles de les éclairer dans leur négociation.

5. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour d'octobre 2003.

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LETTRE D'ENTENTE No 140

AYANT POUR OBJET LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29);

ATTENDU que les médecins omnipraticiens exercent leurs activités professionnelles à divers niveaux de soins, que ce soit en cabinet, en établissement ou à domicile;

ATTENDU que les champs d'activités du médecin omnipraticien se situent aussi bien en première, deuxième et, plus rarement, en troisième ligne;

ATTENDU la nécessité qu'il y a d'assurer en CLSC, compte tenu des ressources disponibles, des conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment un soutien administratif et technique adéquat;

ATTENDU que la Fédération considère que la vocation première du médecin omnipraticien est, et doit demeurer, la médecine générale et la médecine de famille et qu'il lui importe d'assurer la sauvegarde de cette vocation première, celle-ci étant d'ailleurs la raison d'être du médecin omnipraticien;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aurait, à ces fins, de cerner plus précisément les facteurs qui influencent la détermination des champs d'activités du médecin omnipraticien, ses orientations de carrière ainsi que le choix des niveaux de soins où il exerce sa profession.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité paritaire sur les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens composé de représentants du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Un observateur en provenance du Collège des médecins du Québec participe également aux travaux de ce comité.

2. Le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens exerçant dans divers champs d'activités, de représentants d'agences ou voire d'établissements du réseau, lesquels sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité. Il peut à cette fin constituer un groupe de travail et leur confier des mandats spécifiques.

3. Le comité a pour mandat de favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des médecins omnipraticiens, et ce, dans le but de favoriser la qualité des soins et d'améliorer leur accessibilité pour la population.

4. À des fins d'analyse et de recommandation quant aux correctifs à apporter, le comité identifie plus particulièrement certaines problématiques reliées aux conditions d'exercice des médecins omnipraticiens, parmi lesquelles :

La hiérarchisation des soins, ses causes et ses effets;

Les modes de rémunération et leur impact sur le partage des tâches entre médecins omnipraticiens et médecins spécialistes;

L'importance du rôle du médecin omnipraticien, peu importe le niveau de soins (pratique institutionnelle, cabinet, GMF, domicile, réseau de garde ou réseau d'accessibilité);

En CLSC, l'existence de conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment en matière de soutien administratif et technique.

5. Le comité peut également donner des avis ou faire des recommandations sur toute question relative à l'organisation du travail ou aux conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.

6. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 153

CONCERNANT LA PRODUCTION ET LA TRANSMISSION PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC DES DONNÉES NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES D'UNE ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX

CONSIDÉRANT qu'en vertu de l'article 11.00 du Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002, les parties s'engagent à convenir, par entente particulière, de dispositions conventionnelles permettant d'assurer le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux;

CONSIDÉRANT qu'aux fins de préparer la mise en œuvre d'une telle entente particulière, les parties estiment impératif de demander à la Régie de produire les données requises à une éventuelle application des dispositions transitoires qui y seront contenues :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Dans le cadre des dispositions susmentionnées au préambule des présentes et de manière à préparer la mise en œuvre d'une entente particulière qui aura pour objet le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux, les parties conviennent de demander à la Régie de produire les données requises à une éventuelle application des dispositions transitoires qui y seront contenues.
2.00 Les données requises permettront de connaître la répartition de la pratique de chaque médecin en fonction de ses différents territoires de pratique.
3.00 Le calcul de la répartition de la pratique de chaque médecin en fonction de ses différents territoires de pratique se fait sur la base des journées de facturation par territoire. Dans le cas où un médecin aurait exercé dans plus d'un territoire d'agence au cours d'une même journée, la journée est comptabilisée comme une journée de pratique dans chacun des territoires en cause.
4.00 Le calcul du nombre de journées de facturation par territoire d'agence se fait sur la base d'une période allant du 1er avril 2002 au 31 mars 2003.
5.00 Ne sont considérés, aux fins de l'application des présentes, que les services dispensés dans le cadre du régime d'assurance-maladie.
6.00 À moins d'avis contraire, la Régie transmettra à partir du 1er octobre 2003 à chaque médecin les informations suivantes :

- l'identification de sa région de pratique selon qu'il y exerce pour plus de 50 % de sa pratique totale;
- dans le cas où un médecin n'exerce pas pour plus de 50 % dans une même région, l'identification de sa principale région de pratique est déterminée en identifiant celle où il exerce le plus;
- la répartition de sa pratique entre le territoire des différentes agences.

7.00 À moins d'avis contraire, la Régie transmet à partir du 1er octobre 2003 au DRMG de chaque agence la liste des médecins de son territoire qui y ont leur pratique à plus de 50 %, la liste de ceux qui y ont une pratique principale mais n'atteignant pas plus de 50 % et la liste de ceux qui y exercent sans qu'ils y aient une pratique principale.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

8.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 2 septembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de mars 2004.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 154

CONCERNANT LE RETOUR EN PRATIQUE DU MÉDECIN QUI S'EST PRÉVALU DU PROGRAMME D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE OU DE DÉPART ASSISTÉ

PRÉAMBULE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette lettre d'entente a pour objet, malgré les dispositions de l'annexe XV de l'entente générale, de permettre au médecin qui s'est prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté de dispenser des services professionnels dans le cadre de solutions palliatives au problème de pénurie d'effectifs.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 CONDITION D'ADMISSIBILITÉ

3.01 Un médecin qui s'est prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté en vertu des dispositions de l'annexe XV de l'Entente peut, malgré certaines dispositions de cette annexe, dispenser des services professionnels dans le cadre du régime d'assurance maladie dans ou auprès d'une installation, d'un établissement, un cabinet ou un organisme en situation de pénurie d'effectifs médicaux, désigné, pour une période déterminée, par le comité paritaire, sur recommandation de l'agence.

4.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

4.01 Engagement du médecin

Le médecin s'engage à respecter les dispositions de cette lettre d'entente et à n'exercer que dans un ou des milieux de pratique désignés. Il doit, s'il y a lieu, y obtenir une nomination conformément à la *Loi sur les services de santé et sur les services sociaux* et en respecter les obligations.

Le médecin doit compléter le contrat de retour en pratique prescrit par le comité paritaire.

4.02 Mode de rémunération

Le médecin est rémunéré selon les dispositions de l'Entente ou, le cas échéant, selon les dispositions de tout autre document conventionnel s'appliquant dans le milieu de pratique où il exerce.

Malgré l'alinéa précédent, le médecin qui s'est prévalu des dispositions de la *Lettre d'entente n° 94* et qui, en vertu des dispositions de cette lettre d'entente, est rémunéré selon le mode du tarif horaire dans un établissement où le mode de rémunération est celui de l'acte, peut opter pour le maintien de ce mode de rémunération pour toute la durée de son retour en pratique dans cet établissement. Il doit, alors, en avoir avisé le comité paritaire avant le 5 octobre 1999.

4.03 Versement de l'allocation

Le médecin précise, dans son contrat de retour en pratique, s'il opte ou non pour la suspension et le report des versements de son allocation de fin de carrière ou de départ assisté à la suite de sa période d'étalement déjà convenue.

Une période de suspension et de report n'entre pas dans le calcul d'une période de versements d'allocations aux fins de l'application de l'annexe XIV.

Cette option vaut pour toute la durée de la présente lettre d'entente sauf si le médecin, ayant opté pour la suspension et le report de son allocation, cesse de pratiquer avant la fin de la présente entente. Le médecin en avise alors, par écrit, le comité paritaire.

5.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

5.01 Les établissements désignés en vertu de la *Lettre d'entente n° 94* feront l'objet d'une réévaluation par les parties selon les dispositions de la présente lettre d'entente. Leur désignation demeure en vigueur jusqu'à ce que cette réévaluation soit complétée.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'administration de cette lettre d'entente.

6.02 Aux fins de l'application du paragraphe 6.01, le comité paritaire a notamment pour fonctions :

a) de désigner les installations des établissements, cabinets ou organismes visés aux présentes en retenant, comme premier critère, une pénurie d'effectifs prévalant dans le secteur en cause et d'en informer la Régie;

b) de définir le contrat de retour en pratique, de le faire compléter au médecin et d'en transmettre copie à la Régie;

c) d'informer la Régie du maintien de la modification de l'option exercée en vertu du paragraphe 4.02.

AVIS **:** Voir la liste des installations désignées à la *Lettre d'entente n° 154*.

7.00 DROITS ACQUIS

7.01 Une révision au sens du paragraphe 5.01 des présentes, une modification ou une terminaison de désignation ne peut avoir pour effet d'affecter les droits acquis du médecin régi selon cette lettre d'entente.

8.00 DURÉE ET MISE EN VIGUEUR

8.01 Cette lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 94*. Elle prend effet le 12 octobre 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de mars 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 158

CONCERNANT LE COMITÉ DE GESTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de bien planifier les effectifs médicaux en médecine générale;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de poursuivre les efforts déployés jusqu'à présent en vue d'assurer la répartition géographique des médecins omnipraticiens sur l'ensemble du territoire québécois;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux généraux et la prise en charge de la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille;

ATTENDU qu'il y a lieu d'arrêter certaines mesures permettant l'atteinte de ces objectifs.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Lorsque les travaux portent sur l'organisation des services en médecine générale au sein d'une région spécifique, le chef du département régional de médecine générale de l'agence concernée, participe également du comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens ainsi que de représentants des établissements qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

2. Le comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale a pour fonction d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, le tout afin d'assurer une accessibilité optimale aux services médicaux en médecine générale de première et deuxième ligne et une prise en charge pour la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille. A cette fin, le comité exerce notamment les attributions suivantes, sur le plan local, régional et provincial :

a) Il évalue les besoins en effectifs médicaux en médecine générale de première et de deuxième ligne pour l'ensemble du Québec et chacune de ses régions sociosanitaires et donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux;

b) Il donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post-doctorale en médecine;

c) Il donne son avis au ministre sur les objectifs de croissance et de décroissance des effectifs en médecine générale dont doivent tenir compte les agences dans l'élaboration de leur plan d'effectifs médicaux en omnipratique;

d) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux généraux;

e) Le cas échéant, il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, notamment la partie concernant les effectifs médicaux en omnipratique;

f) Il évalue et donne son avis au ministre sur les plans régionaux d'organisation des services et les plans régionaux des effectifs médicaux relatifs aux services de médecine générale;

g) Il assure un suivi des plans régionaux d'effectifs médicaux sur la base des données transmises par la Régie de l'assurance maladie du Québec dans le cadre de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux et sur la base des états de situation fournis par les agences;

h) Il donne son avis sur toute dérogation ayant comme conséquence le dépassement temporaire du plan des effectifs médicaux d'une région;

i) il donne son avis sur tout projet concernant la prestation des services médicaux généraux.

3. Dans le cadre de l'exercice de ses attributions, le comité tient compte, notamment, des besoins de la population en matière de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne, des effectifs médicaux disponibles en médecine générale et de leur répartition dans les différentes régions et dans les différents territoires de MRC et communautés urbaines. De plus, il tient compte des prévisions de l'évolution de ces effectifs, des mesures incitatives déjà existantes, des modes d'organisation des services et des masses critiques d'effectifs médicaux nécessaires, sur une base locale et régionale, pour assurer un panier de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne adéquat.

4. Afin d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale, de favoriser l'atteinte des objectifs de croissance et de décroissance qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions, dans certains territoires de MRC et communautés urbaines ainsi que dans certains centres hospitaliers, le comité peut élaborer et proposer au ministre la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

a) Un guide méthodologique pour la détermination d'un plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale;

b) Des règles de gestion des objectifs de croissance et de décroissance des effectifs en médecine générale dont devront tenir compte les agences dans l'élaboration et la gestion de leur plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale.

5. Toujours aux fins d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale, de favoriser l'atteinte des objectifs de croissance et de décroissance qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions, dans certains territoires de MRC et communautés urbaines ainsi que dans certains centres hospitaliers, le comité donne son avis sur la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

a) La révision de certains plans d'organisation d'établissements, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans régionaux d'organisation des services relatifs à la médecine générale;

b) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains territoires de MRC ou communautés urbaines et dans certains établissements insuffisamment pourvus en médecins omnipraticiens;

c) La conclusion d'ententes de services inter-établissements;

d) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet de médecins omnipraticiens;

e) Le soutien financier, logistique et informationnel de projets d'organisation de services médicaux généraux de première ligne.

6. Le comité évalue les résultats découlant de l'application des mesures identifiées aux articles 4 et 5 en regard des objectifs visés.

7. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 114*. Elle entre en vigueur le 1er janvier 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20e jour de mai 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 167

CONCERNANT LE FINANCEMENT DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES DÉCOULANT DES CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À CERTAINES CONDITIONS D'EXERCISE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sous réserve des articles 2 et 3 suivants, l'enveloppe budgétaire globale est rajustée à la hausse d'un montant égal à la dépense réelle supplémentaire découlant de l'application de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF).*
2. Aux fins de l'application de l'article précédent, la dépense réelle donnant lieu au rajustement à la hausse ne comprend pas la dépense réelle découlant des dispositions relatives à la prise en charge et au suivi de la clientèle apparaissant à l'article VII de l'annexe V de cette entente particulière telle que modifiée au 1er janvier 2003.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace, à partir du 1er juin 2003, la *Lettre d'entente nº 118*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 183

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE CERTAINES DISPOSITIONS DE L'ACCORD-CADRE AYANT TRAIT AU RENOUVELLEMENT DE L'ENTENTE GÉNÉRALE SE TERMINANT CONVENTIONNELLEMENT LE 31 MARS 2004

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 À l'exception des modifications de tarifs prévues à l'*Amendement n° 95* concernant les modes des honoraires fixes et du tarif horaire ainsi que concernant les *per diem* et forfaits des ententes particulières du Grand-Nord, de Chibougamau et du Nunavik, Baie James (régions 17 et 18) et C.S. de la Basse Côte-Nord ainsi que concernant le forfait prévu au paragraphe 11 A) et relatif à l'entente particulière de l'anesthésie, toutes les modifications de tarifs prévues à cet amendement et entrant en vigueur au cours de la période allant du 1er avril au 30 septembre 2006 et qui n'ont pas déjà été payés ou prépayés aux nouveaux tarifs sont remplacées par la mesure suivante :

a) Est versé au médecin un montant forfaitaire équivalent aux augmentations prévues pour la période du 1er avril au 30 septembre 2006 de la rémunération versée pour les services en cause dispensés au cours de la période du 1er avril au 30 septembre 2006;

AVIS **:** *Montant forfaitaire versé en date du 2 avril 2007.*

b) Ce montant est versé le ou vers le 31 mars 2007 selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Un montant forfaitaire est versé au médecin relativement à des services spécifiés à l' *Amendement n° 96*. Ce montant est équivalent à 2 % :

a) de la rémunération versée pour les services dispensés au cours de la période allant du 1er avril 2006 au 31 mars 2007 et prévus aux paragraphes 1B)b), 1C)a), 1C)c) et 1D) de l'*Amendement n° 96* et

b) de la rémunération versée pour les services prévus aux articles 4, 5 et 6 de cet amendement en remplacement de la modification de tarif qui y est prévue pour la période allant du 1er avril 2006 au 31 mars 2007.

Ce montant forfaitaire tient compte dans le calcul du 2 % des modifications intervenues en date du 1er avril 2006 et concernant les modificateurs suivants : 27 % des services dispensés la fin de semaine ou un jour férié dans un service d'urgence (3 A) b) de l'*Amendement n° 95*) et majoration des modificateurs applicables aux actes posés auprès d'un malade admis (paragraphe 14 A) de l'*Amendement n° 95* et article 4 de l'*Amendement n° 96)*.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2006 et le 30 septembre 2006, ce montant est versé le ou vers le _____ selon des modalités à convenir entre les parties;

AVIS **:** *Montant forfaitaire versé en date du 7 mai 2007.*

b) pour la période comprise entre le 1er octobre 2006 et le 31 mars 2007, ce montant est versé le ou vers le _____selon des modalités à convenir entre les parties.

3.00 Un montant forfaitaire équivalent à 2 % des forfaits versés en vertu des articles 4.00 ou 5.00 de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers des soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens, est payé au médecin selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2006 et le 30 septembre 2006, ce montant est versé le ou vers le _____ selon des modalités à convenir entre les parties;

AVIS **:** *Montant forfaitaire versé en date du 7 mai 2007.*

b) pour la période comprise entre le 1er octobre 2006 et le 31 mars 2007, ce montant est versé le ou vers le _____selon des modalités à convenir entre les parties.

4.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le jour de sa signature et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de novembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 185

CONCERNANT LA RÉVISION DES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AUX SERVICES DISPENSÉS DANS CERTAINES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De revoir les modalités de rémunération des services dispensés auprès des patients de certaines unités de soins intensifs ou coronariens ainsi que l'évaluation de l'impact financier des modifications qui seraient retenues au plus tard le 31 octobre 2006;

2. Le financement des modifications ainsi retenues seraient, jusqu'à un maximum de 0,5 M$, assuré par les disponibilités dégagées par l'application des paramètres monétaires consentis par l'accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant conventionnellement le 31 mars 2004 ou, le cas échéant, de considérer que la révision de ces modalités de rémunération constitue une priorité convenue par les parties et d'en assurer le financement dès que l'application des dispositions prévues au paragraphe 1.04 de ce même accord-cadre le permet.

3. Dans le cas où les modifications convenues génèrent des coûts supérieurs à 0,5 M$, le financement de ces coûts devra être assuré selon des modalités à convenir par les parties.

4. Dans le cas où les modifications convenues entrent en vigueur à une date autre que celle du 1er avril 2007, un montant forfaitaire équivalent à 5 % de la rémunération versée pour les services dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens est versé au médecin pour la période allant du 1er avril 2007 à la date d'entrée en vigueur des modifications convenues.

5. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 179*. Elle entre en vigueur le 1er juillet 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de novembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 188

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES DISPENSÉS DANS LE CADRE DU SYSTÈME D'ÉVACUATION AÉROMÉDICALE AU QUÉBEC (ÉVAQ)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les conditions de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

3.1 Les activités professionnelles visées couvrent l'ensemble des services dispensés par les médecins escortes, ceux dispensés par les médecins responsables de l'intervention téléphonique ainsi que les activités du chef du service d'ÉVAQ.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

MÉDECIN ESCORTE

4.1 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en évacuation aéromédicale dans le service d'urgence du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, lorsqu'il exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec, est rémunéré selon le mode du tarif horaire auquel s'ajoute un forfait par mission effectuée. Ce forfait est de 485,85 $ au 1er septembre 2018 et de 490,70 $ au 1er octobre 2019 pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situé au nord-ouest de la Ville de Québec et de 347,10 $ au 1er septembre 2018 et de 350,55 $ au 1er octobre 2019 pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situé à l'est de la Ville de Québec.

Une mission débute lorsque le médecin est sur place à l'aéroport en prévision d'un vol et se termine généralement lors du retour du médecin à l'aéroport de Québec, suite à l'accompagnement du ou des patients dans un milieu hospitalier local, lorsque requis. Lorsqu'une nouvelle mission a comme point de départ l'aéroport de Montréal, de Mont-Joli ou de Sherbrooke, la mission qui la précède se termine alors à l'aéroport de Montréal, de Mont-Joli ou de Sherbrooke, selon le cas. Le médecin peut, le cas échéant, recevoir plus d'un forfait par période de garde.

Dans le cas exceptionnel où le médecin est appelé, lors d'une mission, à se rendre tant dans le nord-ouest que dans l'est, il peut alors facturer pour la même mission les deux forfaits ci-haut prévus.

Le forfait n'est pas sujet à l'application de la majoration prévue au paragraphe 5.4 ci-dessous.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité suivants :*
*- **016045** Activités d'évacuation aéromédicale;*
*- jusqu'au **31 octobre 2020, 016135** Activités rémunérées autres que celles des médecins-escortes.*

AVIS **:** *Inscrire :*
- le code de facturation ***19439*** *pour une mission vers le nord-ouest de la ville de Québec;*
- le code de facturation ***19440*** *pour une mission vers l'est de la ville de Québec;*
- le numéro du centre hospitalier ***02037****;*
- le secteur d'activité **Clinique d'urgence**.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin détenant des privilèges en évacuation aéromédicale.*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 188;
- sélectionner Forfait par mission – médecin escorte *dans* Informations additionnelles.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.2 Les services dispensés par les médecins-escortes sont rémunérés sur la base des modalités suivantes :

a) les heures de garde assumées par le médecin durant le quart de garde sous sa responsabilité sont rémunérées à tarif horaire;

b) les heures de garde en disponibilité assumées par le médecin avant le début de son quart de garde sont rémunérées, sur une base horaire, à raison d'une heure par quart de garde quelle que soit la durée du quart de garde. Le montant du taux horaire est de 98,48 $ au 31 mars 2019 et de 121,00 $ au 1er avril 2019.

AVIS **:** *Inscrire une heure par quart de garde dans le champ* Heures travaillées.
Jusqu'au 31 mars 2019, *utiliser le code d'activité* ***016045*** *(Activités d'évacuation aéromédicale).*
À compter du 1er avril 2019*, utiliser le code d'activité* ***016307*** *(Garde en disponibilité – évacuation aéromédicale).*

c) les heures supplémentaires faites en déplacement suite au quart de garde du médecin sont rémunérées à tarif horaire pour la totalité des heures faites en déplacement, le déplacement débutant à l'heure du départ à l'aéroport de Québec et se terminant à l'heure du retour à l'aéroport de Québec, suite à l'accompagnement du ou des patients dans un milieu hospitalier local, lorsque requis.

4.3 Un médecin visé par la présente lettre d'entente peut se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement (temps et transport) prévus aux paragraphes 30.04 à 30.07 inclusivement de l'entente générale s'il remplit les conditions suivantes :

a) à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, son domicile et son lieu principal de pratique se situent dans une région sociosanitaire autre que la région de la Capitale nationale (03) ou que la région de Chaudière-Appalaches (12);

b) il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail dans l'établissement où il exerce de façon régulière;

c) l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire responsable de l'application de l'article 30.00 de l'entente générale relatif au dépannage;

d) il obtient l'autorisation du directeur national d'évacuation aéromédicale du Québec de se prévaloir des dispositions du présent paragraphe. Cette autorisation doit être renouvelée annuellement.

AVIS **:** *L'établissement doit préciser sur le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) si le médecin visé est autorisé à se prévaloir des dispositions du présent paragraphe en sélectionnant* Frais de déplacement – médecin escorte *dans* Informations additionnelles.

4.4 Une majoration de 10,4 % de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire est accordée pour tous les services dispensés et cela en tout temps.

4.5 Un supplément est accordé pour la partie de mission qui est effectuée de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedis, dimanches et journées fériées. Le montant du supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 139,80 $ au 1er septembre 2018, de 154,80 $ au 1er octobre 2018 et de 156,40 $ au 1er octobre 2019.

Ce supplément est divisible en heures. Il n'est pas sujet à l'application de la majoration prévue ci-dessus.

AVIS **:** *Pour les services rendus de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié, inscrire le code de facturation* ***09791****.*

Pour les services rendus de 8 h à 24 h le samedi, le dimanche ou un jour férié, inscrire le code de facturation ***19953****.*

Indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.6 Aux fins de l'application de l'annexe IX, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe.

4.7 Tout ajout d'heures d'activités professionnelles pour la dispensation des services visés par la présente lettre d'entente et qui découle d'une modification à l'organisation des services dans le cadre d'ÉVAQ doit être autorisé par les parties négociantes.

MÉDECIN ASSURANT LES INTERVENTIONS TÉLÉPHONIQUES

4.8 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en évacuation aéromédicale dans le service d'urgence du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, lorsqu'il exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec comme médecin assurant les interventions téléphoniques, est rémunéré différemment selon qu'il assure les services sur place ou en disponibilité.

AVIS **:** *Utiliser les* ***codes d'activité*** *suivants :*
- ***016381*** *ÉVAQ Interventions téléphoniques et garde sur place;*
- ***016382*** *ÉVAQ Garde en disponibilité 8 h;*
  Pour la plage horaire, cocher la case correspondant au début de votre garde et inscrire ***1 heure*** *dans le champ* Heures travaillées *(équivaut au tarif de la garde en disponibilité de 8 heures).*
  Note *: Maximum 3 quarts de garde par jour.*
- ***016383*** *ÉVAQ Garde en disponibilité 12 h;*
  Pour la plage horaire, cocher la case correspondant au début de votre garde et inscrire ***1 heure*** *dans le champ* Heures travaillées *(équivaut au tarif de la garde en disponibilité de 12 heures).*
  Note *: Maximum 2 quarts de garde par jour.*
- ***016384*** *ÉVAQ Services durant la garde en disponibilité de 8 h;*
- ***016385*** *ÉVAQ Services durant la garde en disponibilité de 12 h.*

S'il y a chevauchement de plages horaires pour les services, les heures facturées doivent être réparties entre elles en respectant le maximum permis par plage horaire. Elles doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin assurant les interventions téléphoniques.*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- *sélectionner la situation d'entente* Lettre d'entente n° 188;
- *sélectionner* Interventions téléphoniques *dans* Informations additionnelles.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.9 Le médecin qui assure les interventions téléphoniques sur place au centre d'appel d'ÉVAQ est rémunéré selon le tarif horaire. Ce tarif est visé par les majorations prévues aux paragraphes 5.02 et 5.03 de l'Annexe XX de l'Entente.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'Annexe XX pour les services rémunérés à tarif horaire, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

4.10 Le médecin qui assure les interventions téléphoniques en disponibilité est rémunéré à tarif horaire à raison de trois (3) heures par quart de garde de huit (8) heures ou de quatre heures et demie (4,5) par quart de garde de douze (12) heures, auquel s'ajoute la rémunération selon le mode du tarif horaire en fonction des actes posés durant la garde, sans dépasser au total le nombre d'heures de la durée de la garde.

4.11 Une majoration de 10,4 % est accordée en tout temps sur la rémunération du médecin durant la garde, lorsqu'elle est assurée en disponibilité.

4.12 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de la rémunération pour les services sur place ou en disponibilité. Le comité paritaire peut autoriser une dérogation à cette restriction lorsque les circonstances le justifient.

4.13 Aux fins de l'application de l'Annexe IX de l'Entente, la rémunération versée au médecin assurant les interventions téléphoniques est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe.

5. MÉDECIN CHEF DU SERVICE D'ÉVAQ

5.1 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en évacuation aéromédicale dans le service d'urgence du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, qui est nommé comme chef du service d'ÉVAQ est rémunéré pour ses activités comme chef selon le mode de l'acte en fonction d'un nombre annuel de forfaits hebdomadaires.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **42226**;*
- le nombre de forfaits;
- le numéro du centre hospitalier.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.2 Les activités rémunérées sont de même nature que celles assumées par le chef de département d'urgence en vertu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

5.3 Dans le cas où le chef du service d'ÉVAQ n'est pas un médecin omnipraticien ou n'est pas visé par l'entente générale des médecins omnipraticiens, le nombre de forfaits payables durant l'année en cause est révisé à la baisse dans la proportion que représentent les jours de sa nomination par rapport au nombre de jours dans l'année. Aucun forfait n'est payable lorsque le chef durant l'année complète n'est pas un médecin omnipraticien. ÉVAQ est tenu d'aviser le comité paritaire de la nomination d'un médecin autre qu'omnipraticien comme chef.

5.4 Advenant que le chef du service d'ÉVAQ soit aussi le chef de département de médecine générale ou le chef d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, il ne peut se prévaloir de plus de 50 % des forfaits alloués selon la présente lettre d'entente.

5.5 Le nombre de forfaits alloués pour le chef du service d'ÉVAQ est de 676 forfaits sur une base annuelle. Le montant du forfait est de 70,75 $.
Malgré les dispositions de l'alinéa qui précède, entre le 1er juin 2022 et le 31 mars 2023, le nombre de forfaits alloué pour le chef du service d'ÉVAQ est de 563.

AVIS **:** *Étant donné que la période d'application correspond à une année civile, le prorata s'applique comme suit :*
- du 1er janvier au 31 mai 2022 : 215 forfaits;
- du 1er juin au 31 décembre 2022 : 396 forfaits;
- du 1er janvier au 31 décembre 2023 et les années suivantes : 676 forfaits.

5.6 Le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination comme chef du service d'ÉVAQ appelé à se prévaloir des dispositions du présent paragraphe.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547).
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 188;
- sélectionner Forfait – médecin chef du service d'ÉVAQ *dans* Informations additionnelles.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.7 Aux fins de l'application de l'Annexe IX de l'Entente, la rémunération versée au médecin chef du service d'ÉVAQ est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe.

6. RESSOURCEMENT

6.1 Pour les fins de sa pratique à ÉVAQ., le médecin qui effectue un stage de ressourcement en néonatalogie dans une unité de néonatalogie d'un centre hospitalier ou qui participe à des journées de formation en néonatalogie reçoit une allocation forfaitaire pour une période de formation de huit (8) heures ou de quatre (4) heures selon le cas. Le montant de l'allocation forfaitaire pour une période de formation de huit (8) heures est de 704,45 $ au 1er septembre 2018 et de 711,50 $ au 1er octobre 2019 et le montant de l'allocation forfaitaire pour une période de formation de quatre (4) heures est de 352,25 $ au 1er septembre 2018 et de 355,75 $ au 1er octobre 2019. Le stage de ressourcement ou la formation doivent avoir reçu préalablement l'approbation de la direction d'ÉVAQ.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19441** pour un stage de ressourcement de 8 heures;*

*- le code de facturation **19442** pour un stage de ressourcement de 4 heures;*

- le numéro du centre hospitalier.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

La direction d'ÉVAQ fait parvenir à la Régie l'approbation mentionnant le nom du médecin, le lieu du stage ou de la formation, la durée accordée et les dates correspondantes. La possibilité ou non pour le médecin de facturer l'allocation supplémentaire pour compenser les frais de cabinet doit être précisée.

6.2 Il peut se prévaloir des dispositions du présent article pour au plus cinq (5) jours ou quarante (40) heures et une seule fois dans le cadre de sa pratique à ÉVAQ.

6.3 Pour le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet, une allocation supplémentaire est accordée pour compenser les frais de cabinet lorsque la journée de formation ou la demi-journée selon le cas, a lieu une journée pendant laquelle il aurait exercé en cabinet. Le montant de l'allocation supplémentaire pour une journée de stage est de 206 $ au 1er septembre 2018 et de 208 $ au 1er octobre 2019 et par demi-journée de stage l'allocation supplémentaire est de 103 $ au 1er septembre 2018 et de 104 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Aurait exercé en cabinet pendant la période du stage de ressourcement** *et le code de facturation :*

*- **19441** pour une journée de stage;*

*- **19442** pour une demi-journée de stage.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

6.4 Les dispositions relatives à la compensation du temps de déplacement et du remboursement des frais de déplacement s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au plus une fois au médecin en stage de ressourcement visé au présent article. Les frais de séjour sont alors à la charge d'ÉVAQ.

7. MESURES TRANSITOIRES

7.1 Entre le 1er octobre 2019 et le 23 mars 2020 inclusivement, le médecin assurant la garde en disponibilité pour les interventions téléphoniques durant la même période qu'il assure la garde sur place à l'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est rémunéré selon le mode de l'acte au tarif de 142,24 $ par période de huit (8) heures, divisible en heures, selon la durée de son quart de garde de répartition. Cette rémunération remplace alors autant la rémunération à tarif horaire pour le fait d'être de garde en disponibilité que la rémunération pour les services durant la garde. Le montant du forfait est majoré de 10,4 % en tout temps à l'exclusion des autres majorations possibles.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **42227;***

- le numéro du centre hospitalier.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

7.2 Entre le 1er octobre 2019 et le 31 octobre 2020, le médecin chef du service d'ÉVAQ est rémunéré selon le mode du tarif horaire pour ses activités comme chef.

AVIS **:** *Utiliser le **code d'activité 016386** ÉVAQ Médecin chef du service.*

8. MISE EN VIGUEUR

8.1 La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 110*. Elle entre en vigueur le 13 mai 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 191

CONCERNANT LE FINANCEMENT DE CERTAINES MESURES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. LES MESURES VISÉES

1.1 Les mesures visées par la présente lettre d'entente sont les suivantes :

a) La *Lettre d'entente n° 188* concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale du Québec (ÉVAQ);

b) La *Lettre d'entente n° 189* concernant les services d'urgence du Pavillon de Hull et du Pavillon de Gatineau du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau et, si les parties en conviennent, la *Lettre d'entente n° 190* concernant l'unité de soins de courte durée et le service d'urgence de l'Hôpital de St-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes;

c) Les amendements n°s 99 et 100 concernant notamment la bonification de la rémunération en CHSLD et milieux psychiatriques, les congés de maternité et la pratique de groupe aux fins du partage du forfait de responsabilité, ainsi que les dispositions de l'*Amendement n° 101* relatives à l'examen externe d'un cadavre et prélèvements faits sur un cadavre et celles relatives à la constatation de décès.

2. LE FINANCEMENT

2.1 Pour la période s'échelonnant entre la date d'application des mesures en cause et le 31 mars 2008, le financement des sommes versées en vertu des dispositions de l'article 1 est assuré par le montant de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base non récurrente, pour l'année 2006-2007.

2.2 À compter du 1er avril 2008, le financement des sommes versées en vertu des dispositions de l'article 1 est assuré de la façon suivante :

a) Par le montant résiduel de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base non récurrente, pour l'année 2006-2007;

b) Par la suite, par le montant total ou partiel de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base récurrente, pour l'année 2006-2007;

c) Et, si nécessaire, par une partie du montant découlant du règlement à intervenir entre les parties dans le cadre de la *Lettre d'entente n° 138* ayant pour objet le redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens.

3. LA MISE EN VIGUEUR

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 196

CONCERNANT CERTAINS ENGAGEMENTS DÉCOULANT DE L'ENTENTE AYANT TRAIT AU REDRESSEMENT TARIFAIRE DE LA RÉMUNÉRATION ET AU PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ, DES CONDITIONS DE PRATIQUE ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

ATTENDU l'Entente intervenue entre les parties le 14 décembre 2007 dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n° 138* (ci-après « l'Entente ») prévoyant le redressement tarifaire de la rémunération des médecins omnipraticiens ainsi qu'un plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux (ci-après « plan d'amélioration de l'accessibilité »);

ATTENDU que pour les années 2008-2009 et 2009-2010, les parties ont prévu un redressement de 10 % dont 75 millions de dollars à terme sont affectés exclusivement à la mise en œuvre de certaines mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité;

ATTENDU que l'Entente prévoit également, à compter du 1er avril 2008, l'investissement d'une somme récurrente de 10 millions de dollars afin d'expérimenter de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne;

ATTENDU par ailleurs qu'au 31 mars 2007 les parties constatent une non-atteinte cumulative de 72,3 millions de dollars;

ATTENDU la volonté des parties de conclure une entente dont l'objectif est d'établir clairement les engagements relatifs à l'affectation des sommes disponibles et aux modalités de financement pour la période s'échelonnant entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2010;

ATTENDU que le redressement tarifaire prévu pour les 1er avril 2008 et 2009 tient compte de l'impact des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité sur les divers secteurs de pratique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Les sommes de l'Entente dévolues au redressement tarifaire sont affectées exclusivement aux fins du redressement tarifaire.

2. Les sommes de l'Entente dévolues au plan d'amélioration de l'accessibilité sont affectées exclusivement aux fins des mesures prévues à ce plan.

II. REDRESSEMENT TARIFAIRE

3. Les annexes II et XIV de l'entente générale seront amendées de façon à prévoir une augmentation de la rémunération des médecins rémunérés à honoraires fixes ainsi qu'au taux du tarif horaire de 3 % au 1er avril 2008 et de 3 % au 1er avril 2009. Les échelons relatifs aux échelles relatives à ces modes sont également abolies à compter du 1er avril 2008.

4. Des augmentations de 2 % au 1er avril 2008 et de 2 % au 1er avril 2009 sont appliquées aux tarifs des actes faits en cabinet et à domicile selon des modalités à convenir par les parties.

5. Des augmentations de 3 % au 1er avril 2008 et de 3 % au 1er avril 2009 sont appliquées aux tarifs des actes faits en soins de courte durée des centres hospitaliers selon des modalités à déterminer par les parties.

6. Selon des modalités à convenir par les parties, des augmentations de 5 % aux 1er avril 2008 et 2009 s'appliquent à la rémunération des services dispensés dans les services d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde pour les médecins rémunérés selon le mode de l'acte ainsi qu'aux services dispensés dans les unités de soins intensifs ou coronariens, en anesthésie, en obstétrique et en clinique externe.

7. Les parties conviendront des augmentations applicables aux secteurs d'activités non considérés ci-dessus.

III. BONIFICATION DE LA RÉMUNÉRATION POUR CERTAINS MILIEUX

8. Une somme récurrente de 4,5 M$ sera affectée, pour une moitié au 1er avril 2008, et, pour l'autre moitié, au 1er avril 2009, selon des modalités à déterminer par les parties à la rémunération des services dispensés par les médecins qui exercent en gériatrie de courte durée, en hébergement de longue durée, en adaptation-réadaptation, en psychiatrie, en toxicomanie, en soins palliatifs et pour certains programmes visés par l'entente particulière relative aux programmes spécifiques.

IV. PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ

9. Les mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité priorisées par les parties sont financées à terme à même l'investissement de la somme récurrente de 75 millions de dollars.

10. À cette somme s'ajoute 8 millions de dollars au 1er avril 2008, sur une base récurrente, provenant de la somme de 10 millions de dollars prévue à l'article 5 de l'Entente pour expérimenter de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne.

11. Cette somme de 8 millions de dollars sert à financer les mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité qui faciliteront la mise en place de nouveaux modèles.

12. La somme résiduelle de 2 millions de dollars est affectée à l'expérimentation de nouveaux modèles convenus entre les deux parties. À défaut d'entente entre les parties ou de mise en œuvre de nouveaux modèles, cette somme sera réaffectée au bénéfice des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité.

13. Les engagements relatifs aux mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité sont les suivants :

a) Dans le cadre de l'inscription générale de la clientèle, un forfait d'inscription de 10 $ en cabinet et de 7,50 $ en établissement est convenu pour une mise en application au 1er janvier 2009. À terme, les coûts de cette mesure sont évalués à 46,8 M$;

b) À compter du 1er juin 2008, des problèmes de santé s'ajoutent à la liste des catégories de patients vulnérables selon le tarif actuellement en vigueur du forfait annuel s'appliquant à la prise en charge et au suivi du patient vulnérable inscrit. À terme, les coûts sont évalués à 19,9 M$;

c) En ce qui a trait à la pratique en obstétrique, les mesures suivantes sont convenues :

Supplément de 40 $ en cabinet et de 30 $ en établissement à l'examen de prise en charge de grossesse fait au cours du premier trimestre de la grossesse;

Extension du supplément de 7,50 $ à chaque examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse en CLSC ou UMF;

Mentorat pour les vingt (20) premiers accouchements d'un médecin.

Ces mesures entrent en application le 1er juin 2008 et leurs coûts sont évalués à 1,6 M$;

d) En ce qui a trait à la pratique auprès des jeunes enfants, les mesures suivantes sont retenues :

Augmentation du tarif du supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans fait dans le cadre de l'ABCdaire de 9 à 15 $ en cabinet et ajout d'un nouvel acte tarifé à 11,25 $ en CLSC et UMF.

Extension à la pratique en établissement de ce supplément.

Ces mesures entrent en application le 1er juin 2008 et les coûts sont évalués à 1,3 M$;

e) En soins de courte durée, le médecin qui complète le résumé d'hospitalisation est rémunéré selon un tarif de 30 $. Cette mesure entre en application le 1er juin 2008 et entraînera des coûts de 7,2 M$. Cet acte est en lien avec la prise en charge du patient, à sa sortie de l'hôpital, dans un court délai, par un médecin de famille. Les modalités de rémunération relatives à cette prise en charge doivent être mises en application au 1er janvier 2009. Elles seront convenues ultérieurement par les parties;

f) La rémunération d'un coordonnateur médical local, par territoire de CSSS, débute le 1er juillet 2008. Cette mesure coûtera à terme 3,8 M$;

g) Une somme de 11,5 M$ sur une base récurrente sera consacrée à bonifier les conditions de rémunération des médecins enseignants. Les modalités de rémunération seront convenues ultérieurement. La mise en application progressive de ces conditions de rémunération débutera le 1er juillet 2008.

V. FINANCEMENT

14. Une somme de 39,8 M$ provenant de la non-atteinte accumulée au 31 mars 2007 sert à financer, jusqu'au 31 mars 2010, les engagements suivants :

a) Conformément à la *Lettre d'entente n° 191* intervenue entre les parties le 14 février 2008, la bonification de la rémunération, entrée en vigueur le 1er décembre 2007, dans les milieux de courte durée gériatrique, en hébergement de longue durée, en adaptation-réadaptation, en psychiatrie, en toxicomanie, en soins palliatifs et, pour certains programmes visés par l'entente particulière relative aux programmes spécifiques. La bonification prévue à l'article 8 ci-dessus est également financée selon ces modalités. Cet engagement financier totalise 33,8 M$;

b) L'abolition des échelons relatifs aux échelles des modes de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes. Le coût de cette mesure est de 6 M$ pour les deux années.

15. Les parties entreprennent à l'automne 2008 les travaux visant à déterminer la récurrence ou non de la non-atteinte accumulée au 31 mars 2007, étant entendu qu'une telle non-atteinte ainsi que, le cas échéant, la récurrence qui s'en dégage postérieurement à cette date, ne sont pas assujetties à l'article 3.6 c) de l'annexe IX de l'entente générale.

16. Les parties entreprennent également, pour la période s'échelonnant entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2010, les travaux visant à déterminer si une non-atteinte, récurrente ou non, se dégage au cours de cette période, étant entendu que, le cas échéant, l'article 3.6 c) de l'annexe IX de l'entente générale s'applique.

17. Selon les conclusions des travaux mentionnés aux articles 15 et 16 ci-dessus, à compter du 1er avril 2010, le financement des mesures identifiées à la *Lettre d'entente n° 191* dont la bonification de la rémunération dans les milieux de courte durée gériatrique, en hébergement de longue durée, en adaptation-réadaptation, en psychiatrie, en toxicomanie, en soins palliatifs et, pour certains programmes visés par l'entente particulière relative aux programmes spécifiques, est assuré par la non-atteinte dégagée dans un premier temps, sur une base non récurrente et, dans un deuxième temps, sur une base récurrente. La bonification prévue à l'article 8 ci-dessus est également financée selon cette modalité.

Dans le cas d'une non-atteinte insuffisante pour assurer le financement complet de ces bonifications, l'apport d'argent prévu pour le 1er avril 2010 au plan d'amélioration de l'accessibilité en assurera le financement récurrent résiduel.

18. S'il s'avère que la non-atteinte récurrente est supérieure à ce qui est nécessaire pour financer les bonifications de l'article 17 ci-dessus, celle-ci est affectée au financement récurrent de l'abolition des échelons relatifs aux échelles des modes de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes.

À défaut, l'apport d'argent prévu le 1er avril 2010 pour le redressement tarifaire en assurera le financement récurrent résiduel.

19. S'il s'avère que la non-atteinte dégagée sur une base récurrente est supérieure à ce qui est nécessaire pour financer les mesures décrites aux articles 17 et 18 ci-dessus, les parties affecteront ce surplus à des priorités à convenir entre elles selon les termes de l'annexe IX de l'entente générale.

VI. GARANTIE

20. Sous réserve d'une entente selon l'article 19 ci-dessus, les parties retiennent une portion des sommes qui seront dévolues au plan d'amélioration de l'accessibilité le 1er avril 2010 afin d'assurer, à cette date, le financement récurrent résiduel de la mesure 19 du plan d'amélioration liée à l'enseignement en médecine familiale.

21. Afin d'assurer à compter du 1er avril 2010 le financement, sur une base récurrente, du dépassement lié au redressement tarifaire des années 2008-2009 et 2009-2010, les parties retiennent une portion des sommes qui seront dévolues au redressement tarifaire le 1er avril 2010, à moins d'une entente à l'effet contraire selon l'article 19 ci-dessus.

VII. MISE À JOUR ET PRISE D'EFFET

22. L'annexe IX de l'entente générale sera amendée de façon à couvrir la période comprise entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2010 pour tenir compte des présentes dispositions.

23. La présente entente prend effet à compter de la date de sa signature.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 197

CONCERNANT L'INTÉGRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ, DES CONDITIONS DE PRATIQUE ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

CONSIDÉRANT que l'Entente intervenue dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n° 138* prévoit, pour les années 2008-2009 et 2009-2010, que les sommes disponibles sont affectées en partie au redressement tarifaire de la rémunération et en partie à des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux;

CONSIDÉRANT que les mesures du plan d'amélioration priorisées pour les années 2008-2009 et 2009-2010 sont ciblées sur la médecine de famille de première ligne et la prise en charge de patients vulnérables en milieu naturel ou en hébergement de longue durée;

CONSIDÉRANT que des activités en santé publique se situent en amont de la pratique de première ligne et qu'il importe de renforcer les activités de soutien à la pratique de médecine de famille et de les reconnaître comme partie intégrante du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux;

CONSIDÉRANT que les activités en santé publique en lien avec les services de première ligne doivent être reconnues par des incitatifs financiers et viser le plus grand nombre possible de médecins exerçant en santé publique afin d'assurer une meilleure équité de leur rémunération.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre en place un comité de travail dont le mandat est le suivant :

Identifier les activités de la santé publique en lien avec les services cliniques de médecine de famille pour la population en milieu naturel ou hébergée en longue durée particulièrement les activités réalisées au niveau local et comportant des interventions directes auprès des médecins de famille en cabinet ou en CLSC et auprès de leur équipe d'intervenants. Ces activités peuvent être notamment de l'information sur la population du territoire, de la diffusion de connaissances sur les pratiques les plus efficaces, de la production d'outils, de la formation, de la mise en place de processus d'évaluation et de rétroaction.

Faire des recommandations quant aux modalités d'application d'une majoration de 2 % sur la somme consacrée à l'ensemble des activités en santé publique le tout applicable aux 1er avril 2008 et 2009 sur la rémunération des activités identifiées.

2. Le comité de travail est composé de représentants du MSSS et de la FMOQ. Les membres du comité peuvent faire appel à des personnes-ressources œuvrant en santé publique.

3. Le comité fait ses recommandations au plus tard le 1er juillet 2008.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 198

CONCERNANT LA RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PARTICIPANT À LA PREMIÈRE PHASE DU PROJET EXPÉRIMENTAL DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC (DSQ)

CONSIDÉRANT l'avis du ministre de la Santé et des Services sociaux concernant la mise en place du projet expérimental du DSQ publié dans la Gazette officielle du Québec le 20 février 2008;

CONSIDÉRANT que la première phase du projet expérimental qui débute le 15 mai 2008 et se termine le 31 août 2008;

CONSIDÉRANT l'entente à intervenir entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et chacun des professionnels de la santé du Groupe de médecine de famille Saint-Vallier;

CONSIDÉRANT l'intérêt des parties de poursuivre les discussions sur l'étendue des droits et obligations des participants au projet expérimental eu égard à la responsabilité civile de chacun.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un comité de travail, composé de représentants du MSSS et de la FMOQ, est formé sans délai.

2. Ce comité a pour mandat de revoir l'étendue des droits et obligations des participants eu égard à leur responsabilité civile découlant de la première phase du projet expérimental du DSQ, dont notamment la protection accordée aux professionnels de la santé et à leur personnel ainsi que les cas d'exonération et de partage possibles.

3. Le comité fait ses recommandations au plus tard le 31 mai 2008.

4. L'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et chacun des professionnels de la santé du Groupe de médecine de famille Saint-Vallier est modifiée, le cas échéant, en tenant compte de ces recommandations.

5. La présente entente prend effet à compter du 8 mai 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 203

CONCERNANT L'INTÉGRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ, DES CONDITIONS DE PRATIQUE ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

CONSIDÉRANT que l'Entente intervenue dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n° 138* prévoit, pour les années 2008-2009 et 2009-2010, que le redressement de la rémunération est de 5 % au 1er avril 2008 et de 5 % au 1er avril 2009, que la moitié de ce redressement est affectée à des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux (ci-après plan d'amélioration) et qu'à partir du 1er avril 2010 une somme spécifique est allouée au plan d'amélioration;

CONSIDÉRANT la nécessité d'intégrer les services de santé publique au plan d'amélioration tant pour les années 2008-2009 et 2009-2010 que pour les années suivantes et l'importance de reconnaître, par des incitatifs financiers, l'apport des médecins de santé publique au soutien des services de première ligne;

CONSIDÉRANT que les médecins qui exercent en santé publique sont rémunérés selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire et que, dans le cadre du redressement de la rémunération, les taux de rémunération applicables aux modes des honoraires fixes et du tarif horaire sont augmentés de 3 % au 1er avril 2008 et de 3 % au 1er avril 2009;

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu de la *Lettre d'entente n° 197* relative à la nécessité de traiter équitablement les médecins exerçant en santé publique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'intégrer au plan d'amélioration les activités de la santé publique qui visent à soutenir les services de santé de première ligne dont particulièrement ceux réalisés au niveau local et qui comportent des activités directes auprès des intervenants concernés.

Les activités de santé publique ainsi reconnues doivent être en lien avec les mesures de santé du plan d'amélioration et aider les professionnels de la santé à atteindre leurs objectifs.

2. De s'entendre sur les points suivants :

a) À compter du 1er avril 2008, d'allouer une prime horaire de soutien aux services de santé de première ligne équivalente à une augmentation de 2 % sur l'ensemble de leur rémunération, et ce, pour 70 % des heures rémunérées dans le cadre de l'entente particulière relative à la santé publique.

Les heures faites en santé et sécurité au travail sont considérées aux fins de cette disposition.

b) À compter du 1er janvier 2009, d'introduire, relativement aux domaines d'interventions, les secteurs d'activités suivants :

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale

Les habitudes de vie et les maladies chroniques

1. La participation à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques
2. Les habitudes de vie

Les traumatismes non intentionnels

Les maladies infectieuses

La santé environnementale

La santé et la sécurité en milieu de travail

c) Pour l'ensemble des domaines d'intervention à l'exception de la santé et la sécurité en milieu de travail, d'allouer, à compter du 1er avril 2009, un forfait de soutien à la première ligne de 20 $ par heure dont les modalités sont à déterminer par les parties sur la base des éléments suivants :

Une enveloppe annuelle totale de 20 000 forfaits de soutien à la première ligne est allouée et répartie entre les directions régionales de santé publique et l'Institut de santé publique, selon des critères à déterminer par les parties;

La banque doit être affectée selon les domaines d'intervention priorisés par chacune des directions de la santé publique et par l'Institut de santé publique;

Cette banque doit viser une majorité de médecins;

Le soutien à la première ligne est défini comme toute forme d'interventions directes auprès des intervenants de première ligne des CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et des cabinets privés que ce soit sous la forme de rencontres, de sessions de formation, d'information ou autres, visant notamment l'intégration des pratiques cliniques préventives par ces intervenants;

La répartition entre les médecins des banques de forfaits de soutien à la première ligne, sur base annuelle, est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS , après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement ou des établissements désignés selon le paragraphe 5.02 de l'entente particulière relative à la santé publique, ou par le directeur de l'Institut de la santé publique;

Tout montant résiduel provenant de l'enveloppe annuelle de forfaits de soutien à la première ligne sera versé aux médecins exerçant en santé publique selon des modalités à convenir entre les parties.

d) De former le plus rapidement possible un comité de travail conjoint dont le mandat est le suivant :

Faire le suivi de la mesure décrite ci-dessus au paragraphe 2 c), en évaluer l'application ainsi que l'atteinte des objectifs poursuivis et, si requis, proposer aux parties négociantes les correctifs nécessaires;

Préciser les activités ou les moyens d'intervention de santé publique considérés comme les plus efficaces pour soutenir les services de santé de première ligne;

Proposer des modalités de rémunération incitatives pour ces activités ou moyens d'intervention;

Revoir le plan d'amélioration pour examiner la possibilité de dégager les sommes requises pour la mise en place de ces modalités de rémunération incitative;

Remettre aux parties négociantes un rapport d'étape au 1er juin 2009 dans le but d'une mise en application graduelle de ces modalités de rémunération incitatives à compter du 1er avril 2010 au fur à mesure que le permettront l'état des travaux et les disponibilités budgétaires.

e) De former le plus rapidement possible un comité de travail conjoint spécifiquement sur la santé et sécurité au travail en collaboration avec la CNESST pour mettre en place, au 1er avril 2009, une mesure incitative, évaluée à 2 % de la rémunération versée en santé et sécurité au travail, et applicable à un ou des moyens d'intervention priorisés. Ce comité devra, en outre, faire des propositions quant à l'instauration d'autres mesures incitatives à compter du 1er avril 2010.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 204

CONCERNANT LE PROJET DE TÉLÉ-SANTÉ ENTRE LE CISSS DE LANAUDIÈRE-CH RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE ET LA COMMUNAUTÉ ATIKAMEKW DE MANAWAN

CONSIDÉRANT que le CISSS de Lanaudière - CH régional de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan ont conclu une entente de télé-santé (ci-après « l'Entente de télé-santé »);

CONSIDÉRANT que les services visés par l'Entente de télé-santé concernent, notamment, des services de santé en obstétrique dispensés par des médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modalités de rémunération doivent être adaptées à cette pratique :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui, au cours d'une demi-journée, effectue des consultations en obstétrique dans le cadre de l'Entente de télé-santé conclue entre le CISSS de Lanaudière - CH régional de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire.

2. En sus de la rémunération prévue à l'article précédent, un forfait est versé pour chacune des consultations effectuées auprès d'une patiente. Le montant du forfait est de 17,60 $ au 1er septembre 2018 et de 17,80 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Pour la rémunération **à l'acte**, utiliser :*

*- le code de facturation **19900**;*

*- le code du lieu de dispensation spécifique **00853**;*

- le secteur d'activité **Clinique Externe**.

***Aucun autre service rémunéré à l'acte ne doit être facturé pour ce patient le même jour**.*

*Pour la rémunération **à tarif horaire ou à honoraires fixes**, utiliser :*

*- le code d'activité **087146** (télé-santé/consultation en obstétrique);*

*- le code d'installation **0085X**.*

AVIS **:** *L'installation doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

3. La rémunération des services médicaux visés aux présentes est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

4. Les services sont réputés dispensés en clinique externe du CH régional de Lanaudière.

5. Les modalités de rémunération prévue aux articles précédents sont exclusives.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 24 novembre 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 205

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE CERTAINES DISPOSITIONS DE L'AMENDEMENT No 108

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser pour la période du 1er octobre 2008 au 31 décembre 2008 les montants découlant des modifications à l'annexe XII convenues par l'*Amendement n° 108* à son paragraphe 1 H) a).

2.00 Ces montants sont déterminés selon des modalités à convenir par les parties. Ils sont versés le ou vers le 15 avril 2009.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le jour de sa signature et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 206

CONCERNANT LES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ ASSURÉE DANS LE CADRE DE LA MÉDECINE HYPERBARE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

SECTION I : DISPOSITIONS APPLICABLES À L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS DU CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

1. La garde en disponibilité dans le cadre du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis est assurée toute la semaine mais n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

a) qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h;

b) qu'à compter du lundi au vendredi de 0 h à 8 h;

c) qu'à compter du lundi au vendredi de 20 h à 24 h.

2. Elle est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait de 66,40 $ au 1er septembre 2018 et de 82,40 $ au 1er avril 2019, par quart de garde de huit (8) heures, additionné de la rémunération à l'acte, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période.

Si une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde, le forfait prévu à la présente lettre d'entente devient, quant à cette portion de quart de garde, divisible. Il est alors payé au médecin par la Régie au prorata du temps de garde effectué par le médecin.

AVIS **:** ***La fin de semaine, du samedi 0 h au dimanche 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h****, inscrire :*

- le code de facturation ***19043****;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Voir le paragraphe 2.4.7.6 du préambule général.

En semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h*, inscrire :*

- le code de facturation ***19078****;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3. Un seul médecin à la fois peut se prévaloir, pour un même quart de garde ou portion de quart de garde, des dispositions de la présente lettre d'entente.

SECTION II : DISPOSITIONS APPLICABLES AU CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD (PAVILLON ESCOUMINS) DU CISSS DE LA CÔTE-NORD

4. La garde en disponibilité dans le cadre de la médecine hyperbare du CISSS de la Côte-Nord (Pavillon Escoumins) doit être assurée durant toute la semaine, soit vingt-quatre (24) heures par jour sept (7) jours par semaine.

5. Deux (2) forfaits hebdomadaires sont attribués pour cette garde.

Le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison de deux (2) forfaits hebdomadaires. Les services médicaux dispensés durant cette période sont rémunérés selon les dispositions de l'Entente générale. Le montant du forfait est de 66,40 $ au 1er septembre 2018 et de 82,40 $ au 1er avril 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19901**.*
Ce forfait n'est pas divisible sur une base horaire.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou, en son absence le directeur des services professionnels procède à la répartition des forfaits hebdomadaires de garde en disponibilité entre les médecins.

CONDITION D'APPLICATION

6. Pour se prévaloir des modalités de rémunération de la garde en disponibilité de la présente lettre d'entente, le médecin doit détenir dans l'installation désignée d'un des établissements concernés, une nomination et des privilèges spécifiques en médecine hyperbare.

Un seul médecin à la fois peut se prévaloir, pour un même quart de garde ou portion de quart de garde, des dispositions de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Le comité paritaire transmet à la Régie le nom des médecins détenant une nomination et des privilèges spécifiques en médecine hyperbare dans l'installation désignée des établissements concernés par la présente LE n° 206.*

MISE EN VIGUEUR

7. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 157*. Elle entre en vigueur le 1er septembre 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 210

CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT l'Entente intervenue dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n° 138* entre la FMOQ et le MSSS;

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins omnipraticiens au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT que les cotisations payables à l'ACPM pour l'assurance responsabilité professionnelle ont diminué de façon importante pour l'année 2009;

CONSIDÉRANT le renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle convenue par la FMOQ et le MSSS pour l'année 2009 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées par le renouvellement de cette entente particulière entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2009;

CONSIDÉRANT que la FMOQ et le MSSS souhaitent affecter une partie de cette diminution de coût au financement de la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu des modalités du renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle intervenue pour l'année 2009, les parties négociantes évaluent à un montant de 2,6 M$ la diminution des coûts attribuable à l'assurance responsabilité professionnelle payable en vertu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour l'année 2009.

2. Une réserve de 2,6 M$ est ainsi constituée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2010 ou, d'ici au renouvellement de l'Entente générale, pour toute année subséquente.

3. Les parties négociantes conviennent d'affecter cette réserve au financement de la rémunération de la formation des médecins dans le cadre du programme AMPRO^{OB} à compter du 1er avril 2008.

4. Dans l'éventualité d'une augmentation du coût des cotisations à l'ACPM pour l'année 2010 ou, d'ici au renouvellement de l'entente générale, pour une année subséquente et advenant que le financement de cette augmentation ne peut être effectué à même la réserve identifiée à cet égard à l'article 2, et ce, en raison de l'affectation de cette réserve au financement prévu à l'article 3, les parties négociantes s'engagent à financer le coût de la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} pour l'année 2010 ou pour cette année subséquente par une partie de la non-atteinte générale accumulée.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 211

CONCERNANT LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE DE FAMILLE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Une somme de 0,6 M$ est consacrée, annuellement et sur une base récurrente, à la rémunération, selon les dispositions à convenir par les parties, des médecins qui effectuent de la recherche en médecine de famille;

2. Les modalités de financement de cette mesure sont les suivantes :

2.1 Pour la période s'échelonnant entre le 1er juillet 2008 et le 31 mars 2010, le financement est assuré comme suit :

a) D'abord par le montant de la non-atteinte accumulée sur une base non récurrente provenant de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant;

b) À défaut de couvrir tout le financement requis, par une partie du montant de la non-atteinte générale accumulée sur une base non récurrente.

2.2 À compter du 1er avril 2010, le financement est assuré comme suit :

a) D'abord par le montant de la non-atteinte accumulée sur une base récurrente provenant de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant;

b) À défaut de couvrir tout le financement requis, par une partie du montant dévolu, sur une base récurrente, au plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services sociaux selon des modalités à convenir entre les parties ultérieurement.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 213

AYANT TRAIT À LA SUPERVISION MÉDICALE DISPENSÉE DANS LE CADRE DE LA FORMATION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

CONSIDÉRANT que la formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) est dispensée par plusieurs universités depuis quelques années;

CONSIDÉRANT que la formation d'une IPS comprend, notamment, un stage, d'une durée déterminée par les autorités compétentes, lequel est supervisé par un médecin omnipraticien dans le cadre d'un milieu de stages reconnu par une université;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer la rémunération des médecins qui supervisent ces stages;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le médecin qui assure la supervision du stage d'une IPS pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de la section I de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.

AVIS **:** *Pour les activités de supervision :*
- utiliser ***une facture distincte pour chacun des demi-*****per diem** *demandés selon les codes de facturation ci-dessous;*
- indiquer l'heure de début du service;
- inscrire le ***nombre d'IPSPL en formation supervisées par demi-journée*** *et le numéro qui leur est attribué par la RAMQ (81XXXX) à la section* Autre (personne autre qu'un patient). *Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.*

Avant de facturer les demi-**per diem***, vérifier si le lieu de formation est inscrit à la liste 1 ou à la liste 2 de l'EP 42 – Médecin enseignant.*

S'il s'agit d'un lieu inscrit à la ***liste 1****, utiliser le code de facturation :*
- ***19922*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*
- ***19923*** *si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);*
- ***19924*** *si le lieu est un GMF-U en établissement.*

S'il s'agit d'un lieu inscrit à la ***liste 2****, utiliser le code de facturation :*
- ***19925*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*
- ***19926*** *si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);*
- ***19927*** *si le lieu est un GMF-U en établissement.*

La rémunération relative aux services rendus dans un établissement de la liste 2 est sujette aux majorations des annexes XII et XII-A.

2.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 216

CONCERNANT LES MODALITÉS DE FINANCEMENT DES COÛTS DÉCOULANT DE LA MODIFICATION APPORTÉE PAR L'AMENDEMENT No 112 À L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX SERVICES D'URGENCE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Suite à la modification apportée par l'*Amendement n° 112* à l'entente particulière relative aux services d'urgence concernant l'ajout du régime B de rémunération, les coûts découlant du transfert du régime A au régime B des établissements adhérents, au 1er septembre 2009, à l'entente précitée, sont comptabilisés au 31 mars 2011 sur la base des dépenses réelles supplémentaires et financés de la façon suivante :

a) pour les années 2009-2010 et 2010-2011, ces coûts supplémentaires sont financés à même le montant non-récurrent de la non-atteinte accumulée au 31 mars 2010.

b) à compter du 1er avril 2011, le financement récurrent est assuré par les augmentations consenties dans le cadre du renouvellement de l'entente générale ou par celles consenties dans le cadre du redressement de la rémunération.

2.00 Les coûts résultant de l'adhésion, après le 1er septembre 2009, à l'entente particulière d'un établissement dont les médecins ont opté pour le régime B sont évalués par les parties au 31 mars 2011. S'il y a lieu, les parties conviendront, alors, des modalités de financement requises.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de mars 2010.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 217

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION APPLICABLE AU RÉSEAU DE CLINIQUES MÉDICALES DE DRUMMONDVILLE

CONSIDÉRANT qu'un regroupement de médecins conviennent d'exercer leur profession dans le cadre d'un réseau de cliniques médicales sur le territoire de Drummondville tel qu'agréé par le Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec en matière d'accessibilité aux services médicaux;

CONSIDÉRANT que pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, le Réseau de cliniques médicales de Drummondville doit répondre aux conditions d'admissibilité apparaissant au paragraphe 3.01 de l'Entente particulière relative aux cliniques réseaux sauf en ce qui concerne l'exigence de dispenser des services sans rendez-vous sur un site unique;

CONSIDÉRANT que le Réseau de cliniques médicales de Drummondville privilégie que les services sans rendez-vous seront dispensés dans le même site selon les jours de la semaine;
CONSIDÉRANT les caractéristiques particulières de l'offre de services relative au réseau d'accessibilité sur le territoire de Drummondville convenue, au cours de l'automne 2009, entre le regroupement de médecins du Réseau de cliniques médicales de Drummondville, le Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et le CIUSS de Drummond

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

1.01 Toutes les dispositions de l'article 4.00 de l'Entente particulière concernant la rémunération applicable dans une clinique réseau s'appliquent au médecin qui exerce sa profession au sein du Réseau de cliniques médicales de Drummondville.

AVIS **:** *Pour les services rendus en horaires défavorables*

En semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, entre 18 h et 22 h :

*- utiliser le code de facturation **19100**;*

- indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie requis.

En fin de semaine et les jours fériés, entre 8 h et 16 h :

*- utiliser le code de facturation **19101**;*

- indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

De même, en faisant les adaptations nécessaires, les modalités prévues à l'article 7.00 de l'entente particulière concernant les cliniques réseau s'appliquent au Réseau de cliniques médicales de Drummondville. Toutefois, les modalités d'exclusion du paragraphe 7.01 s'appliquent exclusivement aux lieux désignés comme site où les services sans rendez-vous seront dispensés pour chaque journée donnée.

AVIS **:** *Pour la compensation des frais de cabinet pour les services rendus durant une période de garde pour la population générale dans la partie réservée au sans rendez-vous, utiliser :*

*- le code de facturation **19928** (services rendus à au moins 10 patients);*

*- le code de facturation **19929** (services rendus à au moins 20 patients);*

- l'élément de contexte **Sans rendez-vous - clinique réseau**.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus au sans rendez-vous pendant une période de garde, utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous - clinique réseau**.

Ne pas utiliser cet élément de contexte pour les services rendus au sans rendez-vous pour la clientèle du GMF pendant une journée où le site du médecin n'est pas visé par l'horaire déterminé par le Réseau de cliniques médicales de Drummondville pour la clientèle générale.

2.00 ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES

2.01 Les activités professionnelles visées au présent article couvrent les activités médico-administratives découlant des obligations spécifiques du Réseau de cliniques médicales de Drummondville en ce qui a trait notamment à l'organisation des services de première ligne, à la coordination avec le CSSS et autres intervenants du réseau local, à la confection des horaires de travail du sans rendez-vous et au recrutement.

Aux fins de l'application de ces obligations spécifiques, dont principalement la confection des horaires de travail du sans rendez-vous, le médecin responsable doit tenir compte des contraintes auxquelles le médecin dispensateur des services médicaux est confronté.

2.02 Les activités professionnelles décrites ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six (6) forfaits par semaine. Le montant du forfait est de 64,90 $ au 1er janvier 2012 et de 67,65 $ au 1er juin 2013.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19102**.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'activité.
Ce forfait n'est pas divisible sur une base horaire.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.03 Le médecin responsable du Réseau de cliniques médicales de Drummondville se prévaut au moins de la moitié des forfaits prévus à cet article. Il est responsable de la répartition des forfaits résiduels entre les médecins qui réalisent les activités décrites au paragraphe 2.01 ci-dessus.

3.00 PROCÉDURES D'ADHÉSION

3.01 Les modalités d'adhésion du Réseau de cliniques médicales de Drummondville visé par la présente lettre d'entente sont celles mentionnées à l'article 8.00 de l'*Entente particulière concernant une clinique réseau*.

AVIS **:** *Les sites désignés par le Réseau de cliniques médicales de Drummondville sont :*

- 54080 Centre médical Saint-François (GMF)	*2009-11-16*
- 55236 Clinique des urgentologues	*2009-11-16*
- 54076 Centre médical AJC (GMF)	*2009-11-16*
- 54135 Centre médical Drummond (GMF)	*2009-11-16*
- 93872 CLSC Drummond	*2012-02-06*
- 54075 Centre de santé (GMF)	*2012-02-06*

4.0 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 16 novembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de mars 2010.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 221

CONCERNANT LE FINANCEMENT DES MAJORATIONS SUPPLÉMENTAIRES APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES DISPENSÉS EN HORAIRES DÉFAVORABLES

CONSIDÉRANT que, selon les prévisions de la RAMQ en date de janvier 2010, une non-atteinte accumulée de l'enveloppe budgétaire globale de l'ordre du 44 M $ devrait être constatée à la fin de l'Accord-cadre 2004-2010 prévue pour le 31 mars 2010;

CONSIDÉRANT que la priorité d'affectation de cette disponibilité financière est la mise en application de la mesure no 5 du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux, soit l'amélioration des services de première ligne en horaires défavorables;

CONSIDÉRANT qu'afin de ne pas désavantager des secteurs d'activités prioritaires et d'uniformiser les majorations applicables en horaires défavorables, il y a lieu de traiter de façon analogue tous les secteurs d'activités qui doivent offrir des services en horaires défavorables;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. LES MESURES VISÉES

1.1 Les mesures visées par la présente lettre d'entente sont les suivantes :

a) Les majorations supplémentaires à celles existant préalablement pour les services dispensés en horaires défavorables et telles que convenues par l'*Amendement n° 113* et par l'annexe n° XX ajoutée à l'Entente par l'*Amendement n° 113* ;

b) L'augmentation du forfait ou supplément pour horaires défavorables consentie par l'*Amendement n° 113* et par l'annexe n° XX ajoutée à l'Entente par l'*Amendement n° 113* ainsi que l'octroi de ce supplément consenti par ces mêmes documents d'entente aux médecins qui exercent dans les services d'urgence les samedi, dimanche et journée fériée;

c) L'augmentation du tarif des actes avec déplacement convenue par l'*Amendement n° 113*.

d) L'augmentation de la rémunération des services dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens apportée par le biais des modifications tarifaires convenues à l'*Amendement n° 118*.

2. LE FINANCEMENT

2.1 Pour la période s'échelonnant entre la date d'application des mesures en cause et le 31 mars 2011, le financement des mesures visées à la présente lettre d'entente est assuré par le montant de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base non récurrente, au 31 mars 2010 et, si nécessaire, par le montant de 24,7 M$ disponible au 1er avril 2010 dans le cadre du plan d'amélioration.

2.2 À compter du 1er avril 2011 ou subséquemment lorsque le montant de la non-atteinte non récurrente est épuisé, le financement récurrent de ces mesures est assuré de la façon suivante :

a) Premièrement, par le montant total ou partiel de la non-atteinte qui se dégagera au 31 mars 2011, si une telle non-atteinte est constatée;

b) Deuxièmement, par une partie ou la totalité du montant de 24,7 M$ qui était disponible au 1er avril 2010 dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité;

c) Et enfin, dans le cas où ces montants sont insuffisants, par une partie ou la totalité du montant de 24,7 M$ prévu au 1er avril 2011 dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité;

d) S'il s'avère que ces montants ne suffisent pas à assurer le financement récurrent des mesures visées à la présente lettre d'entente, une partie ou la totalité du montant de 24,7 M$ prévu au 1er avril 2012 dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité sera affectée à ce financement.

3. LA MISE EN VIGUEUR

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour d'août 2010.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 223

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ÉVALUATIONS MÉDICALES EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

CONSIDÉRANT qu'en vertu de certaines lois provinciales et fédérales, un médecin peut être requis de procéder à diverses évaluations psychiatriques ou de l'état mental d'une personne;

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

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.....	145,70 $

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Séance différente** *pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent du patient à l'urgence durant les 72 heures de la première évaluation pour garde préventive de ce patient.*

Inscrire la date de mise sous garde préventive comme date de service.

Aucun examen ou visite ne peut être facturé à la même séance que le code de facturation ***98000****.*

1.2 Évaluation psychiatrique dans le cadre d'une garde provisoire

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin à la suite d'une ordonnance de garde émise par un tribunal lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile. 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.....	192,30 $

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*

Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant ***60 mois*** *pour référence.*

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 à la suite de 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, et ce, lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile.

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

98002	Évaluation psychiatrique – Prolongation d'une garde.....	192,30 $

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*
*Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant **60 mois** pour référence.*

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 en vue de l'émission d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement par un tribunal lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile. 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.....	874,10 $

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*
*Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant **60 mois** pour référence.*

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 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, et ce, lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile.

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.....	145,70 $

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*
*Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant **60 mois** pour référence.*

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 à la suite d'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.....	244,75 $

AVIS **:** *L'évaluation psychiatrique est assurée en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal.*

Ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit admissible ou non au régime d'assurance maladie du Québec. La présentation de la carte d'assurance maladie ne peut être exigée de l'accusé pour un service rendu dans le cadre de ce programme.

Lorsque l'accusé ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service, inscrire ses nom, prénom, date de naissance et sexe.

Lorsque l'accusé présente une carte d'assurance maladie valide à la date du service, inscrire son numéro d'assurance maladie et la date du service. Utiliser l'élément de contexte **Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès**.

Aucun examen ou visite ne peut être facturé pour la même séance.

Conserver l'ordonnance délivrée par le tribunal pendant ***60 mois*** *pour référence.*

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 à la suite d'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 à la suite de 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..... 728,45 $

AVIS **:** *L'évaluation psychiatrique est assurée en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal.*

Ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit admissible ou non au régime d'assurance maladie du Québec. La présentation de la carte d'assurance maladie ne peut être exigée de l'accusé pour un service rendu dans le cadre de ce programme.

Lorsque l'accusé ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service, inscrire ses nom, prénom, date de naissance et sexe.

Lorsque l'accusé présente une carte d'assurance maladie valide à la date du service, inscrire son numéro d'assurance maladie et la date du service.

Utiliser l'un des éléments de contexte suivants :

- - **Pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle***;*
- - **Pour 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**.

Aucun examen ou visite ne peut être facturé pour la même séance.

Conserver l'ordonnance délivrée par le tribunal pendant ***60 mois*** *pour référence.*

1.8 Évaluation psychiatrique demandée par le Tribunal administratif du Québec

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin 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..... 483,75 $

AVIS **:** *L'évaluation psychiatrique est assurée en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal.*

Ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit admissible ou non au régime d'assurance maladie du Québec. La présentation de la carte d'assurance maladie ne peut être exigée de l'accusé pour un service rendu dans le cadre de ce programme.

Lorsque l'accusé ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service, inscrire ses nom, prénom, date de naissance et sexe.

Lorsque l'accusé présente une carte d'assurance maladie valide à la date du service, inscrire son numéro d'assurance maladie et la date du service.

Utiliser l'un des éléments de contexte suivants :

- **Pour déterminer la décision qui devrait être prise dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé***;*
- **Pour déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 du Code criminel, dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé**.

Aucun examen ou visite ne peut être facturé pour la même séance.

*Conserver l'ordonnance délivrée par le tribunal pendant **60 mois** pour référence.*

Est également visée l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin 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, et ce, lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile.

98008 Évaluation psychiatrique – Commission des affaires sociales..... 483,75 $

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*

*Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant **60 mois** pour référence.*

1.9 Évaluation médicale relative à une mesure de protection (tutelle, représentation temporaire ou homologation d'un mandat).

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin omnipraticien dans le but de l'instauration d'une mesure de protection (tutelle, représentation temporaire ou homologation d'un mandat) ou de la modification de celle-ci et ayant pour objectif de déterminer l'aptitude d'une personne à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens.

La tarification de l'évaluation comprend la rédaction du rapport.

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

98009 Évaluation médicale – Mesure de protection..... 483,75 $

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*
*Conserver pour une période de **60 mois** la demande de la curatelle publique, de la famille ou d'un proche pour référence ultérieure.*

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 et ayant pour objet de guider le tribunal 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 à la rédaction du rapport.

98010 Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents 483,75 $

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*
*Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant **60 mois** pour référence.*

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 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..... 483,75 $

Le médecin qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour un même patient, les services codés 09070, 09073 ou 09077.

AVIS **:** *Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que cette évaluation.*
*Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant **60 mois** pour référence.*

2. Témoignage devant une cour ou un tribunal administratif

Le médecin qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif en regard d'un rapport d'évaluation psychiatrique visé aux présentes dont il est l'auteur, a droit à une rémunération de 969,50 $ au 1er septembre 2018 et de 979,30 $ au 1er octobre 2019 par demi-journée (période de trois heures et demie (3 ½)) de disponibilité, incluant la comparution proprement dite, demi-journée pendant laquelle il ne peut vaquer à ses activités habituelles. Cette rémunération est divisible en demi-heure. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata du temps réel de la disponibilité, sous réserve du fait que pour les fins de la facturation, une période inférieure à deux (2) heures est réputée être de deux (2) heures et qu'une période de plus de sept (7) heures est réputée être de sept (7) heures.

98012 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure..... 139,90 $

AVIS **:** *Indiquer la durée de présence au tribunal.*

Le médecin qui reçoit, au cours d'une période, la rémunération prévue à l'alinéa précédent ne peut être rémunéré autrement dans le cadre de l'assurance maladie pour des activités professionnelles effectuées durant sa période de disponibilité à comparaître.

AVIS **:** *Si le témoignage du médecin est en relation avec l'un des codes de facturation* ***98005, 98006*** *ou* ***98007****, voir les instructions spécifiques à ces codes.*

Pour le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, utiliser le code de facturation ***98012****.*

Aucun examen ou visite ne peut être demandé à la même séance que le code de facturation ***98012****.*

Conserver l'ordonnance de garde délivrée par le tribunal pendant ***60 mois*** *pour référence.*

3. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente n'est sujette à aucune des majorations prévues à l'entente générale, lettre d'entente ou entente particulière à l'exception des majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente.

4. La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5. Durant une période où il serait autrement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, le médecin qui effectue une ou des activités visées par la présente lettre d'entente, peut choisir d'être rémunéré selon la tarification prévue en vertu de la présente lettre d'entente. Lorsqu'il opte pour la rémunération prévue par la présente lettre d'entente, le médecin ne peut, en regard de l'activité donnée, être rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes durant le temps où il effectue l'activité en cause.

6. 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*.

7. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n° 220* du 1er janvier 2010. Elle entre en vigueur le 1er décembre 2010 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de février 2011.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 224

CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins omnipraticiens au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT que les cotisations payables à l'ACPM pour l'assurance responsabilité professionnelle bien qu'ayant augmentées pour l'année 2010 demeurent inférieures à celles de l'année 2008;

CONSIDÉRANT le renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle convenue par la FMOQ et le MSSS pour l'année 2010 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées par le renouvellement de cette entente particulière entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2010;

CONSIDÉRANT que la FMOQ et le MSSS souhaitent, avec la totalité du montant provenant de cette diminution des coûts, créer une réserve qui servira à compenser une future hausse du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2011 ou, pour toute année subséquente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu des modalités du renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle intervenue pour l'année 2010, les parties négociantes évaluent à un montant de 1,5 M$ la diminution des coûts attribuables à l'assurance responsabilité professionnelle payables en vertu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour l'année 2010.

2. Une réserve de 1,5 M$ est ainsi constituée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2011 ou pour toute année subséquente.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 227

CONCERNANT LES NÉGOCIATIONS RELATIVES À L'INTÉGRATION DES DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES DANS LA PRATIQUE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29);

ATTENDU que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'importance de favoriser l'intégration des dossiers médicaux électroniques dans la pratique des médecins omnipraticiens;

ATTENDU que les dossiers médicaux électroniques permettront notamment d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins;

ATTENDU que le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec collaborent à l'homologation des dossiers médicaux électroniques;

ATTENDU que le gouvernement, en accord avec les différents intervenants du réseau de la santé dont les médecins omnipraticiens, prévoit utiliser un numéro d'identification unique pour l'ensemble des usagers québécois;

CONSIDÉRANT l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'entreprendre avec célérité, dans le cadre du renouvellement de l'entente générale venant à échéance le 31 mars 2010, des négociations en vue de conclure une entente concernant des modalités de financement et de soutien à l'intégration des dossiers médicaux électroniques dans la pratique des médecins omnipraticiens en cabinet privé.

2. Il est entendu que les modalités à négocier seront distinctes et complémentaires à celles déjà convenues dans l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec.

3. À cette fin, les éléments suivants seront notamment pris en considération par les parties :

a) Les différentes modalités permettant au médecin participant d'acquérir les équipements nécessaires à l'utilisation d'un dossier médical électronique et de bénéficier des mesures de soutien;

b) Les modalités de financement ou de remboursement dans le cas des médecins ayant déjà implanté des dossiers médicaux électroniques dans leur milieu de pratique;

c) L'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques avec le Dossier de santé du Québec.

4. Advenant la conclusion d'une entente selon les paramètres de la présente, il est entendu que les médecins pratiquant en cabinet privé pourront bénéficier des modalités prévues dans l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec, et ce, même si le Dossier de santé du Québec n'est pas encore disponible dans leur localité.

Toutefois, pour bénéficier de ces modalités, le médecin devra s'engager à adhérer éventuellement à l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec lorsque celui-ci sera disponible dans sa localité.

5. De convenir en temps opportun des modalités entourant l'intégration dans les milieux de pratique de l'identifiant unique.

6. Cette lettre d'entente prend effet le 29 juin 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26e jour de mai 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 228

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE L'AMENDEMENT No 116

CONSIDÉRANT que les services médicaux rendus par les médecins font l'objet d'un redressement tarifaire à compter du 1er avril 2010;

CONSIDÉRANT que l'*Amendement n° 116* applique les augmentations au 1er octobre 2010 sauf quant aux services prévus aux articles 23 A) et 23 B) de cet amendement, lesquelles augmentations s'appliquent à compter du 1er janvier 2011;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de convenir de modalités de versements de montants forfaitaires sur la rémunération versée pour la période du 1er avril 2010 au 30 septembre 2010 et pour la période du 1er avril 2010 au 31 décembre 2010, selon le cas;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2010 au 30 septembre 2010, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'*Amendement n° 116 ,* à l'exception de ceux prévus à l'article 23 A) et 23 B) de cet amendement.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2010 et le 30 juin 2010, ce montant est versé le ou vers le 30 novembre 2010 selon des modalités à convenir entre les parties;

b) pour la période comprise entre le 1er juillet 2010 et le 30 septembre 2010, ce montant est versé le ou vers le 28 février 2011 selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Pour la période du 1er avril 2010 au 31 décembre 2010, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés aux articles 23 A) et 23 B) de l'*Amendement n° 116*. Ce montant est versé le ou vers le 30 juin 2011 selon des modalités à convenir entre les parties.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de février 2011.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 229 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199

AYANT TRAIT À L'INTÉGRATION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPS-SPL) DANS UN CABINET PRIVÉ, DANS UN CLSC OU DANS UN GMF-U

CONSIDÉRANT que l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, un CLSC ou un GMF-U se fait dans le cadre d'une entente de partenariat convenue entre l'IPS-SPL et le ou les médecins du cabinet privé, du CLSC ou du GMF-U;

CONSIDÉRANT qu'un Centre intégré de santé et de services sociaux ou, selon le cas, Centre intégré universitaire de santé ou de services sociaux (ci-après CISSS ou, selon le cas, CIUSSS), après consultation auprès du chef du département régional de médecine générale (DRMG), peut offrir à un cabinet privé de son territoire les services professionnels d'une IPS-SPL ou d'une candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CISP-SPL) diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS-SPL et qu'une convention entre le ou les médecins partenaires et le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS est conclue à cet effet;

CONSIDÉRANT que l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, un CLSC ou un GMF-U vise à supporter le médecin de famille et à améliorer l'accessibilité aux services en soins de première ligne;

CONSIDÉRANT que la prise en charge et le suivi d'un patient peuvent être assurés conjointement et en complémentarité par le médecin de famille du cabinet privé, du CLSC ou du GMF-U et par l'IPS-SPL;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Le CLSC, le GMF-U, le cabinet privé et pour un GMF et pour une clinique réseau, s'il y a lieu, chacun des sites où l'IPS-SPL exerce, doivent être désignés par le comité paritaire et inscrits à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

1.02 Le médecin partenaire qui désire se prévaloir de la présente lettre d'entente doit conclure avec le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de son territoire une convention qui répond aux exigences apparaissant à l'annexe II des présentes.

De même, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification de la convention prévue à l'annexe II concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, son départ ou absence pour une longue période ou encore le non-renouvellement de la convention. Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS doit également informer le comité paritaire de la date où la CIPS-SPL devient habilitée à exercer à titre d'IPS-SPL certifiée. Le comité paritaire en informe la Régie.

AVIS **:** *Pour se prévaloir des dispositions de la* Lettre d'entente n° 229*, le médecin qui exerce dans un lieu désigné doit conclure une entente de partenariat avec une IPSPL ou une CIPSPL et signer, avec le CISSS ou le CIUSSS, une convention qui satisfait aux exigences de l'annexe II de cette lettre d'entente.*

Pour adhérer à la Lettre d'entente n° 229*, le médecin partenaire doit ensuite remplir et signer le formulaire* Adhésion ou modification de l'adhésion à la Lettre d'entente n° 229 *(4142) et le transmettre au comité paritaire à l'adresse inscrite à la section 8 du formulaire.*

Le médecin doit également utiliser le formulaire 4142 pour aviser le comité paritaire de toute modification à une entente de partenariat avec une IPSPL ou une CIPSPL.

Voir la section Documents de référence *de la section* Cabinet privé, CLSC ou GMF-U (Lettre d'entente n° 229) *de la rubrique* Partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée.

2.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN PARTENAIRE

a) Le montant du forfait est de 63,80 $ au 1er janvier 2012 lorsque le médecin exerce au sein d'un cabinet privé. Il est de 21,40 $ au 1er janvier 2012 et de 22,30 $ au 1er juin 2013 lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans un GMF-U en établissement et qu'il est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

Toutefois, le montant du forfait est de 47,25 $ au 1er janvier 2012 et de 49,25 $ au 1er juin 2013 lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans un GMF-U en établissement et qu'il est rémunéré exclusivement selon le mode de l'acte.

AVIS **:** *Utiliser :*

*- le code de facturation **19948** en cabinet;*

*- le code de facturation **19949** en CLSC ou en GMF-U pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;*

*- le code de facturation **19950** en CLSC ou en GMF-U pour le médecinrémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.*

Pour chacun de ces codes, utiliser une seule ligne de facture par mois et indiquer le nombre de forfaits.

Pour la facturation des forfaits liés à la surveillance générale des activités médicales de l'IPSPL et de la CIPSPL, inscrire le numéro de l'IPSPL ou de la CIPSPL attribué par la RAMQ (81XXXX) dans la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

***Dans un CLSC du réseau de garde intégré**, le forfait à l'acte ne peut être utilisé que si le médecin détient une nomination à l'acte pour l'ensemble de ses activités au sein du CLSC, soit à l'extérieur du service d'urgence.*

d) Sur la base des critères apparaissant au sous-paragraphe b), le comité paritaire alloue le nombre de forfaits au cabinet privé, au CLSC ou au GMF-U en établissement. L'inscription de ces lieux de dispensation de services à l'annexe I de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués. Dans le cas d'un GMF ou d'une clinique réseau comportant plus d'un (1) site, le nombre de forfaits prévus s'applique pour l'ensemble des sites.

3.00 APPLICATIONS SPÉCIFIQUES DE CERTAINES DISPOSITIONS DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE

3.01 Aux fins des conditions d'application du forfait d'inscription prévues aux paragraphes 3.01 B), second alinéa, et 4.01 de l'*Entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle*, l'examen du patient par l'IPS-SPL peut remplacer l'examen, la visite, l'intervention clinique ou la psychothérapie fait par le médecin partenaire. Le patient est inscrit au nom du médecin partenaire et le forfait lui est versé selon les dispositions de l'entente particulière.

L'identification du patient inscrit comme patient vulnérable au sens du paragraphe 6.01 B) de l'entente particulière ne peut être faite que lors d'un examen, d'une visite, d'une intervention clinique ou d'une psychothérapie par le médecin partenaire.

3.02 Aux fins de l'application des conditions de versement du forfait d'inscription, malgré les dispositions apparaissant au paragraphe 4.05 de *l'Entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle*, est considéré comme actif le patient pour lequel un examen, une visite, une intervention clinique ou une psychothérapie est effectué par son médecin ou un examen par l'IPS-SPL au cours des trente-six (36) mois précédents le 1er janvier suivant l'année d'application en cause.

AVIS **:** *Inscrire au registre des consultations les visites des patients inscrits auprès du ou des médecins partenaires, au cours d'une année civile.*

Le registre des consultations est disponible par l'application Gestion des consultations *du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *de la Régie.*

Pour plus de détails sur l'utilisation de l'application Gestion des consultations*, consulter la section* Partenariat avec un ou des médecins omnipraticiens *de la rubrique* Infirmières praticiennes spécialisées.

Pour permettre la validation du caractère actif d'un patient, le médecin partenaire s'assure de la transmission trimestrielle des données du registre à la Régie. Le médecin doit également s'assurer qu'au plus tard, quatre-vingt-dix (90) jours après le 31 décembre de l'année d'application, tous les renseignements prévus par la présente disposition ont été transmis à la Régie.

4.00 SOUTIEN FINANCIER ALLOUÉ PAR UN CSSS POUR LA PRATIQUE D'UNE IPS-SPL DANS UN CABINET PRIVÉ

4.01 Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS ayant conclu une convention prévue à l'annexe II avec un ou des médecins partenaires du cabinet privé alloue au cabinet privé une allocation mensuelle pour compenser les frais d'opération récurrents découlant de la pratique de l'IPS-SPL.

4.02 Pour chaque IPS-SPL exerçant ses activités à temps plein (35 heures) dans un cabinet privé, selon l'entente de partenariat, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS concerné verse, mensuellement, une allocation de 2 500 $ pour couvrir l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique.

4.04 Le comité paritaire prévu par la présente lettre d'entente peut ajuster l'allocation mensuelle prévue au paragraphe 4.02 ci-dessus pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou concernant son départ ou encore son absence pour une longue période. Le comité paritaire en informe le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS concerné.

5.00 DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CANDIDATE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (CIPS-SPL)

a) Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente avant la conclusion de l'entente de partenariat laquelle doit être complétée qu'après l'obtention de la certification de la CIPS-SPL;

b) La banque de forfaits est de cinquante (50) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une CIPS-SPL à temps plein;

c) Les activités médicales de la CIPS-SPL sont exercées sous la supervision directe du médecin partenaire. Les activités du médecin partenaire reliées à la supervision des activités médicales de la CIPS-SPL impliquent de la part de ce dernier un encadrement, un contrôle et une vérification des activités médicales qu'elle est habilitée à exercer. Aussi, le médecin partenaire doit assurer une présence sur place dans le lieu où la CIPS-SPL exerce ses activités médicales.

6.00 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

7.00 GARANTIE DE RÉMUNÉRATION

AVIS **:** *Voir la liste des lieux désignés à l'annexe I de la Lettre d'entente nº 229.*

8.00 FINANCEMENT

8.01 Les coûts de l'allocation mensuelle pour le soutien financier découlant de l'article 4.00 de la présente lettre d'entente sont financés hors l'enveloppe budgétaire prévue pour rémunérer les médecins dans le cadre du régime d'assurance maladie institué en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

9.00 RÉTROACTIVITÉ

10.00 MISE EN VIGUEUR

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de février 2011.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des lieux désignés aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n° 229* ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans un GMF-U.

AVIS **:** *Voir la liste des lieux désignés à l'annexe I de la Lettre d'entente n° 229.*

ANNEXE II

À des fins de rémunération et d'adhésion à la *Lettre d'entente n° 229*, contenu d'un dispositif contractuel suite à l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans un GMF-U.

1. Contenu général de la convention entre un CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et un ou (des) médecin(s) partenaire(s) d'un cabinet privé, d'un CLSC ou d'un GMF-U.

Obligation de conclure une entente de partenariat entre l'IPS-SPL et le ou les médecin(s) partenaire(s);

AVIS **:** *L'entente de partenariat doit prévoir un droit de regard du médecin sur toute inscription de la clientèle effectuée par l'IPSPL.*

2. Contenu additionnel à la convention entre un CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et un (ou des) médecin(s) partenaire(s) d'un cabinet privé

Obligation du CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de verser une allocation mensuelle de 2 500 $ pour chaque IPS-SPL exerçant à temps plein dans un cabinet privé. Cette allocation mensuelle couvre l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique. Cette allocation mensuelle est versée au cabinet privé à l'attention du médecin identifié par celui-ci;

AVIS **:** *Il est entendu que le comité paritaire mentionné à la* Lettre d'entente n° 229 *ayant trait à l'intégration d'une IPSPL dans un cabinet privé peut ajuster la somme de 2 500 $ allouée mensuellement uniquement pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat ou à la convention entre le CISSS, ou selon le cas le CIUSSS, et le ou les médecins partenaires concernant le nombre d'heures de travail de l'IPSPL ou concernant son départ ou son absence pour une longue période.*

Le comité paritaire en informe le CISSS, ou selon le cas le CIUSSS, concerné.

Au moment de l'intégration de l'IPS-SPL dans un cabinet privé, obligation du CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de fournir l'ameublement, le poste informatique et les fournitures médicales durables destinés aux activités professionnelles de l'IPS-SPL au sein du cabinet privé.

Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS conserve la propriété des équipements. Il est entendu que les équipements fournis par le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS sont destinés à l'utilisation de l'IPS-SPL. Ils sont fournis, une seule fois en tout, peu importe le nombre de renouvellement de l'entente de partenariat entre un ou des médecins et une IPS-SPL et peu importe le nombre de sites exploités par le cabinet privé. Le même équipement est utilisé lorsqu'une IPS-SPL est remplacée par une autre IPS-SPL. Il est entendu que le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS procède au remplacement des équipements lorsque les besoins le justifient.

Malgré ce qui ce qui précède, si le cabinet privé possède déjà la totalité ou une partie des équipements nécessaires à l'intégration de l'IPS-SPL, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et le cabinet privé pourront convenir d'un dédommagement, selon les modalités à définir entre eux.

LETTRE D'ENTENTE No 230 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199

AYANT TRAIT À LA MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE No 10 DU PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ, DES CONDITIONS DE PRATIQUE ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX.

CONSIDÉRANT la *Lettre d'entente n° 229* intervenue entre les parties ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans un GMF-U;
CONSIDÉRANT que la mesure n° 10 du plan d'amélioration prévoit qu'il y a lieu de favoriser l'intégration dans une clinique médicale de d'autres professionnels de la santé autres que l'IPS, telles que les infirmières, et que cette mesure prévoit également que soient définies des modalités de rémunération visant à reconnaître la responsabilité du médecin dans un contexte de travail interdisciplinaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 ENGAGEMENT

2.00 DÉLAI

3.00 MISE EN VIGUEUR

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de février 2011.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	Président Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 231

CONCERNANT LE COMITÉ CONJOINT DE SUIVI EN GMF ET EN CLINIQUES RÉSEAU

CONSIDÉRANT la volonté de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de soutenir l'évolution des modèles GMF ou cliniques réseau et leur déploiement;

CONSIDÉRANT les discussions sur le soutien à la première ligne auxquelles participent le MSSS et la FMOQ par le biais du groupe de travail découlant de la Table de concertation du ministre;

CONSIDÉRANT la pluralité des GMF et des cliniques réseau ainsi que des régions;

CONSIDÉRANT que l'organisation des services est de la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux ou, selon le cas, des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Un comité conjoint de représentants de la FMOQ et du MSSS est créé.

2.00 Le comité est composé de quatre (4) personnes soit deux (2) de la FMOQ et deux (2) du MSSS auxquelles peuvent s'adjoindre des personnes ciblées de ces organisations selon les volets discutés.

3.00 Le comité a pour mandat de se pencher sur les problématiques afin de favoriser l'attractivité des modèles que sont les GMF et les cliniques réseau et d'optimiser les liens avec les différents partenaires.

4.00 Plus particulièrement, le comité a pour mandat de :

Documenter, valider et échanger sur les problématiques particulières de certains GMF ou cliniques réseau que ce soit en matière d'informatique, de ressources humaines ou de soutien financier;

Proposer des solutions à certaines problématiques de fonctionnement ou d'application;

Donner des avis et faire des recommandations en vue de solutionner celles-ci.

5.00 Le MSSS intervient si nécessaire auprès des établissements et des agences pour assurer le suivi des recommandations du comité.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24e jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 232

CONCERNANT LA CRÉATION D'UN COMITÉ CONJOINT PORTANT SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN CLSC

CONSIDÉRANT la *Lettre d'entente n° 140* ayant pour objet les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y a d'assurer en CLSC, compte tenu des ressources disponibles, des conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment un soutien administratif, professionnel et technique adéquat;
CONSIDÉRANT que l'organisation des services est de la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux ou, selon le cas, des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux .

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Un comité conjoint de représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est créé.

2.00 Le comité est composé de quatre (4) personnes soit deux (2) de la FMOQ et deux (2) du MSSS auxquelles peuvent s'adjoindre des personnes ciblées de ces organisations selon les sujets discutés.

3.00 Le mandat de ce comité est de se pencher sur les problématiques de nature à affecter les conditions propices à l'exercice de la médecine en CLSC.

4.00 Plus particulièrement, le comité a pour mandat de :

Documenter, valider et échanger sur les problématiques spécifiées à l'article 3.00 de la présente lettre d'entente et particulièrement celles portant sur le soutien administratif, professionnel et technique;

Proposer des solutions à ces problématiques;

Donner des avis et faire des recommandations en vue de solutionner celles-ci.

5.00 Le MSSS intervient si nécessaire auprès des agences et, le cas échéant, auprès des établissements pour assurer le suivi des recommandations du comité.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24e jour de mars 2011.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 235

CONCERNANT L'EXPÉRIMENTATION DE CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES SERVICES DE GARDE DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE, INTRARÉGIONALE ET INTERRÉGIONALE, DU SERVICE D'URGENCE PAR UN GROUPE DE MÉDECINS AUPRÈS D'UNE INSTALLATION DÉSIGNÉE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services de garde d'un service d'urgence de première ligne d'un établissement dans le cadre d'une prise en charge de la couverture complète de ces services par un groupe de médecins.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 DÉSIGNATION DES ÉTABLISSEMENTS

3.01 Peut être désigné, sur recommandation de son département régional de médecine générale, dans le cadre de l'expérimentation des modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente, l'installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui remplit, à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, les conditions suivantes :

a) Ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie relativement aux effectifs requis en se basant, notamment, sur l'historique de l'installation quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins qui y exercent;

b) Il existe des obstacles au déplacement de sa clientèle pour se rendre au service d'urgence le plus rapproché;

c) Il est désigné dans le cadre d'une lettre d'entente concernant des modalités spécifiques de compensation de temps de déplacement dans le cadre de la desserte d'une installation désignée par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région sociosanitaire;

3.02 L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de la* Lettre d'entente n° 235.

4.00 CONDITIONS D'APPLICATION

4.01 Pour chaque installation désignée, le département régional de médecine générale, en collaboration avec les installations concernées, forme un groupe de médecins qui s'engagent à couvrir l'ensemble des quarts de garde au service d'urgence de installation désignée;

4.02 Peut faire partie du groupe de médecins prévu au paragraphe précédent,

a) tout médecin de l'installation désignée,

b) tout médecin exerçant dans la région de l'installation désignée et détenant une nomination dans une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans,

c) tout médecin qui exerce dans une autre région que celle de l'installation désignée et détenant une nomination d'une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

d) Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale peut être admissible à faire partie du groupe. Il est alors réputé être un médecin hors région visé à l'article 7.00 des présentes;

4.03 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente que s'il fait partie du groupe de médecins qui, collectivement, prend l'engagement décrit à l'article 5.00 des présentes;

4.04 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du dépannage, ne peut faire partie du groupe de médecins, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'une installation autre que celui désigné aux fins des présentes si cette installation doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

5.00 ENGAGEMENT

5.01 Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'installation, prend l'engagement de couvrir la totalité des quarts de garde au service d'urgence de l'installation pendant une période d'au moins trois (3) mois. Par la suite, cet engagement est renouvelable sur autorisation du comité paritaire;

5.02 Chaque médecin faisant partie du groupe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef du groupe désigné selon l'article 9.00 des présentes;

5.03 Nonobstant l'engagement du groupe de médecins formé au début d'une période de désignation à cette lettre d'entente, lorsque des événements imprévus surviennent durant une période de désignation et modifient de façon significative la capacité des médecins de l'installation à assurer les services, alors exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, des médecins qui n'en faisaient pas partie au départ peuvent s'ajouter au groupe qui prend l'engagement et ainsi se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

6.00 MÉDECIN DE LA RÉGION

6.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'installation désignée, le médecin visé au paragraphe 4.02b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'installation désignée;

6.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 4.02 b) se fait selon les modalités de la lettre d'entente citée au paragraphe 3.01 c) des présentes.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement à tarif horaire (code d'activité* ***002092****) prévu à la* Lettre d'entente nº 285 *concernant la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région sociosanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente nº 285.

Inscrire la période couverte par l'avis de service. La période de validité ne doit pas dépasser la période de désignation de l'installation à la Lettre d'entente nº 285.

7.00 MÉDECIN HORS RÉGION

7.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 4.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

7.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins deux (2) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause;

Exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé à effectuer moins de deux (2) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures de services cliniques de dépannage mais qui, en raison d'absence imprévue d'un médecin visé à l'alinéa ci-dessus, effectue au moins deux (2) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures de services cliniques peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

7.03 Lorsque la durée des quarts de garde est de moins de dix (10) heures, chaque déplacement de ce médecin, dans le cadre des services dispensés auprès de l'installation désignée aux fins des présentes, doit donner lieu à au moins deux quarts de garde sauf si ce médecin a son lieu de pratique principale, ou son lieu de résidence s'il s'agit d'un médecin à la retraite, à moins de 75 kilomètres de l'installation. Toutefois, le comité paritaire peut accepter de réduire cette exigence d'un minimum de quarts de garde par déplacement sur la base de la distance à parcourir par le médecin.

8.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

8.01 Si l'engagement du groupe de médecins, pour un mois donné, est respecté et qu'en conséquence l'installation n'a pas eu à faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties et qu'il n'y a pas eu de rupture de services, un forfait de 129,20 $ au 1er septembre 2018 et de 130,40 $ au 1er octobre 2019 par quart de garde de huit (8) heures est versé au médecin qui a assumé ce quart de garde. Ce forfait est divisible en heures;

AVIS **:** *Inscrire :*

- *le code de facturation **19099**;*
- *indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

8.02 Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins n'est pas respecté et que l'installation doit faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties, ou qu'il y a eu rupture de services, le forfait prévu au paragraphe précédent n'est versé pour aucun des quarts de garde effectués pendant le mois en cause.

9.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

9.01 Le département régional de médecine générale concerné, par la voie de son département régional de médecine générale, est responsable de :

a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 4.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'installation où ils exercent de façon régulière;

b) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins ainsi que de son renouvellement;

c) désigner le chef du service d'urgence de l'installation désignée comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

9.02 L'installation informe le département régional de médecine générale de toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties. Le département régional de médecine générale en informe le comité paritaire.

9.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 8.02 des présentes;

c) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

10.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24e jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 237

CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DU SERVICE D'URGENCE DU CENTRE DE SERVICE AVELLIN-DALCOURT

CONSIDÉRANT que sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent de façon importante leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement compte moins de cinq (5) médecins qui ont une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;

CONSIDÉRANT que ces médecins assuraient auparavant moins de la moitié des quarts requis pour assurer une continuité de services au sein de l'établissement;

CONSIDÉRANT que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence de première ligne du Centre de service Avellin-Dalcourt dans le cadre d'une prise en charge de la couverture de ces services par un groupe de médecins.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 CONDITIONS D'APPLICATION

3.01 Peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente :

a) tout médecin de l'établissement qui détient des privilèges à l'urgence;

b) tout médecin exerçant dans la région de l'établissement et détenant une nomination d'un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;

c) tout médecin qui exerce dans une autre région et détenant une nomination d'un établissement avec des privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;

d) lorsqu'il rencontre certaines conditions, le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30 de l'entente générale.

3.02 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du mécanisme de dépannage, ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'un autre établissement si cet établissement doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.00 PÉRIODE DE DÉSIGNATION

4.01 Le comité paritaire désigne cet établissement pour une période de six (6) mois. Par la suite, cette désignation est renouvelable sur autorisation du comité paritaire.

5.00 MÉDECIN DE LA RÉGION

5.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement, le médecin visé au paragraphe 3.01 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement;

5.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 3.01 b) se fait selon les modalités de la *Lettre d'entente n° 127* du 1er juillet 2002.

6.00 MÉDECIN HORS RÉGION

6.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 3.01 est, au regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

6.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer des quarts de garde totalisant au moins quarante-huit (48) heures des services cliniques au sein de l'établissement au cours des six (6) mois en cause.

7.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

7.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement, par un médecin visé à la présente lettre d'entente est majorée d'un pourcentage de 5 % applicable sur le tarif de base.

8.00 PROCÉDURES

8.01 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) il transmet au comité paritaire la liste des médecins qui font partie de la liste de garde en indiquant s'il s'agit d'un médecin de l'établissement, d'un médecin de la région ou d'un médecin dépêché dans le cadre du mécanisme de dépannage avec ou sans l'engagement d'effectuer au moins quarante-huit (48) heures de garde;

b) il informe le comité paritaire de la date de début de désignation et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.02 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins qui peuvent se prévaloir des modalités de cette lettre d'entente, de la date de début de désignation ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

9.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mars 2011 et le demeure jusqu'au 31 août 2012.

AVIS **:** *Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 31 août 2015 par les parties négociantes.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de mars 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 239

CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DU SERVICE D'URGENCE DE L'HÔPITAL SAINTE-ANNE-DES-MONTS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA HAUTE-GASPÉSIE

CONSIDÉRANT que l'établissement a récemment subi une réduction de l'offre de services de ses médecins pour des raisons hors de leur contrôle;

CONSIDÉRANT que l'établissement compte trois (3) médecins détenant une nomination avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;

CONSIDÉRANT que ces médecins assument la moitié des quarts requis pour assurer une continuité de services au sein de l'établissement;

CONSIDÉRANT que l'établissement doit faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence de première ligne de l'Hôpital Sainte-Anne-des-Monts du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie dans le cadre d'une prise en charge de la couverture de ces services par un groupe de médecins.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 CONDITIONS D'APPLICATION

3.01 Peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente :

a) tout médecin de l'établissement qui détient des privilèges à l'urgence;

b) tout médecin exerçant dans la région de l'établissement et détenant une nomination d'un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;

c) lorsqu'il rencontre certaines conditions, le médecin qui exerce dans une autre région et qui détient une nomination d'un établissement avec des privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans, de même que le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30 de l'entente générale.

3.02 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du mécanisme de dépannage, ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'un autre établissement si cet établissement doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.00 PÉRIODE DE DÉSIGNATION

4.01 Le comité paritaire désigne cet établissement pour une période de trois (3) mois. Par la suite, cette désignation est renouvelable sur autorisation du comité paritaire.

5.00 MÉDECIN DE LA RÉGION

5.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement, le médecin visé au paragraphe 3.01 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement;

5.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 3.01 b) se fait selon les modalités de la *Lettre d'entente n° 148* du 1er juin 2003.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement à tarif horaire (code d'activité* ***002092****) prévu à la* Lettre d'entente n° 285 *concernant la desserte d'un établissement désigné par les effectifs médicaux de sa région sociosanitaire.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 148.

Inscrire la période couverte par l'avis.

6.00 MÉDECIN HORS RÉGION

6.01 Le médecin visé à l'alinéa c) du paragraphe 3.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

6.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager, au préalable à effectuer des quarts de garde totalisant au moins trente-six (36) heures de services cliniques au sein de l'établissement au cours des trois (3) mois en cause.

Seuls les services rendus pendant les quarts de garde effectués suite à cet engagement de trente-six (36) heures de services cliniques bénéficient de la majoration prévue aux présentes.

Exceptionnellement, et ce avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé initialement à effectuer moins de trente-six (36) heures de services cliniques mais qui, en raison d'un changement significatif dans la situation des effectifs de l'établissement au cours de la période d'application, effectue au moins 36 heures de services cliniques pourrait se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

7.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

7.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement, par un médecin visé à la présente lettre d'entente est majorée d'un pourcentage de 15 % applicable sur le tarif de base.

8.00 PROCÉDURES

8.01 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) il transmet au comité paritaire la liste des médecins qui font partie de la liste de garde en indiquant s'il s'agit d'un médecin de l'établissement, d'un médecin de la région ou d'un médecin dépêché dans le cadre du mécanisme de dépannage avec ou sans l'engagement d'effectuer au moins trente-six (36) heures de garde;

b) il informe le comité paritaire de la date de début de désignation et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.02 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins qui peuvent se prévaloir des modalités de cette lettre d'entente, de la date de début de désignation ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

9.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2011 et le demeure jusqu'au 30 avril 2012.

AVIS **:** *Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 30 avril 2015 par les parties négociantes.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de mars 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 240

CONCERNANT LE SUIVI DE L'ÉCART DE RÉMUNÉRATION ENTRE LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT l'accord-cadre 2010-2015 intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT les efforts déployés dans cet accord-cadre pour réduire l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT que ce rajustement sera effectué sur une période s'échelonnant entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2017;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'assurer le suivi de l'écart de rémunération entre les deux groupes de professionnels en tenant compte notamment, de l'offre de service des médecins;

CONSIDÉRANT qu'au terme de ce suivi, les parties évalueront l'opportunité d'entreprendre des négociations afin d'assurer et maintenir un niveau de rémunération concurrentiel;

CONSIDÉRANT que les parties n'ont pas convenu de la méthode de comparaison concernant le suivi de l'écart.

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 COMITÉ CONJOINT

1.01 Afin d'assurer le suivi de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec, et ce, postérieurement à 2009-2010, les parties s'engagent à mettre sur pied un comité conjoint.

1.02 Le comité est composé de quatre (4) personnes soit deux (2) de la FMOQ et deux (2) du MSSS auxquelles peuvent s'adjoindre des personnes ciblées selon les volets discutés.

2.00 MANDAT DU COMITÉ CONJOINT

2.01 Le comité a pour mandat de suivre l'évolution de la rémunération versée aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes pour la période débutant le 1er avril 2010.

2.02 Plus précisément, le comité a pour mandat de documenter, de valider et d'échanger sur les données pertinentes ainsi que, notamment, sur l'offre de service des médecins.

2.03 Les rencontres s'effectueront sur une base régulière entre les parties et le comité fera rapport à la table de négociation.

2.04 Aux fins de ces rencontres, le MSSS devra fournir aux représentants de la FMOQ, toutes les données pertinentes en respect de la législation.

3.00 CONSTAT AU 1er AVRIL 2015

3.01 À la lumière des travaux effectués par le comité conjoint, les parties effectueront un constat, conjointement ou non, sur l'écart de rémunération existant au 1er avril 2015 entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes en tenant compte notamment, de l'offre de service des médecins.

3.02 Au terme des travaux effectués par le comité conjoint, ce comité présentera aux parties négociantes, conjointement ou non, ses constats et ses conclusions ainsi que, le cas échéant, les solutions qu'il propose.

3.03 À la lumière des travaux du comité, les parties négociantes évalueront l'opportunité d'entreprendre des négociations afin d'assurer et maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens.

4.00 MISE EN VIGUEUR

La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2011.

YVES BOLDUC

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 241

CONCERNANT LA RÉVISION DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre 2010-2015 intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT la nécessité de valoriser la prise en charge et le suivi de la population québécoise en première ligne;

CONSIDÉRANT les problèmes de recrutement dans ce secteur d'activité ces dernières années;

CONSIDÉRANT que pour remédier à ces problèmes, il y a lieu notamment de revoir l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières (Entente) afin d'y reconnaître davantage les activités de prise en charge et de suivi en première ligne;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 ENGAGEMENT

1.01 Les parties s'engagent à négocier l'ensemble des conditions et modalités permettant de reconnaître des activités médicales particulières de prise en charge et de suivi en première ligne au même niveau que les secteurs d'activités ii) à iv) de l'Entente.

1.02 Les parties reconnaissent cependant que la dispensation de services médicaux dans un service d'urgence d'un centre hospitalier doit demeurer une activité médicale particulière prioritaire à toutes les autres.

2.00 DÉLAI

2.01 Cette négociation sera entreprise dans les meilleurs délais suite à la conclusion de l'accord-cadre 2010-2015 avec l'objectif de se terminer au plus tard le 1er septembre 2011.

3.00 MISE EN VIGUEUR

La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 242

CONCERNANT L'INTÉGRATION DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LES MILIEUX OÙ S'EFFECTUENT DES ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre 2010-2015 intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT la nécessité de valoriser la prise en charge et le suivi de la population québécoise en première ligne;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de reconnaître la pratique interdisciplinaire en favorisant l'intégration de professionnels de la santé au sein des milieux de pratique où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 ENGAGEMENT

1.01 Les parties s'engagent à négocier l'ensemble des modalités permettant l'intégration de professionnels de la santé au sein des milieux de pratique où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi.

1.02 Ces modalités pourront prendre notamment la forme de forfaits, de banques d'heures ou de nouveaux actes dans la nomenclature, et ce, pour reconnaître les activités et la responsabilité assumées par le médecin envers son patient dans un contexte de travail interdisciplinaire.

2.00 DÉLAI

2.01 Cette négociation sera entreprise dans les meilleurs délais suite à la conclusion de l'accord-cadre 2010-2015.

3.00 MISE EN VIGUEUR

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2011.

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LETTRE D'ENTENTE No 243

CONCERNANT LE SOUTIEN À LA PRATIQUE DANS LES MILIEUX OÙ S'EFFECTUENT DES ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT la nécessité de valoriser la prise en charge et le suivi de la population québécoise en première ligne;

CONSIDÉRANT les problèmes de recrutement dans ce secteur d'activité ces dernières années;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de revoir le soutien à la pratique dans les milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi;

CONSIDÉRANT les lettres d'entente n°s 140, 231 et 232 intervenues entre les parties;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 ENGAGEMENT

1.01 Les parties s'engagent à examiner les conditions de pratique dans les différents milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi et à revoir en respect de la législation l'ensemble des modalités permettant un soutien administratif, professionnel et technique adéquat en première ligne.

2.00 DÉLAI

2.01 Les discussions relatives à la démarche mentionnée au paragraphe précédent seront entreprises dans les meilleurs délais suite à la conclusion de l'accord-cadre 2010-2015.

3.00 MISE EN VIGUEUR

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 244

AYANT TRAIT À LA SUPERVISION MÉDICALE DISPENSÉE DANS LE CADRE DE LA FORMATION DES ÉTUDIANTES EN PRATIQUE SAGE-FEMME

CONSIDÉRANT la formation des étudiantes en pratique sage-femme dispensée par l'Université du Québec à Trois-Rivières comprend un stage clinique;

CONSIDÉRANT les médecins omnipraticiens sont appelés à assurer la supervision des stages effectués par les étudiantes en pratique sage-femme;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer la rémunération des médecins qui supervisent ces stages;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Le médecin qui assure la supervision du stage d'une étudiante sage-femme pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de la section I de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.

AVIS : *Utiliser* ***une ligne de facture distincte pour chaque forfait*** *demandé*.

Indiquer l'heure de début du service et ***le nombre d'étudiantes sage-femmes par demi-journée***.

Inscrire le numéro attribué par l'Ordre des sages-femmes du Québec de toutes les sages-femmes pour lesquelles la rémunération est demandée à la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la* facture *de services médicaux*.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Utiliser le code de facturation ***19907*** *pour :*

- *le Centre hospitalier de St. Mary;*
- *l'Hôpital de LaSalle;*
- *le CHUS – Hôpital Fleurimont;*
- *le Pavillon Sainte-Marie;*
- *l'Hôpital de Gatineau;*
- *l'Hôpital Pierre-Le Gardeur;*
- *l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;*
- *le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (début : 2017-10-08)*;
- *l'Hôpital régional de Saint-Jérôme (début : 2021-01-01);*
- *l'Hôpital de Rouyn-Noranda (début : 2021-01-01);*
- *l'Hôpital Laurentien (début : 2021-01-01)*;
- *le Pavillon Saint-François d'Assise (début : 2022-01-01);*
- *le Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval (début : 2022-01-01);*
- *l'Hôpital et CRD de Val d'Or (début : 2022-03-01);*
- *l'Hôpital d'Amos (début : 2022-03-01);*
- *l'Hôpital de Ville-Marie (début : 2022-03-01);*
- *le Pavillon Sainte-Famille (début 2022-03-01);*
- *l'Hôpital de La Sarre (début 2022-03-21);*
- *l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (début 2023-01-01).*
- *l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (début 2024-04-01)*
- *l'Hôpital de Granby (début 2025-01-27)*

Utiliser le code de facturation ***19908*** *pour l'Hôpital du Haut-Richelieu*.

La supervision du stage facturée avec le code de facturation ***19908*** *est soumise aux majorations des annexes XII et XII-A*.

2.00 L'université informe le comité paritaire des lieux de stage reconnus pour la dispensation des stages supervisés par un médecin omnipraticien.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2012 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23e jour de janvier 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 248

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE L'AMENDEMENT No 121

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2011, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'*Amendement n° 121*.

Ce montant est versé selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Les montant forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le jour de sa signature et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 249

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS FORMATEURS ET PARTICIPANTS AUX ATELIERS DU PROGRAMME DE FORMATION EN ACCÈS ADAPTÉ

ATTENDU que l'implantation de la méthode de l'accès adapté en première ligne peut permettre de réduire les délais d'attente pour une consultation auprès d'un médecin omnipraticien et d'optimiser l'environnement professionnel;

ATTENDU qu'il y a lieu de favoriser la formation des médecins eu égard à cette méthode;

ATTENDU la nécessité de recourir à des médecins omnipraticiens formateurs du Québec pour transmettre ce savoir-faire;

ATTENDU la nécessité de convenir de mesures de rémunération spécifiques afin de favoriser d'une part, la formation de l'ensemble des médecins qui pratiquent en première ligne et, d'autre part, l'intérêt des médecins formateurs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin omnipraticien qui pratique en première ligne et qui participe à une activité de formation de groupe dans le cadre de la méthode de l'accès adapté a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 590,88 $ au 1er septembre 2018 et de 596,88 $ au 1er octobre 2019 pour chaque période d'au moins six (6) heures au cours de laquelle il participe à cette formation. Toute période de formation moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes effectuées par rapport au minimum de six (6) heures.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19739** et indiquer la durée de la participation à l'activité de formation.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

*Le médecin rémunéré à **honoraires fixes** qui demande l'allocation forfaitaire doit également remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le **code de congé 58** pour chaque demi-journée de formation (une demi-journée équivaut à 3 heures ou 3,5 heures) et inscrire :* Ateliers du programme de formation en accès adapté – Lettre d'entente nº 249 *dans le champ* Renseignements complémentaires.

2. Le médecin omnipraticien du Québec qui est membre de l'équipe de formateurs a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 886,50 $ au 1er septembre 2018 et de 895,50 $ au 1er octobre 2019 pour chaque période d'au moins six (6) heures au cours de laquelle il participe à une activité de formation de groupe dans le cadre de la méthode de l'accès adapté ainsi que pour l'élaboration et la préparation à une telle activité. Toute période de formation, d'élaboration ou de préparation moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes effectuées par rapport au minimum de six (6) heures.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19740** et indiquer la durée de la participation à l'activité de formation.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

*Le médecin rémunéré à **honoraires fixes** qui demande l'allocation forfaitaire doit également remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le **code de congé 58** pour chaque demi-journée de formation (une demi-journée équivaut à 3 heures ou 3,5 heures) et inscrire :* Ateliers du programme de formation en accès adapté – Lettre d'entente nº 249 *dans le champ* Renseignements complémentaires.

3. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 2 de la présente lettre d'entente, les médecins formateurs doivent être désignés par les parties négociantes. Le comité paritaire en informe la Régie.

4. Pour le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues au paragraphe 5.3 a) de la section II de l'annexe XII, l'allocation forfaitaire de la présente lettre d'entente remplace l'indemnité prévue à l'annexe XII. De plus, le nombre de jours de ressourcement prévu à cette annexe XII n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

Ce médecin a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3 alinéa b) de la section II de l'annexe XII de l'Entente;

AVIS **:** *Le médecin qui demande le remboursement de ses frais de déplacement doit remplir la section* Déplacement *du formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) et inscrire* Ateliers du programme de formation en accès adapté – Lettre d'entente n° 249 *dans la section* Renseignements complémentaires.

Seule la demande de remboursement en lien avec la Lettre d'entente n° 249 *doit être présente sur ce formulaire.*

b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3 alinéa c) de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS **:** *Le médecin qui demande l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour doit remplir la section* Ressourcement et perfectionnement *du formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) et inscrire* Ateliers du programme de formation en accès adapté – Lettre d'entente n° 249 *dans la section* Renseignements complémentaires.

Seule la demande en lien avec la Lettre d'entente n° 249 *doit être présente sur ce formulaire.*

5. Pour le médecin qui bénéficie du programme de formation continue, la présente lettre d'entente remplace l'allocation forfaitaire prévue au paragraphe 4.01 de l'annexe XIX. De plus, le nombre de jours de formation prévu à l'annexe XIX n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

6. Pour le médecin qui bénéficie des jours de perfectionnement, la présente lettre d'entente remplace la rémunération prévue au paragraphe 5.04 de l'annexe VI. De plus, le nombre de jours de perfectionnement prévu à l'annexe VI n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

Aux fins de l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe VI de l'entente générale, la journée pendant laquelle le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente est réputée être une journée de formation au sens du paragraphe 4.11 de l'annexe VI de l'entente générale.

7. Aucune majoration prévue à l'entente générale ou à une entente particulière ne s'applique à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente.

8. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 30 novembre 2011 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 250

AYANT TRAIT À LA MISE EN PLACE DE MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES POUR LES CHERCHEURS EN MÉDECINE DE FAMILLE

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en médecine de famille;

CONSIDÉRANT la nécessité d'améliorer les conditions de rémunération des chercheurs en cette matière;
CONSIDÉRANT la Lettre d'entente no 211 intervenue entre les parties concernant le financement de la recherche en médecine de famille;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de mettre en place des modalités de rémunération particulières pour les médecins reconnus à titre de chercheurs en médecine de famille et de soutenir le développement de la carrière d'aspirants au statut de chercheur afin de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en santé au Québec et d'améliorer les conditions de rémunération des chercheurs en cette matière.

2. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

2.1 Les médecins visés par la présente lettre d'entente sont les suivants :

i) Les médecins boursiers reconnus par le Fonds de recherche du Québec - Santé (ci-après appelé le « FRQS ») ou par un autre organisme subventionnaire en santé reconnu par le FRQS;

ii) Les médecins aspirants au statut de chercheur en médecine de famille.

Le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine, permettre à un médecin clinicien non visé par les alinéas i) et ii) et qui participe à des activités de recherche reconnues par un département de médecine de famille, de se prévaloir des conditions de rémunération prévues par la présente lettre d'entente.

2.2 Le médecin doit s'engager à consacrer un pourcentage minimal de 20 % de ses activités professionnelles à la recherche.

3. PROCESSUS DE SÉLECTION DES CANDIDATS

3.1 Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, chacun des quatre (4) départements de médecine de famille soumet au comité paritaire prévu à l'article 5 de la présente lettre d'entente la liste des candidats qu'il a retenue et s'il y a plus d'un candidat précise l'ordre de priorité. La demande spécifie également le pourcentage minimal des activités professionnelles que le candidat médecin chercheur s'engage à consacrer à des activités professionnelles de recherche.

3.2 La sélection des candidats médecins chercheurs se fait par le comité paritaire selon des critères déterminés par un comité composé de représentants des quatre départements de médecine familiale.

3.3 Le candidat médecin chercheur s'engage à fournir au comité paritaire, toute l'information et la documentation nécessaires à l'analyse de sa demande. Il doit également autoriser le FRQS ou tout autre organisme subventionnaire dont il est boursier, à fournir au comité paritaire l'information requise pour l'analyse de sa demande.

3.4 Le comité paritaire chargé d'assurer l'application de la présente lettre d'entente transmet à la Régie les informations pertinentes à l'application des dispositions de la présente lettre d'entente et informe chaque département de médecine de famille concerné du nom des médecins chercheurs sélectionnés.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.1 Les activités visées par les présentes sont rémunérées sous la forme d'un forfait quotidien de sept (7) heures, divisibles en heures, au taux du tarif horaire. La rémunération forfaitaire versée au cours d'une année peut aller jusqu'à un maximum de 129 537 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 130 852 $ à compter du 1er octobre 2019, duquel est soustrait, le cas échéant, le montant de bourse quel que soit sa source, qui lui aurait été octroyée par ailleurs.

Cette rémunération forfaitaire est versée à un médecin pour une période maximale de quatre (4) ans.

AVIS **:** *La rémunération forfaitaire est versée sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er juillet.*

4.2 Malgré les dispositions du deuxième alinéa de l'article 4.1, un médecin qui a bénéficié des modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente est admissible à une deuxième période maximale de quatre (4) ans à la condition que sa nouvelle demande soit retenue aux termes du processus de sélection établi à l'article 3 de la présente lettre d'entente.
Au terme de cette deuxième période maximale de quatre (4) ans, le médecin chercheur boursier du FRQS ou aspirant boursier au FRQS peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente pour des périodes supplémentaires d'une durée d'une année chacune. Dans un tel cas, le médecin n'est pas soumis au processus de sélection prévu à l'article 3 ci-dessus. Toutefois, pour se prévaloir d'une supplémentaire d'une année, le médecin visé doit déposer au comité paritaire une demande à cet effet.
Sur réception d'une telle demande et après s'être assuré de la disponibilité budgétaire prévue à l'article 7 des présentes, le comité paritaire peut autoriser le médecin chercheur boursier du FRQS ou aspirant boursier au FRQS à bénéficier des modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente. Le comité paritaire avise alors la Régie du nom du médecin visé ainsi que de la période visée par cette autorisation.

5. ANNEXE IX

5.1 La rémunération versée pour les activités visées au paragraphe 4.1 des présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente.

6. COMITÉ PARITAIRE

6.1 Le comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente est formé de deux (2) représentants de la FMOQ et de deux (2) représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, auxquels peuvent s'adjoindre, au besoin, au maximum deux (2) représentants des quatre (4) départements de médecine de famille.

7. FINANCEMENT

7.1 Les coûts découlant de la présente lettre d'entente sont financés selon les modalités prévues à la Lettre d'entente no 211, lesquels sont répartis, le plus également possible, entre les quatre (4) départements de médecine de famille.

8. MISE EN VIGUEUR

8.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2012. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 251

CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins omnipraticiens au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT le renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle convenue par la FMOQ et le MSSS pour l'année 2012 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées par le renouvellement de cette entente particulière entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2012;

CONSIDÉRANT que la FMOQ et le MSSS souhaitent, avec la totalité du montant provenant de cette diminution des coûts, créer une réserve qui servira à compenser une future hausse du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2012 ou, pour toute année subséquente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu des modalités du renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle intervenue pour l'année 2012, les parties négociantes conviennent de constituer une réserve de 0,84 M$ à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2012 ou pour toute année subséquente.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2012 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 254

CONCERNANT LE SUIVI DU TAUX DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS LES RÉGIONS DE MONTRÉAL, LAVAL ET DE LEUR COURONNE URBAINE RESPECTIVE

CONSIDÉRANT que dans le cadre de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, les parties ont convenu de verser des bonifications au médecin qui assure un certain seuil de prise en charge et de suivi, à partir de son cabinet, du CLSC et du GMF-U en établissement en fonction du volume de patients inscrits;

CONSIDÉRANT que les parties ont constaté dans le cadre des travaux ayant mené à la conclusion de cette mesure que le taux de prise en charge et de suivi observé auprès des médecins exerçant dans les régions de Montréal, Laval et de leur couronne urbaine respective diffère de façon significative de celui observé dans les autres régions;

CONSIDÉRANT qu'il y a nécessité de cerner plus précisément les facteurs qui expliquent cette situation particulière et de proposer des solutions;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité conjoint chargé d'analyser le taux de prise en charge et de suivi des médecins omnipraticiens exerçant dans les régions de Montréal, Laval et de leur couronne urbaine respective, composé, en nombre égal, de représentants du MSSS et de la FMOQ.

2. Le comité a pour mandat d'identifier et d'analyser les facteurs qui expliquent la situation particulière reliée au taux de prise en charge et de suivi observé dans ces régions et de proposer des solutions.

3. Plus précisément, le comité a pour mandat de documenter, valider et échanger les données pertinentes sur, notamment, l'organisation des soins de première ligne dans ces régions, le profil de pratique des médecins, l'accessibilité aux services sans rendez-vous, la mobilité interrégionale et intrarégionale des patients, les statistiques comparatives avec d'autres régions, l'âge des médecins, les habitudes d'utilisation des codes de localité pour les GMF et les cabinets en vue de la facturation.

4. Aux termes des travaux effectués, le comité présentera aux parties négociantes, conjointement ou non, ses constats et ses conclusions ainsi que les solutions qu'il propose pour tenir compte de la situation particulière des régions visées à la présente en ce qui a trait au taux de prise en charge et de suivi des clientèles inscrites.

5. Les parties conviennent que des modalités spécifiques applicables aux régions visées à la présente lettre d'entente pourront être envisagées pour chacune des années d'application de cette mesure et permettre ainsi l'atteinte des objectifs visés.

6. Les parties s'engagent à entreprendre ces travaux dans les meilleurs délais lesquels devront se terminer au plus tard le 1er octobre 2012.

7. La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2012 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de octobre 2012.

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LETTRE D'ENTENTE No 255

AYANT TRAIT À L'IMPLANTATION ET À L'UTILISATION DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DES DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES PAR LES MÉDECINS DE CLSC ET DE GMF-U EN ÉTABLISSEMENT

CONSIDÉRANT l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec (DSQ) et au programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques (Entente particulière);

CONSIDÉRANT qu'il appartient au Ministre de choisir un système électronique de tenue de dossiers de patients approprié pour les CLSC et les GMF-U en établissement;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer que les médecins de CLSC et de GMF-U en établissement aient accès au DSQ et au système électronique de tenue de dossiers de patients qui sera choisi par le Ministre;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le Ministre s'engage d'une part, à fournir aux médecins les équipements permettant l'utilisation du DSQ lors de son déploiement dans leur localité et, d'autre part, à déterminer et développer un système électronique de tenue de dossiers de patients.

2.00 Dans l'éventualité du déploiement du DSQ dans un CLSC ou un GMF-U en établissement, avant l'implantation du système électronique de tenue de dossiers de patients choisi par le Ministre, le Ministre s'engage à fournir aux médecins l'équipement nécessaire à l'utilisation du DSQ.

3.00 Si un système électronique de tenue de dossiers n'a pu être déterminé et développé au terme d'un délai de vingt-quatre (24) mois de la signature de la présente lettre d'entente, permettant ainsi aux médecins de CLSC ou de GMF-U en établissement de bénéficier d'un tel outil selon le plan d'implantation prévu en établissement, les parties se rencontreront sans délai pour proposer des solutions donnant accès à un système électronique de tenue de dossiers de patients dans un délai raisonnable. À cet égard, un comité d'experts provenant des deux parties sera formé.

4.00 Au cours de ce délai de vingt-quatre (24) mois, le Ministre tient informé la Fédération de l'évolution du dossier sur une base régulière et lui transmet toute information qu'elle jugera pertinente d'obtenir.

5.00 Lors de l'implantation d'un système électronique de tenue de dossiers de patients, les médecins bénéficient des modalités de soutien à la gestion du changement et du forfait incitatif mentionnés à l'Entente particulière, étant entendu que les montants en cause sont versés à 75 %.

6.00 Les coûts reliés à la gestion du changement et les forfaits mentionnés à l'article 5.00 sont financés par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale.

7.00 Il est entendu que suite à la réalisation de la présente lettre d'entente, les parties modifieront l'Entente particulière en conséquence pour y ajouter les nouvelles modalités visant les médecins de CLSC et de GMF-U en établissement.

8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er août 2012 et le demeure jusqu'à la réalisation de son objet.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de août 2012.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 259

AYANT POUR OBJET DES MESURES DE COMPENSATION POUR LES DÉLAIS DE MISE EN APPLICATION DE L'AMENDEMENT No 127 INTRODUISANT DES NOUVELLES NOMENCLATURES DES ACTES APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES DISPENSÉS EN SOINS GÉNÉRAUX DE COURTE DURÉE, EN SOINS DE LONGUE DURÉE ET EN RÉADAPTATION

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MESURES DE COMPENSATION SPÉCIFIQUES AU MODE DE L'ACTE

1.01 Pour le médecin rémunéré, de façon exclusive, selon le mode de l'acte, et qui exerce dans un établissement auprès d'un patient admis en soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation, la tarification de base actuelle pour la facturation des services décrits aux articles 2.2 et 2.4.7.8 du Préambule général des dispositions tarifaires est majorée et remplacée par la tarification apparaissant ci-après :

Type d'examen	Groupe d'âge	CHSGS Patient admis Code	Tarifs 1er janvier 2013	Tarifs 1er juin 2013	CHSLD, CR, CHSGS (longue durée) Code	Tarifs 1er janvier 2013	Tarifs 1er juin 2013
Supplément responsabilité à l'examen	Tous	00071	7,50 $	7,80 $			
Examen ordinaire							
- Sans déplacement	00 - 69 ans	00003	23,10 $	24,10 $	00068	19,40 $	20,20 $
	70 ans et +	09112	24,90 $	25,95 $	09121	20,35 $	21,20 $
Examen ordinaire							
- Unité gériatrique	00 - 69 ans	09083	23,10 $	24,10 $			
	70 ans et +	09082	24,90 $	25,95 $			
Examen complet							
- Sans déplacement	00 - 69 ans	00055	46,20 $	48,15 $	00069	38,90 $	40,55 $
	70 ans et +	09115	49,85 $	51,95 $	09122	40,50 $	42,20 $
Examen complet majeur							
- Sans déplacement	00 - 69 ans	00096	85,25 $	88,85 $	00070	71,70 $	74,75 $
	70 ans et +	09118	91,20 $	95,05 $	09126	74,10 $	77,25 $

1.02 Cette mesure de compensation s'applique sur la facturation des actes énumérés au paragraphe 1.01 ci-dessus et elle est accordée à compter du 1er janvier 2013 jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'Amendement no 127.

AVIS **:** *Les dispositions de cet article prennent fin le 30 septembre 2013.*

2.00 MESURES DE COMPENSATION SPÉCIFIQUES AU MODE DU TARIF HORAIRE ET AU MODE DES HONORAIRES FIXES

2.01 Le médecin qui est rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire ou selon le mode des honoraires fixes en vertu de l'une des ententes particulières énumérées à l'alinéa b) ci-dessous, et qui exerce dans un établissement auprès d'un patient admis en soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation, reçoit un montant forfaitaire équivalent à 20 % applicable sur la rémunération versée des heures facturées et de la prime de responsabilité en découlant facturée avec les codes d'activités correspondant aux services cliniques et aux rencontres multidisciplinaires dans ces secteurs d'activités, si les conditions suivantes sont rencontrées :

a) Le médecin, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination dans un établissement, doit opter pour le mode de rémunération à l'acte et cette option doit avoir été exercée au cours des trois (3) mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'Amendement no 127. L'établissement doit alors en informer la Régie.

b) Les heures d'activités professionnelles retenues aux fins du calcul de la compensation prévue au paragraphe 2.01 ci-dessus, doivent avoir été facturées par un médecin détenteur d'une nomination, selon le mode du tarif horaire ou selon le mode des honoraires fixes, auprès d'un établissement ayant adhéré à une entente particulière ci-après énumérée :

Entente particulière relative à la rémunération de la prestation de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques;

Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

Entente particulière relative de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains établissements offrant un programme de toxicomanie;

Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie visés aux présentes exploités par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée;

Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique;

Entente particulière relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux ou spécialisés ou dans une maison privée liée par une entente de services avec un établissement, dispense des services professionnels en soins palliatifs;

Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant en ce qui concerne exclusivement les heures d'activités professionnelles facturées pour les soins dispensés en malades admis telles que spécifiées au paragraphe 3.02 de la section II de cette entente particulière.

2.02 Cette mesure de compensation s'applique sur l'ensemble de la rémunération visée par la présente disposition facturée par un médecin et elle couvre la période du 1er janvier 2013 jusqu'à la date où le médecin a exercé l'option pour le mode de rémunération à l'acte le tout conformément aux conditions apparaissant au paragraphe 2.01 a) de la présente lettre d'entente.

Les modalités de versement du montant forfaitaire seront convenues, par lettre administrative, ultérieurement entre les parties.

2.03 Sous réserve de l'alinéa suivant, les dispositions du présent article s'appliquent au médecin rémunéré à honoraires fixes qui opte pour le régime B décrit au paragraphe 3.03 de l'annexe XXII de l'entente générale et qui respecte les conditions spécifiées ci-dessus.

La mesure de compensation couvre également la période allant de la date à laquelle le médecin a opté pour le régime B jusqu'au 24 janvier 2014 inclusivement.

Malgré que le médecin ait opté pour le régime B, les modalités de rémunération du régime A s'appliquent jusqu'au 24 janvier 2014.

2.04 Le médecin qui s'est prévalu de la compensation accordée en vertu de la présente lettre d'entente et qui, pour les activités visées par la compensation, se prévaut par la suite et avant le 1er octobre 2015, des dispositions relatives au changement de mode de rémunération telles que prévues au paragraphe 1.03 de l'annexe XXII de l'entente générale, devra rembourser la compensation reçue en vertu de la présente lettre d'entente.

Ces dispositions s'appliquent :

- au médecin rémunéré à honoraires fixes qui a opté pour le régime B ou pour l'acte s'il revient au régime A ou au tarif horaire avant le 1er octobre 2015;
- au médecin rémunéré à tarif horaire et qui a opté pour le mode de l'acte s'il revient au mode du tarif horaire avant le 1er octobre 2015.

3.00 LA MISE EN VIGUEUR

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 260

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES DÉCOULANT DE L'AMENDEMENT No 127 INTRODUISANT DES NOUVELLES NOMENCLATURES DES ACTES EN SOINS DE COURTE DURÉE, EN SOINS DE LONGUE DURÉE ET RÉADAPTATION

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de l'Amendement no 127, d'implanter des nouvelles nomenclatures des actes applicables à la rémunération des services dispensés dans les unités de soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation;

ATTENDU que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation des nouvelles nomenclatures des actes ainsi qu'à certaines ententes particulières;

ATTENDU qu'en raison du remplacement des nomenclatures existantes, il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation des nouvelles nomenclatures des actes telles que précisées par l'Amendement no 127 et dès lors, un suivi de l'évolution des coûts de ces mesures doit être assuré;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I - FINANCEMENT

1. Un montant de 55,25 M$ récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2010-2015 est retenu pour financer les coûts supplémentaires découlant des modifications apportées par l'Amendement no 127 ainsi qu'à certaines ententes particulières.

II - SUIVI

2. Afin d'assurer le respect des coûts de l'Amendement no 127 selon les évaluations effectuées par les parties par secteurs d'activités, les parties conviennent d'effectuer un suivi de l'évolution de ces mesures par secteurs d'activités, sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 261

CONCERNANT LE VERSEMENT DES MONTANTS DÉCOULANT DE L'AMENDEMENT No 124

ATTENDU que les parties ont convenu dans le cadre de l'Amendement no 124 d'introduire trois mesures d'efficience, soit celle relative au nombre de journées de pratique significatives travaillées, celle relative au supplément au volume de patients inscrits et celle ayant trait à la majoration relative à la pratique polyvalente;

ATTENDU qu'il a été convenu que les montants découlant de ces trois mesures d'efficience sont versés par la Régie sur la base de l'année civile au cours du mois de juin suivant la fin d'année d'application;

ATTENDU que pour la première année d'application de ces mesures, soit pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, les parties veulent s'assurer du respect de leur engagement relatif au délai prévu pour le versement au médecin par la Régie des montants découlant des mesures spécifiées à l'Amendement no 124;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De verser, pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, les montants découlant des trois mesures d'efficience spécifiées dans l'Amendement no 124.

2. Ces montants sont déterminés selon les modalités convenues par les parties. Ils sont versés au plus tard le 30 juin 2013.

3. Lors de l'implantation finale par la Régie des dispositions des amendements nos 124 et 128, en février 2014, les mesures suivantes s'appliquent :

a) si nécessaire, le montant du forfait versé au médecin en vertu de l'article 1 relativement au nombre de journées de pratique significatives travaillées fera l'objet d'un ajustement monétaire par la Régie.

b) de verser, pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, les montants découlant de l'application du paragraphe 16.04 de l'Entente particulière relative à la médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle. Ils sont versés au plus tard le 28 février 2014.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___e jour de _____ 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 263

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE L'AMENDEMENT No 138

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2015 au 11 mai 2015, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'Amendement no 138, à l'exception de ceux prévus aux articles 1 A) a) ii),
1 A) c) et 2 de cet amendement

2.00 Ces montants sont déterminés selon les modalités à convenir entre les parties. Ils sont versés le ou vers le 1er décembre 2015.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

GAÉTAN BARRETTE

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 264

CONCERNANT L'IMPLANTATION D'UNE NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTES EN CABINET PRIVÉ ET À DOMICILE ET AYANT TRAIT AU PAIEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES RÉTROACTIFS

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile;

CONSIDÉRANT qu'une telle démarche nécessite l'échelonnement de travaux sur une période de deux (2) ans;

CONSIDÉRANT que pour assurer le financement des coûts récurrents d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile, certains tarifs des actes en cabinet privé et à domicile ne seront pas majorés à compter du 1er avril 2013 et 2014;

CONSIDÉRANT que pour compenser ce gel, un montant forfaitaire rétroactif trimestriel sera versé au médecin;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties entreprennent les travaux visant à implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile.

2. Cette implantation devrait être réalisée d'ici le 1er avril 2015.

3. Pour la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2013 et se terminant le 31 mars 2014 ainsi que pour celle débutant le 1er avril 2014 et se terminant le 31 mars 2015, certains actes applicables à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile ne feront pas l'objet des augmentations tarifaires octroyées dans le cadre de l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2015 ainsi que de l'Entente sur l'application de la Lettre d'entente n° 138.

4. Les sommes provenant de l'application des dispositions de l'article 3 ci-dessus sont consacrées à assurer le financement complet des coûts récurrents découlant de la nouvelle nomenclature des actes applicable à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile que les parties souhaitent implanter, d'ici le 31 mars 2015, dans ces deux secteurs d'activités.

5. Durant les deux périodes visées par les dispositions de l'article 3 ci-dessus, les mesures de compensation suivantes s'appliquent :

a) à compter du 1er avril 2013 jusqu'au 30 juin 2013, et par la suite, pour chaque trimestre subséquent, un montant forfaitaire rétroactif est versé au médecin. Ce montant forfaitaire rétroactif est calculé sur la base de la facturation, au cours d'un trimestre donné, des actes en cabinet privé et à domicile qui n'ont pas fait l'objet des augmentations tarifaires telles que précisées à l'article 3 de la présente lettre d'entente.

b) pour la période du 1er avril 2013 au 31 mars 2014, le taux de majoration applicable à la rémunération visée à l'alinéa a) ci-dessus est de 4,24 %.

c) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, pour la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, le taux de majoration applicable sera de 7,62 %.

d) les modalités de versement du montant forfaitaire rétroactif prévues par la présente disposition seront convenues entre les parties mais leur versement devra être sur une base trimestrielle.

e) cette mesure est accordée à compter du 1er avril 2013 et se termine le 31 mars 2015. Toutefois, dans l'éventualité où avant le 31 mars 2015 la nouvelle nomenclature des actes applicable à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile est implantée, cette mesure se terminera à compter de sa date d'implantation.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2013 et se termine le 31 mars 2015, sauf si les parties en décident autrement.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à, ce e jour de 2013.

RÉJEAN HÉBERT	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 265

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE L'AMENDEMENT No 130

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2013 au 31 mai 2013, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'Amendement no 130, à l'exception de ceux prévus aux articles 1 A) (1er alinéa), 1 B), 1 D), 1 F), 2 A), 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 A), 14 A), 16, 24 A) et 24 B), 26 B, 28 A) et 47 de cet amendement.

2.00 Ces montants sont déterminés selon les modalités à convenir entre les parties. Ils sont versés le ou vers le 1er décembre 2013.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour d'octobre 2014.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 267

AYANT TRAIT AU VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE CERTAINES DISPOSITIONS DE L'AMENDEMENT No 125

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés au paragraphe 1 B) a) ii) de l'Amendement no 125.

Ce montant est versé le ou vers le 15 juin 2013 selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Le montant forfaitaire ainsi versé est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour d'octobre 2014.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 269

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES EN PÉRIODE DE GRIPPE SAISONNIÈRE

CONSIDERANT que le virus de la grippe saisonnière peut faire croître de façon importante les besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDERANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui accepteront de travailler dans les cliniques d'accueil de grippe;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

1.1 À compter de la date de mise en opération d'une clinique d'accueil de grippe dans un territoire, le médecin affecté aux activités de cette clinique est rémunéré selon les modalités suivantes :

a) les services dispensés dans un cabinet privé désigné comme une clinique d'accueil de grippe seront rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en cabinet;

AVIS **:** *Pour les services rendus en lien avec la COVID-19, utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***;*
- **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

ii) ou pour le forfait horaire de 184,30 $ à compter du 1er septembre 2018 ou de 186,15 $ à compter du 1er octobre 2019 auquel s'ajoute, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de 62,15 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 62,75 $ à compter du 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire :*

- *le code de facturation **19680** pour le forfait horaire;*
- *le code de facturation **19681** pour la compensation horaire pour les frais de cabinet;*
- *l'heure de début et l'heure de fin.*

*Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus lorsque le forfait **19680** est facturé le même jour.*
Le forfait et la compensation ne peuvent être facturés à distance.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe dans un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS;

AVIS **:** *Pour les services rendus en lien avec la COVID-19, utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- ***Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19****;*
- ***Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19****.*

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence.**

ii) ou pour le forfait horaire de 184,30 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 186,15 $ à compter du 1er octobre 2019;

AVIS **:** *Inscrire :*
- le code de facturation ***19680*** *pour le forfait horaire;*
- l'heure de début et l'heure de fin.

Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus lorsque le forfait ***19680*** *est facturé le même jour.*
Le forfait ne peut être facturé à distance.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

c) dans le cas où, pendant une journée de dispensation de services dans la clinique d'accueil de grippe d'un établissement, le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, les modalités suivantes s'appliquent :

i) lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte, les suppléments suivants s'ajoutent:

examen ordinaire ou visite ponctuelle mineure tout groupe d'âge (codes 00005, 08882, 08883, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772) : supplément de 7,65 $;
examen complet pour le patient de moins de 70 ans ou visite ponctuelle complexe pour le patient de moins de 80 ans (codes 00056, 15773, 15774, 15775, 15776) : supplément de 13,35 $;
examen complet pour le patient de 70 ans ou plus ou visite ponctuelle complexe pour le patient de 80 ans ou plus (codes 09116, 15777, 15778, 15779, 15780) : supplément de 21,45 $

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*

- ***15300*** *avec l'examen ordinaire tout groupe d'âge;*
- ***15301*** *avec l'examen complet pour le patient de moins de 70 ans;*
- ***15302*** *avec l'examen complet pour le patient de 70 ans ou plus.*

La date de service pour le supplément doit être la même que celle de l'examen.

AVIS **:** *Pour les services rendus en lien avec la COVID-19, utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19*;*
- Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique**;
- **Téléconsultation par visioconférence**.

ii) lorsque les services sont rémunérés selon le forfait horaire, s'ajoute la compensation horaire au montant de 62,15 $ au 1er septembre 2018 et de 62,75 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19681** pour la compensation horaire pour les frais de cabinet;*

- l'heure de début et l'heure de fin.

La compensation ne peut être facturée à distance.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

d) Le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut maintenir le même mode. Il est rémunéré selon ce mode à partir de la nomination qu'il détient dans son établissement d'origine.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

*Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps **XXX158** Services cliniques (grippe).*

Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

Dans le cadre la COVID-19

Pour les demandes de paiement jusqu'au 30 avril 2020 :

*- Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps **XXX158** Services cliniques (grippe);*

*- **Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.***

Pour les demandes de paiement à compter du 1er mai 2020 :

*- Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps **XXX346** Services cliniques – COVID-19;*

*- **Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.***

Sans égard au mode de rémunération pour lequel il opte lorsqu'il pratique en clinique d'accueil de grippe, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes conserve le bénéfice de ses avantages sociaux prévus a l'Annexe VI de l'entente générale.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes **qui ne maintient pas** ce mode de rémunération doit remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

*Utiliser le **code de congé 89** pour chaque journée ou demi-journée travaillée selon un autre mode de rémunération.*

1.2 Autres dispositions

a) À l'exception de la rémunération prévue à l'alinéa c) de la présente disposition, les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe sont sujets à l'application des majorations déjà prévues à l'article 4.00 de l'annexe XX de l'entente générale.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'article 4.00 de l'annexe XX pour les secteurs de dispensation permis selon l'établissement, la journée et la plage horaire.

Dans le cadre la COVID-19

Pour les demandes de paiement jusqu'au 30 avril 2020 :

- Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps ***XXX158*** *Services cliniques (grippe);*

- ***Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.***

Pour les demandes de paiement à compter du 1er mai 2020 :

- Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps ***XXX346*** *Services cliniques – COVID-19;*

- ***Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.***

AVIS **:** *Pour la rémunération à l'acte, l'heure de début du service est considérée pour la majoration selon l'Annexe XX.*
Inscrire l'heure de début du service, s'il y a lieu.

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII.

AVIS **:** *Le médecin est rémunéré pour ses services au taux de rémunération majorée auquel il a droit selon les dispositions des annexes XII et XII-A en tenant compte du lieu de dispensation des services.*

Exceptionnellement, le médecin ne répondant pas aux conditions spécifiques du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII doit informer la Régie afin qu'il puisse être réputé satisfaire aux conditions spécifiées. Le taux de majoration applicable selon le lieu désigné (CLSC ou cabinet privé) est celui sous la colonne « cabinet ».

Le médecin qui ne répond pas à l'une des conditions du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII doit informer la Régie de sa situation par lettre.

Par la poste

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

Pour les services rendus en établissement (clinique externe d'un CHSGS), voir le paragraphe 1.1 de la section I de l'annexe XII.

c) Un forfait par quart de quatre (4) heures est paye au médecin pour les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 139,80 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 141,20 $ à compter du 1er octobre 2019. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS **:** *En CDÉ ou en CDP (pédiatrique ou populationnelle), inscrire :*
*- le code de facturation **19683**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de l'activité;
- l'élément de contexte **Service rendu en clinique d'évaluation (CDE)**.

Le forfait ne peut être facturé à distance.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Si le site de la clinique d'accueil de grippe est déjà reconnu comme clinique-réseau, la présente disposition remplace l'article 4.00 de l'entente particulière relative aux services dispenses dans une clinique-réseau.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation **19683** pour cette période.*

Le forfait ne peut être facturé à distance.

*Durant la période où la clinique réseau est désignée comme clinique d'accueil de grippe, les forfaits codifiés **19100** (de 18 h à 22 h du lundi au vendredi) et **19101** (de 8 h à 16 h les samedi, dimanche et jour férié) prévus à l'EP 39 – Clinique réseau pour les horaires défavorables **ne doivent pas être facturés**.*

d) Les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période en cause.

e) Le comité paritaire désigne les cliniques d'accueil de grippe et en informe la RAMQ de :
i) la liste des cliniques d'accueil de grippe de chacun des territoires de CSSS;
ii) de la date de début et de fin du fonctionnement de chaque clinique d'accueil de grippe.
La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées en tant que GMF, clinique-réseau ou cabinet en pratique de groupe.
La clinique d'accueil de grippe en établissement est réputée, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS.

2. SOUTIEN EN CABINET PRIVÉ

2.1 À compter de la désignation d'une clinique d'accueil de grippe en cabinet privé, l'agence de la région concernée apporte à ce cabinet le soutien nécessaire à l'exercice de leurs activités, dont notamment le personnel administratif et professionnel suffisant ainsi que les fournitures et les équipements, le cas échéant.
2.2 Toute mésentente à cet égard sera soumise au comité paritaire.

3. MODALITÉS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX CAS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Modalités spécifiques de rémunération et milieux visés

3.1 Durant la période d'urgence sanitaire, les modalités suivantes s'appliquent :

a) À compter de la mise en opération d'une clinique de grippe désignée et dédiée aux cas de coronavirus (COVID-19) , dont notamment les centres désignés d'évaluation (CDÉ), les cliniques désignées pédiatriques (CDP) ainsi que les cliniques désignées populationnelles (CDP), en faisant les adaptations nécessaires, toutes les dispositions prévues aux articles 1 et 2 de la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin affecté aux activités d'une telle clinique.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, à compter de la mise en opération d'un CDÉ ou d'une CDP (pédiatrique ou populationnelle) qui est opéré dans un service d'urgence ou dans une clinique externe, le médecin affecté aux activités d'un tel CDÉ ou d'une CDP (pédiatrique ou populationnelle) bénéficie des majorations applicables en CLSC prévues au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX de l'Entente. De même, à compter de la mise en opération d'un tel CDÉ ou d'une CDP (pédiatrique ou populationnelle), le médecin affecté aux activités visées par la présente disposition reçoit la majoration appliquée à la rémunération de base sous la colonne « établissement » selon le préambule de la section I de l'Annexe XII de l'Entente.

AVIS **:** *Pour la facturation du forfait par quart de quatre heures en horaires défavorables (code de facturation **19683**), veuillez consulter l'article 1.2 c) de la présente lettre d'entente.*

b) De plus, à compter de la mise en opération d'une unité dédiée aux soins de patients COVID ou suspectés COVID désignée par les parties dans les milieux suivants : en CHSGS, en CHSP, en CHSLD, dans un SNT de même qu'au sein d'un Centre de réadaptation, d'une RI, d'une RPA de niveau 3 ou 4, dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC, d'une salle d'urgence en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde intégré désigné par les parties ainsi que d'un GMF cabinet, d'un GMF établissement ou d'un GMF-R désigné par les parties, en faisant les adaptations nécessaires, toutes les dispositions prévues aux articles 1 et 2 de la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin affecté aux activités d'un tel milieu, sous réserve de ce qui suit :

i) La compensation horaire pour frais de cabinet mentionnée au paragraphe 1.1 c) de la présente lettre d'entente ne s'applique intégralement qu'aux CDÉ et aux CDP (pédiatrique ou populationnelle). Quant au médecin affecté aux activités des autres milieux désignés par les parties, celui-ci bénéficie de cette modalité pour un maximum de 251 $ pour autant qu'il ait délaissé son ou ses milieu (x) de pratique habituel.

AVIS **:** *Pour une compensation en CDÉ ou en CDP (pédiatrique ou populationnelle), inscrire :*
*- le code de facturation **19681**;*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- l'élément de contexte **Service rendu en clinique d'évaluation (CDE)**.
La compensation ne peut être facturée à distance.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour une compensation hors CDÉ ou CDP (pédiatrique ou populationnelle), inscrire :
*- le code de facturation **19681**;*
- l'heure de début et l'heure de fin.

Aucun élément de contexte lié à la COVID-19 n'est requis.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

ii) Le forfait par quart de quatre (4) heures prévu au paragraphe 1.2 c) de la présente Lettre d'entente est payé au médecin pour les services dispensés dans un milieu désigné par les parties du lundi au dimanche, incluant les jours fériés, de 18 h à 24 h . Malgré ce qui précède, le médecin affecté au milieu des soins intensifs désigné par les parties bénéficie intégralement de la mesure prévue au paragraphe 1.2 c) selon les modalités qui y sont énoncées.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19683**;*
- l'heure de début et l'heure de fin.

Le forfait ne peut être facturé à distance.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

iii) Le forfait horaire mentionné au paragraphe 1.1 a) ii) qui précède est limité, sur une base horaire, à un seul médecin affecté aux activités d'une unité dédiée aux soins de patients COVID ou suspectés COVID d'une salle d'urgence de catégorie 2 ou 3 en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde intégré, le tout tel qu'apparaissant au tableau relatif au classement des salles d'urgence convenu entre les parties. Malgré ce qui précède, ne sont pas visés par l'application de cette limitation les milieux faisant partie d'une région sociosanitaire ou de l'un de ses territoires ou sous-territoires reconnu à titre de niveau rouge par le gouvernement, et ce, pour la durée de cette reconnaissance.

iv) Le médecin affecté aux activités d'une unité de patients COVID dans le cadre du programme de soutien à domicile peut opter pour le forfait horaire de 186,15 $ mentionné au paragraphe 1.1 a) ii) qui précède mais uniquement sur une base horaire pour les services dispensés à domicile auprès du patient. À la fin de la journée, le médecin détermine le nombre d'heures admissibles à la Lettre d'entente n° 269 pour ses activités effectuées lors de la visite à domicile auprès d'un patient COVID et pour ses autres activités effectuées au cours de la journée dans le cadre du programme de soutien à domicile, il réclame sa rémunération habituelle.

AVIS **:** *Lorsque les périodes d'activités ne sont pas rendues de façon continue, utiliser une seule ligne et inscrire :*
*- le code de facturation **19680**;*
- l'heure de début de la première période d'activité;
- l'heure de fin fictive en additionnant le temps total des activités de la journée;
- l'élément de contexte **Service rendu dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC (LE 269)**.

Le forfait ne peut être facturé à distance.

v) Le médecin affecté au sans rendez-vous populationnel d'un GMF-R, d'un GMF cabinet ou d'un GMF établissement, selon le cas, désigné par les parties pour assurer un accès à la clientèle, inscrite ou non, peut opter sur une base quotidienne pour le forfait horaire de 186,15 $ du paragraphe 1.1 a) ii) qui précède. Toutefois, bien que le médecin n'ait pas droit à la compensation horaire pour frais de cabinet mentionnée au paragraphe 1.1 c) de la présente Lettre d'entente, il peut réclamer les frais de cabinet prévus à l'article *l'Entente particulière de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle*. Ce forfait horaire est réduit à 143 $ si le médecin est rémunéré selon le mode de rémunération mixte ou selon le mode de l'acte en GMF établissement et il est réduit à 37,80 $ s'il est rémunéré selon le mode de rémunération mixte à honoraires fixes. Le forfait est limité, sur une base horaire, à un seul médecin. Les autres modalités de rémunération de la présente lettre d'entente ne s'appliquent pas. Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire maintient le même mode de rémunération et ne peut opter pour l'un des forfaits horaires mentionnés précédemment.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19680** pour le forfait horaire selon le mode de rémunération à l'acte, en GMF cabinet;*
*- le code de facturation **42183** pour le forfait horaire selon le mode de rémunération mixte ou à l'acte, en GMF établissement;*
*- le code de facturation **42184** pour le forfait horaire selon le mode de rémunération mixte à honoraires fixes, en GMF établissement;*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- l'élément de contexte **Service rendu en sans rendez-vous populationnel (LE 269)**.

Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus lorsque l'un des forfaits est facturé le même jour.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le médecin doit informer la RAMQ de toutes les visites effectuées en sans rendez-vous populationnel en les inscrivant au registre des consultations afin qu'elles soient comptabilisées dans le calcul pour la compensation des frais de cabinet prévue à l'EP 40 - Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

De plus, lors de facturation des codes 19928 et 19929, vous devez utiliser l'élément de contexte **Service rendu en sans rendez-vous populationnel (LE 269)**, *s'il y a lieu.*

Aux fins de l'application de la présente disposition, pour être désigné à la présente lettre d'entente, le GMF-R, le GMF cabinet ou le GMF établissement, selon le cas, doit répondre aux conditions suivantes :

1) Il doit maintenir son offre de service habituelle;

2) Il doit avoir adhéré au RVSQ ou à un système de rendez-vous électronique compatible avec l'orchestrateur (hub) de rendez-vous implanté, le cas échéant, sur son territoire, et offrir minimalement trois (3) plages de sans rendez-vous à l'heure étant entendu que par entente, le DRMG peut fixer un nombre supérieur de plages de sans rendez-vous s'il estime que le milieu peut augmenter son offre de service. De plus, l'offre de service demandée par le DRMG peut être limitée à un ou plusieurs blocs de quatre (4) heures par jour. Il doit également accepter la clientèle en provenance des Centres d'appels COVID et GACO ainsi que celle en provenance des services d'urgence;

3) Il doit avoir souscrit auprès du DRMG de son territoire un engagement de respecter les conditions de désignation
ci-haut énoncées.

vi) Durant la période d'urgence sanitaire, le médecin qui est affecté au sans rendez-vous en cabinet ou en établissement, GMF ou non, qui respecte les conditions énoncées à l'alinéa e) qui suit, bénéficie des mesures d'exceptions suivantes :

AVIS **:** *Inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Médecin adhérant au HUB – Sans rendez-vous populationnel***;*
- **Médecin engagé auprès de son DRMG pour son adhésion au HUB – Sans rendez-vous populationnel**.

a) Pour le patient inscrit vulnérable, s'ajoutent :

i) À la tarification de la visite ponctuelle mineure, les montants suivants :

Code d'acte	Cabinet	Établissement
15767	11,25 $	8,45 $
15768	12,80 $	9,65 $
15771	13,20 $	9,95 $
15772	15,10 $	11,30 $

ii) À la tarification de la visite ponctuelle complexe, les montants suivants :

Code d'acte	Cabinet	Établissement
15775	2,10 $	1,65 $
15776	2,15 $	1,55 $
15779	2,20 $	1,65 $
15780	2,20 $	1,60 $

b) Pour le patient non inscrit et identifié vulnérable lors de la visite en sans rendez-vous le médecin peut réclamer pour sa visite la tarification prévue pour patients vulnérables à laquelle s'ajoutent :

i) À la tarification de la visite ponctuelle mineure, les montants suivants :

Code d'acte	Cabinet	Établissement
15767	11,25 $	8,45 $
15768	12,80 $	9,65 $
15771	13,20 $	9,95 $
15772	15,10 $	11,30 $

ii) À la tarification de la visite ponctuelle complexe, les montants suivants :

Code d'acte	Cabinet	Établissement
15775	2,10 $	1,65 $
15776	2,15 $	1,55 $
15779	2,20 $	1,65 $
15780	2,20 $	1,60 $

c) Pour le patient non vulnérable, s'ajoutent :

i) À la tarification de la visite ponctuelle mineure, les montants suivants :

Code d'acte	Cabinet	Établissement
15765	11,25 $	8,45 $
15766	12,80 $	9,65 $
15769	13,20 $	9,95 $
15770	15,10 $	11,35 $

ii) À la tarification de la visite ponctuelle complexe, les montants suivants :

Code d'acte	Cabinet	Établissement
15773	2,05 $	1,60 $
15774	2,10 $	1,55 $
15777	2,15 $	1,70 $
15778	2,20 $	1,65 $

d) En tout temps pertinent, le médecin peut inscrire le patient et, à l'occasion d'une visite sur rendez-vous ou en accès adapté, réclamer la visite de prise en charge définie au paragraphe 2.2.6 A) c) 1) du préambule général.

e) Pour bénéficier des modalités de rémunération prévues aux alinéas a), b) et c) ci-dessus le médecin doit respecter les conditions suivantes :

i) Il a adhéré à un DMÉ et un système de rendez-vous sans frais pour le patient compatible avec l'orchestrateur (Hub) de rendez- vous;

ii) Dans les trois (3) mois qui suivent la disponibilité du Hub sur son territoire, il y est connecté et y publie l'ensemble de ses plages de sans rendez-vous;
OU
Si le Hub n'est pas disponible dans son territoire, avoir souscrit un engagement d'y adhérer auprès du DRMG de son territoire, et ce, selon les modalités de l'alinéa ii) ci-haut. Le médecin complète un formulaire à cet effet et il en transmet une copie à la Régie.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Bonifications applicables aux services offerts sans rendez-vous - Engagement individuel d'adhésion *(4486) et le transmettre à la RAMQ par courriel à l'adresse mentionnée sur le formulaire.*

f) Aux fins de l'application de la présente mesure d'exception, il est convenu ce qui suit :

i) En cas de non-respect de l'une ou l'autre des modalités constatées par le DRMG, le médecin peut être récupéré pour la totalité des suppléments qui s'ajoutent à sa rémunération. Le comité paritaire prévu au paragraphe 3.25 de la présente lettre d'entente peut être saisi de toute situation en lien avec cette modalité et peut recommander toute solution aux parties.

ii) Les parties s'engagent à faire le suivi de cette mesure pour s'assurer que les objectifs d'accès visés sont rencontrés. Le suivi doit être effectué dans les trois (3)mois qui suivent l'entrée en vigueur de cette mesure et par la suite à tous les trois (3) mois. Advenant que les parties constatent que les objectifs d'accès ne sont pas atteints, elles peuvent mettre fin à la mesure.

iii) Il est entendu que la présente mesure ne peut constituer un précédent ou une admission visant à élaborer une quelconque mesure d'accès populationnel en temps opportun ainsi qu'une quelconque mesure identifiée dans le cadre de la Lettre d'entente n° 349.

c) Le médecin affecté aux activités d'une unité désignée par les parties dans les milieux suivants : en CHSLD, en RI, en RPA de niveau 3 ou 4, dans une salle d'urgence en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde intégré, et faisant partie d'une région sociosanitaire ou de l'un de ses territoires ou sous-territoires reconnu(e) à titre de niveau rouge par le gouvernement, peut bénéficier, en faisant les adaptations nécessaires et pour la durée de cette reconnaissance, des modalités prévues aux articles 1 et 2 de la présente Lettre d'entente peu importe qu'il soit ou non en présence de patients COVID ou suspectés COVID.

Pour tous les autres milieux reconnus par le comité paritaire au sein d'une région sociosanitaire reconnue à titre de niveau rouge et dans l'ensemble des milieux des autres régions, en faisant les adaptations nécessaires, les modalités prévues aux articles 1 et 2 de la présente lettre d'entente s'appliquent pour autant que le médecin soit en présence de patients COVID ou suspectés COVID.

d) L'Annexe I fait état des milieux désignés par le comité paritaire aux fins de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Pour les services rendus en lien avec la COVID-19, utiliser l'élément de contexte approprié selon la situation :*

- **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**;
- **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

Dispositions spécifiques au calcul du taux d'assiduité

3.2 La visite d'un patient effectuée dans le cadre d'une telle clinique n'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité tel que défini au paragraphe 15.06 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

Le médecin, ayant participé à une telle clinique et dont le taux d'assiduité aurait été affecté, peut saisir le comité paritaire selon les modalités prévues au paragraphe 15.04 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Le comité paritaire doit s'assurer que le médecin n'a subi aucun préjudice du fait de sa participation à une telle clinique.

Congé de maladie et mesure d'isolement

3.3. Le médecin qui contracte le coronavirus et qui devient incapable d'accomplir les tâches qu'il exerce en clinique visée par la présente est présumé avoir contracté ce virus. Ce médecin est éligible à une compensation durant la période d'attente qui s'applique à son contrat d'assurance maladie pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie étant entendu que la période de compensation ne peut excéder un maximum de 90 jours.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à honoraires fixes***

Utiliser les codes de congé suivants :

- ***88*** *pour le* Congé de maladie et mesure d'isolement*;*
- ***40*** *pour le* Congé férié*;*

Lors de la facturation d'activités, inscrire 1.00 dans le champ Durée (jours). *La RAMQ calculera l'ajustement approprié*.

3.4 La compensation correspond à 100 % du revenu brut versé au médecin concerné par la Régie au cours de la période de référence.

3.5 Pour les demandes visant une compensation effectuée après le 1er mars 2020, la période de référence utilisée aux fins du calcul correspond aux douze (12) mois de facturation ayant précédé une période de cinq (5) mois avant la date du 1er mars 2020. Lorsque le médecin n'a pas un historique de rémunération de douze (12) mois, la période est réduite au nombre de mois existants pour effectuer l'historique.

Malgré ce qui précède, le médecin qui a un historique de rémunération de quatre (4) semaines ou moins au cours de la période de référence, ou aucune rémunération, est compensé sur la base des premières données de facturation temporaires complètes disponibles pouvant inclure la période de référence, sans toutefois excéder une période de douze (12) mois.
3.6 La compensation est calculée au prorata des revenus versés par la Régie au cours de la période de référence en fonction du nombre de jours de congé pour maladie.
3.7 Tout médecin concerné doit présenter sa demande de compensation au comité paritaire prévu au paragraphe 1.2 e) de la présente Lettre d'entente dans les 20 semaines qui suivent la fin de sa maladie. À cette fin, le médecin doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :

i) une description sommaire des activités et du ou des lieux d'exercice au moment où il est devenu malade;

ii) une note d'un médecin attestant du diagnostic de coronavirus;

iii) une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de la présente Lettre d'entente.

3.8 Sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la Régie du montant à verser au médecin.
3.9 Le médecin peut se prévaloir de la compensation prévue par les paragraphes qui précèdent uniquement à compter du moment où il y aura ouverture d'une clinique dédiée aux cas de coronavirus dans son territoire de CISSS ou de CIUSSS, selon le cas, et ce, jusqu'à 14 jours après la fermeture de la ou de telles cliniques du même territoire.
3.10 Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement imposée par l'établissement bénéficie, pour la durée fixée par les autorités compétentes de la Santé publique, de la compensation prévue par les paragraphes 3.3 et suivants. Il soumet une demande au comité paritaire en joignant une confirmation écrite émanant de l'autorité compétente.

La présente disposition s'applique également au médecin qui lors d'un retour d'un déplacement à l'étranger fait l'objet d'une mesure d'isolement imposée par la Santé publique peu importe qu'il ait travaillé ou non dans une clinique dédiée aux cas de COVID-19. Aux fins de l'application du présent paragraphe, la date du départ du déplacement visé au présente ne doit pas être postérieure au 16 mars 2020.

AVIS : ***Médecin rémunéré à honoraires fixes***

Utiliser les codes de congé suivants :

- ***88*** *pour le* Congé de maladie et mesure d'isolement*;*
- ***40*** *pour le* Congé férié*;*

Lors de la facturation d'activités, inscrire 1.00 dans le champ Durée (jours). *La RAMQ calculera l'ajustement approprié.*

3.11 Le médecin qui se prévaut des dispositions relatives au congé de maladie ou congé d'isolement, ne peut pour les mêmes journées, être rémunéré dans le cadre du régime d'assurance maladie. Le fait que le médecin reçoive, durant les journées visées, des forfaits annuels de clientèle vulnérable ou d'inscription générale est réputé ne pas contrevenir à cette exigence.

3.12 Le médecin qui a été en contact avec le coronavirus et qui devient incapable d'accomplir ses tâches alors qu'il n'exerçait pas en clinique dédiée aux cas de COVID-19 mais plutôt en cabinet privé, à l'urgence, à l'unité des soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS ou au suivi des patients admis en soins de courte ou de longue durée doit démontrer, à la satisfaction du comité paritaire, qu'il a été exposé de manière significative au coronavirus à l'occasion de son travail ou d'un contact populationnel pour bénéficier des modalités de la présente section.

Dispositions spécifiques applicables aux services fournis par voie de télécommunication
3.13 Les présentes dispositions s'appliquent dans le cadre de la période d'urgence sanitaire déclarée par décret conformément à l'article 118 de la *Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2)*.
Une pratique médicale ne peut être réalisée uniquement sur la base de la téléconsultation que les services soient rendus par voie téléphonique ou par les technologies permettant un contact visuel. Certains actes ou conditions cliniques exigent une visite en présence, et ce, même en contexte de pandémie.
À moins d'une indication contraire des parties ayant considéré les directives sanitaires de la Santé publique ou tout autre alignement du gouvernement du Québec, les services suivants sont exclus de la téléconsultation :

1. Téléconsultation auprès des patients dans le cadre de la nomenclature des actes en CHSLD
1.1 Évaluation médicale globale en soins de longue durée;
1.2 Visite de suivi exigeant un examen;
1.3 Visite d'évaluation en vue de donner une opinion.

2. Téléconsultation auprès des patients dans le cadre de la nomenclature des actes en première ligne (cabinet, domicile, CLSC, GMF-U)
2.1 Visite ponctuelle complexe nécessitant un examen physique;
2.2 Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion nécessitant un examen physique;
2.3 Visite d'évaluation psychiatrique;
2.4 Visite de prise en charge de grossesse;
2.5 Visite de suivi de grossesse nécessitant un examen physique;
2.6 Visite périodique pédiatrique nécessitant un examen physique;
2.7 Visite à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs nécessitant un examen physique;
2.8 Visite de prise en charge d'un problème musculosquelettique;
2.9 Visite d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion.

AVIS **:** *Services exclus de la téléconsultation :*

En CHSLD
*1.1 Évaluation médicale globale en soins de longue durée (code de facturation **15615**);*
*1.2 Visite de suivi exigeant un examen (code de facturation **15617**);*
*1.3 Visite d'évaluation en vue de donner une opinion (code de facturation **15619**).*

En cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U
*2.1 Visite ponctuelle complexe nécessitant un examen physique (codes de facturation **15773 à 15780**);*
*2.2 Visite d'évaluation d'un problème complexe pour donner une opinion nécessitant un examen physique (code de facturation **15790**);*
*2.3 Visite d'évaluation psychiatrique (code de facturation **08819**);*
*2.4 Visite de prise en charge de grossesse (codes de facturation **15805 à 15810, 15825 à 15830**);*
*2.5 Visite de suivi de grossesse nécessitant un examen physique (codes de facturation **15811, 15812, 15831 et 15832**);*
*2.6 Visite périodique pédiatrique nécessitant un examen physique (codes de facturation **15813, 15814, 15833, 15834**);*
*2.7 Visite à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs nécessitant un examen physique (codes de facturation **15781, 15782, 15783, 15784**);*
*2.8 Visite de prise en charge d'un problème musculosquelettique (code de facturation **08775**);*
*2.9 Visite d'évaluation d'un problème musculosquelettique pour donner une opinion (code de facturation **08777**).*

3. Note sur la prise en charge d'un patient

La visite de prise en charge d'un patient peut être réalisée en téléconsultation dans le contexte de la pandémie actuelle.

Cependant, il est entendu qu'une visite en présence d'un patient vulnérable doit être effectuée au cours des trois (3) mois suivant la visite de prise en charge par téléconsultation et, pour un patient non vulnérable, au cours des six (6) mois suivant la visite de prise en charge par téléconsultation, à moins d'une indication contraire des parties ayant considéré les directives sanitaires de la Santé publique ou tout autre alignement du gouvernement du Québec.

Selon l'évolution des besoins cliniques du patient, le médecin se rend disponible à celui-ci que ce soit pour une visite de suivi en présence ou par téléconsultation.

AVIS **:** *Depuis le 1er janvier 2023, la visite de prise en charge (par. 2.2.6 A c) 1) du Préambule général) ne peut plus être réalisée en téléconsultation.*

4. Généralités

Pour tous les autres cas, la volonté manifestée clairement par un patient, l'un de ses proches, ou, le cas échéant, un professionnel de l'établissement ou le personnel de la résidence privée pour aînés ou de la ressource intermédiaire que le médecin procède à une visite médicale en présence est respectée par ce médecin. La pertinence d'une telle visite en présence est évaluée par le médecin selon son jugement clinique et les directives sanitaires des autorités en vigueur au moment de la demande.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***
Pour les services rendus en lien avec la COVID-19, utiliser l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.1 Les services liés à la COVID-19 peuvent être fournis par voies de télécommunication telles que les communications par voie téléphonique, par visioconférence ou par télémédecine. Les modalités d'utilisation de ces différentes plateformes sont celles qui seront définies par le MSSS.

Les services fournis par voie de télécommunication peuvent être rendus à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin situé au Québec. Par exception, lorsqu'un patient est inscrit auprès d'un médecin et que le lieu de suivi régulier est situé à l'extérieur du Québec, les services fournis par voie de télécommunication peuvent être rendus par le médecin inscripteur à partir d'un établissement de santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin, bien que celui-ci soit situé à l'extérieur du Québec.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.2 Le médecin qui exerce en cabinet, à domicile, en CLSC, en GMF-U, en établissement, est rémunéré à l'acte selon la nomenclature et la tarification prévues à l'Entente incluant les actes diagnostiques et thérapeutiques prévus à l'Annexe V de l'Entente.

3.13.3 Le médecin à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode de rémunération mixte, maintient son mode de rémunération.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes***
Lorsque les services sont rendus à distance, jusqu'au 19 juin 2020, utiliser :
- l'emploi de temps ***XXX319*** *Services cliniques à distance (pandémie COVID-19);*
- la nature de service habituelle.
Lorsque les services sont rendus à distance, à compter du 20 juin 2020, utiliser :
- l'emploi de temps ***XXX352*** *Services cliniques à distance par téléphone (pandémie COVID-19);*
- l'emploi de temps ***XXX353*** *Services cliniques à distance par visioconférence (pandémie COVID-19);*
- la nature de service habituelle.
Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX.

3.13.4 Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement ou qui devient incapable d'accomplir ses tâches du fait qu'il a attrapé le virus du COVID-19, peut effectuer les services visés par les présentes, à partir de son domicile via les voies de communications prévues à l'article 3.13. Ce médecin est alors rémunéré pour les services médicaux dispensés selon les modalités prévues aux paragraphes 3.3 et suivants.

3.13.5 Les majorations applicables en vertu de l'Annexe XII et l'Annexe XII-A de l'Entente concernant la rémunération différente s'appliquent selon le lieu de dispensation.

3.13.6 Les majorations de l'Annexe XX traitant des majorations applicables à la rémunération des services en horaires défavorables s'appliquent aux services cliniques effectuées à distance.

3.13.7 L'ensemble de la rémunération visée par la présente disposition est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente.

3.13.8 En centre de réadaptation ou dans un département de psychiatrie dans un CHSGS ou un CHSP, le médecin peut réclamer la visite de suivi exigeant un examen (code15628) ou la visite de suivi psychiatrique exigeant un examen (codes 08913 et 08942) lorsqu'il répond aux exigences de la visite ponctuelle mineure définie au paragraphe 2.2.6 A du préambule général. Pour le même patient, il ne peut alors réclamer la visite de suivi courant le même jour (code 15627) ou la visite de suivi psychiatrique (code 08933). Toutefois, lors d'une séance différente, il peut se prévaloir des autres services admissibles prévus aux paragraphes 2.2.6 F ou 2.2.G du préambule général.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.9 En ressource intermédiaire et en résidence pour personnes âgées, à défaut d'un échange entre le médecin et un patient, le médecin qui échange avec le personnel professionnel du milieu concernant les besoins médicaux d'un résident peut se prévaloir, pour chaque communication téléphonique, de la rémunération prévue pour la communication avec d'autres professionnels de la santé. Aux fins de l'application de la présente disposition, ce code s'applique sans égard au nombre minimum de patients inscrits requis par ce code et sans y appliquer le nombre maximal de montants forfaitaires prévu par trimestre.

AVIS **:** *Le médecin qui a le nombre de patients inscrits requis doit utiliser le code de facturation approprié selon le professionnel avec qui il communique et le nombre de patients inscrits.*

Pour la communication avec un médecin spécialiste selon le paragraphe 2.2.6 A 13) du préambule général, utiliser les codes de facturation suivants :

*- **15841** (de 500 à moins de 1000 patients);*

*- **15842** (de plus de 1000 et de moins de 1500 patients);*

*- **15843** (plus de 1500 patients).*

Pour la communication avec un autre professionnel de la santé selon le paragraphe 2.2.6 A 14) du préambule général, utiliser les codes de facturation suivants :

*- **15844** (de 500 à moins de 1000 patients);*

*- **15845** (de plus de 1000 et de moins de 1500 patients);*

*- **15846** (plus de 1500 patients).*

*Le médecin qui a moins de 500 patients inscrits doit utiliser le code de facturation **15841** si la communication est faite avec un médecin spécialiste ou le code de facturation **15844** si la communication est faite avec un autre professionnel de la santé.*

Dans tous les cas, utiliser l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.10 Dans un programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs, les adaptations suivantes s'appliquent durant la période d'urgence sanitaire :

3.13.10.1 Le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte en soutien à domicile (section B-3 de l'Annexe I à l'Annexe XXIII) et qui échange avec un patient à domicile suivi par ce programme par téléphone ou par voie de télécommunication tel que décrit au sous-paragraphe 3.13.1 est rémunéré par le code 15909 (échanges interdisciplinaires ou avec les proches d'un patient complexe), malgré que la communication soit avec le patient et non une infirmière ou un proche ou que la durée soit de moins de quinze (15) minutes. Lorsque la durée de l'échange dépasse vingt-cinq (25) minutes, le médecin peut se prévaloir de l'acte d'intervention clinique selon les modalités prévues au paragraphe 2.2.6 B du préambule général.

3.13.10.2 Le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte en soutien à domicile (section B-3 de l'Annexe I à l'Annexe XXIII) peut se prévaloir de la visite de suivi exigeant un examen (codes 15900, 15901, 15905, 15906 ou 15907) autant auprès d'un patient non complexe ou d'un patient complexe, lorsqu'il rencontre les exigences de la visite de suivi applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement (paragraphe 2.2.6 A du préambule général).

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation relatives à ce service et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.10.3 Le médecin qui exerce dans le cadre du programme de soutien à domicile d'un CLSC et qui y est rémunéré selon le mode de l'acte peut se prévaloir de la visite à domicile d'un patient en perte d'autonomie (codes 15781, 15782, 15783 et 15784) lorsqu'il rencontre les exigences de la visite de suivi applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement (paragraphe 2.2.6 A du préambule général).

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation relatives à ce service et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.11 Dans une clinique externe de centre hospitalier ou dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde, le médecin qui assure des services à cette clientèle par téléphone ou par voie de télécommunication peut se prévaloir du code pour l'examen complet (paragraphe 2.2.1 du préambule général) ou de l'examen principal (paragraphe 2.2.6 C du préambule général), même en l'absence d'un examen, dans la mesure où il rencontre les exigences du libellé de la visite ponctuelle complexe (codes 15773 à 15780) applicable en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U en établissement (paragraphe 2.2.6 A du préambule général). De plus, dans le même contexte, il peut se prévaloir de l'examen ordinaire lorsqu'il rencontre les exigences de la visite ponctuelle mineure

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.12 Dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde adhérente à *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements*, le médecin attitré à l'horaire de garde qui assure, par voie téléphonique ou de télécommunication le suivi ou la relance de patients précédemment évalués à l'urgence, peut se prévaloir du forfait qui lui est applicable en vertu de l'entente particulière susmentionnée.

3.13.13 Aux fins de l'application des présentes dispositions, en dehors d'un cadre dans lequel une rémunération est prévue pour les échanges avec les proches, le médecin qui effectue des services au bénéfice d'un patient par téléphone ou voie de télécommunication et qui, à cette fin, communique avec un parent, ami ou proche de la personne assurée du fait que celle-ci ne peut pas se servir de ce moyen de communication en raison d'un handicap, de son inaptitude ou de son immaturité est réputé, pour les fins de la rémunération applicable, avoir communiqué avec la personne assurée.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes***

Jusqu'au 19 juin 2020, lorsque les services sont réalisés à distance, utiliser :
*- l'emploi de temps **XXX319** Services cliniques à distance (pandémie COVID-19);*
- la nature de service habituelle.

À compter du 20 juin 2020, lorsque les services sont rendus à distance, selon la situation, utiliser :
*- l'emploi de temps **XXX352** Services cliniques à distance par téléphone (pandémie COVID-19);*
*- l'emploi de temps **XXX353** Services cliniques à distance par visioconférence (pandémie COVID-19);*
- la nature de service habituelle.
Pour les horaires défavorables, voir l'annexe XX.

3.13.14 En cabinet, en CLSC, en GMF-U ou à domicile, le médecin peut réclamer la visite de prise en charge (codes 15801, 15802, 15815, 15816, 15821, 15822, 15835 et 15836) et la visite périodique du patient vulnérable (15819, 15820, 15839 et 15840) malgré qu'il ne soit pas en mesure d'effectuer séance tenante l'examen requis pour effectuer l'évaluation du patient. Il complète alors l'évaluation à l'aide d'un examen physique, lorsque requis, lors d'une visite subséquente.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.13.15 En cabinet, en CLSC, en GMF-U ou à domicile, advenant que lors d'une visite de suivi auprès d'un patient inscrit effectué, dans le cadre d'un rendez-vous ou par accès adapté, le médecin traitant constate que l'état du patient requiert que celui-ci soit vu par le médecin traitant en présence afin de procéder à un examen clinique de ce dernier, le médecin ne peut, dans un tel contexte, réclamer la visite de suivi d'un patient inscrit. Toutefois, malgré les dispositions du sous-paragraphe 2.2.6 A b) ii) du Préambule général, même s'il ne répond pas aux exigences applicables à la visite ponctuelle mineure, le médecin peut réclamer pour cette consultation ce code pour autant que le médecin procède à une évaluation clinique du patient en présence dans les soixante-douze (72) heures de la date de la téléconsultation visée aux présentes.

3.13.16 En cabinet, en CLSC, en GMF-U ou à domicile, advenant que lors d'une visite ponctuelle mineure ou complexe auprès d'un patient inscrit ou non effectuée dans le cadre d'un sans rendez-vous, le médecin constate que l'état du patient requiert que celui-ci soit vu par le médecin en présence afin de procéder à un examen clinique de ce dernier, le médecin ne peut, dans un tel contexte, réclamer la visite ponctuelle mineure ou complexe. Toutefois, malgré les dispositions du sous-paragraphe 2.2.6 A b) ii) du Préambule général, même s'il ne répond pas aux exigences applicables à la visite ponctuelle mineure, le médecin peut réclamer pour cette consultation ce code pour autant que le médecin procède à une évaluation clinique du patient en présence dans les soixante-douze (72) heures de la date de la téléconsultation visée aux présentes.

Modalités spécifiques en première ligne pour les communications avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé

3.14 Le médecin qui exerce en première ligne en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U en établissement et qui communique avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé peut se prévaloir, pour chaque communication téléphonique, de la rémunération prévue pour la communication avec un médecin spécialiste ou pour la communication avec d'autres professionnels de la santé, selon le cas. Aux fins de l'application de la présente disposition, ce code s'applique sans égard au nombre minimum de patients inscrits requis par ce code et sans y appliquer le nombre maximal de montants forfaitaires prévu par trimestre.

AVIS : *Le médecin qui a le nombre de patients inscrits requis doit utiliser le code de facturation approprié selon le professionnel avec qui il communique et le nombre de patients inscrits.*

Pour la communication avec un médecin spécialiste selon le paragraphe 2.2.6 A 13) du préambule général, utiliser les codes de facturation suivants :

- ***15841*** *(de 500 à moins de 1000 patients);*
- ***15842*** *(de plus de 1000 et de moins de 1500 patients);*
- ***15843*** *(plus de 1500 patients).*

Pour la communication avec un autre professionnel de la santé selon le paragraphe 2.2.6 A 4), utiliser les codes de facturation suivants :

- ***15844*** *(de 500 à moins de 1000 patients);*
- ***15845*** *(de plus de 1000 et de moins de 1500 patients);*
- ***15846*** *(plus de 1500 patients).*

Le médecin qui a moins de 500 patients inscrits doit utiliser le code de facturation ***15841*** *si la communication est faite avec un médecin spécialiste ou le code de facturation* ***15844*** *si la communication est faite avec un autre professionnel de la santé.*

Pour le mode de rémunération mixte, en plus des informations ci-dessus, se référer aux instructions de facturation à l'annexe I de l'Annexe XXIII, secteur B-1 ou B-2, selon la situation.

Dans tous les cas, utiliser l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

De plus, en faisant les adaptations nécessaires, le médecin peut également se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'alinéa qui précède lorsque celui-ci communique avec le médecin spécialiste (à l'exclusion d'un spécialiste en médecine de famille) via la plateforme web sécurisée prévue pour le conseil numérique (eConsult). Les modalités d'utilisation de cette plateforme sont celles définies par le MSSS. Aux fins de l'application du présent paragraphe, ce code s'applique sans égard au nombre minimum de patients inscrits requis par ce code et sans y appliquer le nombre maximal de montants forfaitaires par trimestre. De plus, lorsque l'acte de communication par conseil numérique (eConsult) dépasse une durée de quinze (15) minutes, le médecin réclame deux codes d'acte.

Aussi, en faisant également les adaptations nécessaires, les modalités prévues aux alinéas précédents s'appliquent lorsque le médecin communique dans le cadre de la télédermatologie avec le médecin spécialiste (à l'exclusion d'un spécialiste en médecine de famille) via la plateforme de soins virtuels autorisée par le MSSS, conformément aux orientations du MSSS sur la télédermatologie.
Pour les fins des modes de rémunération mixtes décrits à l'Annexe XXIII de l'Entente générale, l'acte de communication par conseil numérique et l'acte de communication dans le cadre de la télédermatologie ci-dessus sont intégrés à ses annexes B-1, B-2, B-3, C-1, C-2, C-3, C-4, C-5, C-6, D-1 et E-1 et sont payés au pourcentage applicable aux services médicaux.

AVIS **:** *Pour la communication par conseil numérique (eConsult) avec un médecin spécialiste (à l'exception d'un spécialiste en médecine familiale), le tarif est de 29,30 $ en cabinet et de 22 $ en établissement.*
Inscrire :
- le code de facturation ***15894*** *(sans égard au nombre de patients inscrits);*
- l'heure de début et l'heure de fin.

Pour la communication dans le cadre de la télédermatologie, le tarif est de 29,30 $ en cabinet et de 22 $ en établissement.
Inscrire :
- le code de facturation ***15895*** *(sans égard au nombre de patients inscrits);*
- l'heure de début et l'heure de fin de la rédaction de la téléconsultation.
Pour le mode de rémunération mixte, en plus des informations ci-dessus, se référer aux instructions de facturation à l'annexe I de l'Annexe XXIII, selon la situation.

Soins intensifs

3.15 Dans le cas où le CHSGS doit ouvrir des lits de soins intensifs dans un lieu physique différent de l'unité des soins intensifs ou coronariens de l'établissement, le médecin qui dispense des services auprès de ces patients peut se prévaloir des dispositions de l'*Entente particulière sur les soins intensifs ou coronariens*.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation de l'EP 3 - Soins intensifs ou coronariens et indiquer :*
- le secteur d'activité **Unité de soins intensifs***;*
- l'élément de contexte **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**.

3.16 Le médecin visé par l'entente particulière mentionnée au paragraphe précédent peut, lorsqu'il réclame l'acte d'intubation seule (code 00182) pour le patient COVID, se prévaloir de l'acte d'échanges interdisciplinaires pour les échanges effectués à cette occasion (code 15643).

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation relatives à chacun de ces services et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**.

3.17 En CHSGS, lorsque l'établissement exige qu'une garde en disponibilité soit assurée pour l'intubation des patients COVID positif et qu'un médecin assure effectivement cette garde, il est rémunéré selon le forfait décrit au paragraphe 4.01 de la Lettre d'entente no 352, par période de 24 heures (ou la rémunération proportionnelle pour une période de 8 ou 12 heures) plus les actes qu'il effectue dans le cadre de sa garde.
Un seul médecin peut se prévaloir de ce forfait par jour pour une même installation. Le médecin ne peut facturer de services en lien avec un autre secteur d'activité durant la période visée par la rémunération forfaitaire, ni se prévaloir de la rémunération d'une autre garde en disponibilité. Le médecin qui assure la garde sur place de façon à répondre aux demandes dans des courts délais exigés par l'établissement peut également se prévaloir de la rémunération décrite.
L'acte d'intervention clinique effectuée par le médecin pour l'intubation d'un patient durant sa garde n'est pas comptabilisée pour les fins du maximum quotidien énoncé au troisième alinéa du paragraphe 2.2.6 B du préambule général.

AVIS **:** *Pour la garde en disponibilité, se référer aux instructions de facturation du paragraphe 4.01 de la* Lettre d'entente nº 352 *et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Pour les services rendus en lien avec cette garde, utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :

- **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**. *S'il y a lieu, indiquer également l'élément de contexte* **Intervention clinique effectuée pour l'intubation d'un patient COVID positif durant sa garde**;
- **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.18 L'établissement adhérent au Régime B de l'*Entente particulière sur les soins intensifs ou coronariens* peut modifier temporairement son adhésion pour celle du Régime A lorsque le volume de patients aux soins intensifs augmente de façon significative, nonobstant son paragraphe 3.02. L'établissement et le groupe de médecins transmettent une demande de modification temporaire au comité paritaire, à la fois pour le début de la modification temporaire que pour sa fin.

3.18-A Lorsque le médecin visé par l'entente particulière susmentionnée opte pour le forfait horaire mentionné au paragraphe 1.1 a) ii) qui précède s'ajoutent au forfait horaire deux primes de responsabilité prévues à l'alinéa a) du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXII.

Dispositions spécifiques applicables à la coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19

3.19 Durant la période d'urgence sanitaire, pour les activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19, les mesures spécifiques suivantes s'appliquent étant toutefois entendu que le médecin visé peut, si nécessaire, participer à de telles activités à distance par téléphone, par visioconférence ou via une plateforme de communication collaborative.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre du département régional de médecine générale

3.19.1 Le chef du département régional de médecine générale (DRMG) se prévaut de la rémunération prévue au paragraphe 5.01 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale pour ses activités* (ci-après désigné Protocole d'accord).

Toutefois, durant cette période, pour sa participation à des activités de coordination particulières ou d'organisation liées à la COVID-19, il réclame des forfaits en fonction de ses activités quotidiennes comme chef du DRMG, à raison d'un maximum de deux (2) forfaits par heure d'activités, la facturation étant alors spécifique à chaque journée.

La banque annuelle de forfaits sera rajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 5.01 du protocole d'accord. Le forfait pour les activités du chef de DRMG liées à la COVID-19 doit être facturé quotidiennement.*

Indiquer :

*- le code de facturation **19906**;*

- le numéro d'établissement du CISSS ou du CIUSSS;

- la date de service qui correspond à la date à laquelle l'activité a été effectuée;

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

3.19.2 Le médecin coordonnateur rémunéré en vertu du paragraphe 5.06 du Protocole d'accord continue de se prévaloir de la rémunération forfaitaire prévue par cette disposition.
Toutefois, durant cette période, pour sa participation à des activités de coordination particulière ou d'organisation liée à la COVID-19, il réclame des forfaits et sa facturation n'est pas en fonction d'une banque annuelle de forfaits mais bien en fonction de ses activités quotidiennes comme médecin coordonnateur, à raison d'un maximum de deux (2) forfaits par heure d'activités, la facturation étant alors spécifique à chaque journée.
La banque annuelle de forfaits sera rajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 5.06 du protocole d'accord. Le forfait pour les activités de médecin coordonnateur liées à la COVID-19 doit être facturé quotidiennement. Indiquer :*

*- le code de facturation **19103**;*

- le numéro d'établissement du CISSS ou du CIUSSS;

- la date de service qui correspond à la date à laquelle l'activité a été effectuée;

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

3.19.3 Le médecin visé par le paragraphe 4.02, 4.03 ou 4.04 du Protocole d'accord qui participe à des activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19 et qui n'est pas autrement rémunéré pour des activités médico-administratives hors établissement en lien avec la COVID-19, se prévaut de la rémunération applicable en prenant soin d'indiquer qu'il s'agit d'activités liées à la COVID-19.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro de l'établissement selon l'annexe 1 du protocole d'accord dans le cadre d'un Département Régional de Médecine Générale (DRMG) dans le champ Établissement*;*
*Inscrire le code **103324** Activité de coordination – COVID-19 dans le champ* Code d'activité.
La demande de paiement doit être signée par le médecin et par une personne autorisée du CISSS ou du CIUSSS.
S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Les banques d'heures décrites seront rajustées ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette mesure d'exception.
Le chef du DRMG ou, le cas échéant, le directeur général, doit acheminer à la Régie la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et qui effectuent des activités visées par la présente mesure d'exception. La liste de médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre d'un établissement

3.19.4 Le médecin visé qui n'est pas autrement rémunéré pour des activités médico-administratives en établissement en lien avec la COVID 19 peut se prévaloir de la rémunération pour les activités cliniques décrites au paragraphe 4.02 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé de de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord du Québec, de la Région du Nunavik ou de la région des Terres Cries de-la-Baie-James*, en prenant soin d'indiquer qu'il s'agit d'activités liées à la COVID-19.

Pour les activités liées à la COVID-19, le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit faire approuver l'utilisation projetée de la banque d'heures par le comité paritaire.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale ou le chef de département de médecine générale doit acheminer à la Régie la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et effectuent des activités visées par la présente mesure d'exception. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro de l'établissement selon l'annexe 1 du protocole d'accord d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James dans le champ Établissement;
Inscrire l'un des codes d'activité suivants, selon la situation :
*- le code **049342** Participation à une réunion –COVID-19;*
*- le code **049343** Exécution d'un mandat – COVID-19 dans le champ* Code d'activité.
La demande de paiement doit être signée par le médecin et par une personne autorisée du CISSS, du CIUSSS ou du CRSSS de la Baie-James.
S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

La banque d'heures décrite sera réajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette mesure d'exception.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre du département clinique de médecine générale

3.19.5 Le chef de département clinique de médecine générale d'un CHSGS ou le médecin qui l'assiste se prévaut de la rémunération prévue au paragraphe 4.01 de l'*Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* pour ses activités durant cette période.

Toutefois durant cette période, pour sa participation à des activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19, il réclame des forfaits et sa facturation n'est pas en fonction d'une banque annuelle de forfaits hebdomadaires mais bien de ses activités quotidiennes comme chef ou comme médecin qui l'assiste, à raison d'un maximum de deux (2) forfaits par heure d'activité, la facturation étant alors spécifique à chaque journée. Les règles usuelles de partage des forfaits entre chef et médecin qui l'assiste ne s'appliquent pas aux activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 durant cette période.

Le chef de département clinique de médecine générale ou le directeur des services professionnels doit acheminer à la Régie la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et effectuent des activités visées par la présente mesure d'exception. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.
Les parties ajustent ultérieurement la banque annuelle en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 4.01 de l'EP 27 – Chef département – CHSGS. Le forfait pour les activités du chef de département clinique de médecine générale d'un CHSGS ou du médecin qui l'assiste liées à la COVID-19 doit être facturé quotidiennement.*

Indiquer :

*- le code de facturation **19064**;*

- la date de service qui correspond à la date à laquelle l'activité a été effectuée;

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre d'un service d'urgence et du service d'ÉVAQ

3.19.6 Le chef du service d'urgence d'un CHSGS ou le médecin qui l'assiste et le chef du service d'ÉVAQ se prévaut de la rémunération prévue au paragraphe 3.00 de l'*Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement* ou, pour le chef du service d'ÉVAQ, de l'article 5 de la Lettre d'entente nº 188 pour ses activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 durant la période d'urgence sanitaire.
Toutefois, durant cette période, pour sa participation à des activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19, il réclame des forfaits et sa facturation n'est pas fonction d'une banque annuelle de forfaits hebdomadaires mais bien de ses activités quotidiennes comme chef ou comme médecin qui l'assiste, à raison d'un maximum de deux (2) forfaits par heure d'activités, la facturation étant alors spécifique à chaque journée. Les règles usuelles de partage des forfaits entre chef et médecin qui l'assiste ne s'appliquent pas aux activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 durant cette période.
Les parties ajustent ultérieurement la banque annuelle en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception.

AVIS : *Le forfait pour les activités du chef de service d'urgence d'un CHSGS ou du médecin qui l'assiste liées à la COVID-19 doit être facturé quotidiennement. Se référer aux instructions de facturation de l'article 3.00 de l'EP 50 – Activités médico-administratives (urgence établissement).*

Indiquer :

*- le code de facturation **19040**;*

- la date de service qui correspond à la date à laquelle l'activité a été effectuée;

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

Le forfait pour les activités du chef du service d'ÉVAQ doit être facturé en indiquant :

*- le code de facturation **42226**;*

- la date de service qui correspond à la date à laquelle l'activité a été effectuée;

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

3.19.7 Le médecin, autre que le chef d'urgence d'un CHSGS qui est visé par l'entente particulière ci-haut mentionnée, peut se prévaloir de la rémunération décrite à son paragraphe 4.00.
Toutefois, durant cette période, pour sa participation à des réunions en lien avec la coordination particulière ou l'organisation liées à la COVID-19, il réclame des forfaits en fonction de ses activités quotidiennes, à raison d'un maximum de deux (2) forfaits par heure d'activités, la facturation étant alors spécifique à chaque journée. La facturation pour les réunions en lien avec la COVID-19 est permise bien que ces réunions puissent ne pas rencontrer l'ensemble des exigences spécifiques de cette entente particulière.
De plus, durant cette période, sa facturation n'est pas fonction d'une banque annuelle de forfaits mais bien de ses activités quotidiennes, à raison d'un maximum de deux (2) forfaits par heure d'activité, la facturation étant alors spécifique à chaque journée.
Les parties ajustent ultérieurement la banque annuelle en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation de l'article 4.00 de l'EP 50 – Activités médico-administratives (urgence établissement). Le forfait pour les activités du médecin autre que le chef du service d'urgence d'un CHSGS liées à la COVID-19 doit être facturé quotidiennement.*

Indiquer :

*- le code de facturation approprié **19883** à **19888**;*

- la date de service qui correspond à la date à laquelle l'activité a été effectuée;

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre d'un GMF ou d'un GMF-R

3.19.8 Le médecin responsable d'un GMF ou d'un GMF-R, s'il n'est pas dans un tel cas médecin responsable d'un GMF, peut se prévaloir de la rémunération décrite au paragraphe 7.02 de l'*Entente particulière sur le médecin exerçant en GMF* pour sa participation à des réunions de même que pour ses activités en lien avec la gestion du GMF et de l'organisation, la coordination, la planification et la gestion des activités en lien avec la COVID-19 durant la période d'urgence sanitaire, sans égard à la banque d'heures décrite à l'Annexe V, paragraphe II.

Toutefois, durant cette période, le médecin responsable peut réclamer de telles heures en plus du forfait hebdomadaire décrit à l'Annexe V, paragraphe V, pour ses activités d'organisation, de coordination, de planification et de gestion des activités en lien avec la COVID-19.
Les parties ajustent ultérieurement la banque d'heures visée par la présente disposition en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe V de l'annexe V de l'EP 33 – Groupe de médecine de famille (GMF). Pour les activités du médecin responsable d'un GMF ou d'un GMF-R liées à la COVID-19, indiquer :*

- le code de facturation ***19017****;*

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le jour de l'activité dans le champ Quantième*;*

- TH *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- la ou les plages horaires concernées dans le champ Plage horaire*;*

- le code ***072101*** *Activités de fonctionnement en GMF dans le champ* Code d'activité*;*

- **47** *dans le champ* Secteur disp.*;*

- le nombre d'heures travaillées dans le champ Heures travaillées*;*

- la somme des heures travaillées dans le champ Total des heures.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 au sein d'une clinique désignée d'évaluation (CDÉ) ou au sein d'une clinique désignée pédiatrique ou populationnelle (CDP)

3.19.9 Le médecin qui agit à titre de médecin leader clinique au sein d'un CDÉ ou au sein d'une CDP (pédiatrique ou populationnelle) ou celui qui l'assiste, et qui participe à des activités de coordination particulières ou d'organisation liées à la COVID-19 et qui n'est pas autrement rémunéré pour des activités médico-administratives hors établissement se prévaut, en faisant les adaptations nécessaires, de la rémunération décrite au paragraphe 5.02 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles dans le cadre d'un département régional de médecine générale*, en prenant soin d'indiquer qu'il s'agit d'activités liées à la COVID-19.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro de l'établissement selon l'annexe 1 du protocole d'accord dans le cadre d'un Département Régional de Médecine Générale (DRMG) dans le champ Établissement;
Inscrire le code ***103324*** *Activité de coordination – COVID-19 dans le champ* Code d'activité.
La demande de paiement doit être signée par le médecin et par une personne autorisée du CISSS ou du CIUSSS.
S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes.Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Aux fins des présentes, la banque d'heures annuelle allouée à l'établissement auquel appartient le CDÉ ou la CDP (pédiatrique ou populationnelle), sera rajustée par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre d'un CHSLD non fusionné à un établissement

3.19.10 Le médecin qui exerce dans un CHSLD non-fusionné peut, durant la période d'urgence sanitaire, se prévaloir du code prévu au paragraphe 2.2.6 E) 7) du préambule général pour les activités de coordination ou d'organisation liées à la COVID-19. Ces activités peuvent être réclamées lorsqu'effectuées par téléphone ou par voie de télécommunication

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 E 7) du préambule général. Pour les activités en CHSLD, indiquer :*

- le code de facturation ***15621****;*

- le numéro du CHSLD;

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 au sein de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence autres que les régions de Montréal et Laval

3.19.11 Le médecin qui agit à titre de directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou celui qui l'assiste, et qui participe à des activités de coordination particulière et d'organisation liées à la COVID-19 se prévaut de la rémunération prévue aux articles 3.00 et 4.00 de la section I de *l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* en prenant soin d'indiquer qu'il s'agit d'activités liées à la COVID-19.

Le directeur des services professionnels ou le directeur général doit acheminer à la Régie la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et qui effectuent des activités visées par la présente mesure d'exception. La liste de médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.

Les banques d'heures décrites seront rajustées ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par la présente mesure d'exception.

AVIS **:** *Inscrire l'un des codes d'activité suivants, selon la situation :*

- ***225355*** *Directeur médical régional COVID-19 - Réunion;*

- ***225358*** *Directeur médical régional COVID-19 - Exécution d'un mandat.*

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 effectuées par un médecin répondant

3.19.12 Le médecin qui agit à titre de médecin répondant, et celui qui l'assiste, pour ses activités consacrées à cette fonction est rémunéré à raison :

a) D'un (1) forfait de garde en disponibilité à tarif régulier tel que prévu au paragraphe 3.01 de *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*. Le forfait de garde rémunère un quart de garde de huit (8) heures et lorsqu'une période de garde par le médecin comprend une fraction de garde de huit (8) heures, le forfait est divisible au prorata du temps de garde effectuée.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 3.01 de l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité *(38)*.

En semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h, inscrire :
- le code de facturation **42185***;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde;
- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

La fin de semaine, du samedi 0 h au dimanche 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h, inscrire :
- le code de facturation **42186**;
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde;
- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) S'ajoute aux forfaits de garde qui précède, pour chaque consultation téléphonique auprès d'un médecin et en faisant les adaptations nécessaires, la rémunération prévue pour l'acte de communication avec un médecin spécialiste applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U en établissement (paragraphe 2.2.6 A du préambule général). Aux fins de l'application de la présente disposition, ce code s'applique sans égard au nombre de patients inscrits requis par ce code et sans y appliquer le nombre maximal de montants forfaitaires prévu par trimestre.

Le comité paritaire désigne les médecins visés par une telle rémunération et en informe la Régie. Cette désignation tient lieu de la nomination requise en vertu du paragraphe 5.01 de l'entente particulière ci-haut mentionnée.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A du préambule général.*
Indiquer:
-le code de facturation approprié 15841 à 15843;
-le numéro du professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) avec qui la communication a été faite ou son prénom, son nom et sa profession.
-l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**. *Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID.*
En plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
-**Téléconsultation par voie téléphonique***;*
-**Téléconsultation par visioconférence**.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 effectuées par un coordonnateur local des effectifs médicaux

3.19.13 Le médecin qui, à la demande du Comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) mis en place par le MSSS, agit à titre de médecin coordonnateur local à la réaffectation des effectifs médicaux pour ses activités consacrées à la réaffectation des effectifs médicaux se prévaut, en faisant les adaptations nécessaires, de la rémunération pour les activités cliniques décrites au paragraphe 4.02 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord du Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres Cries de-la-Baie-James*, en prenant soin d'indiquer qu'il s'agit d'activités liées à la COVID-19.

Le CNREM doit transmettre au comité paritaire la liste des médecins autorisés à agir dans cette fonction. Le comité paritaire en informe la Régie. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.
La banque d'heures décrite sera rajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par la présente mesure d'exception.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à tarif horaire, remplir la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro de l'établissement selon l'annexe 1 du protocole d'accord d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James dans le champ Établissement;
Inscrire l'un des codes d'activité suivants, selon la situation :
*- **049359** Coordonnateur local d'effectifs médicaux COVID-19 - Réunion;*
*- **049360** Coordonnateur local d'effectifs médicaux COVID-19 - Exécution d'un mandat.*
La demande de paiement doit être signée par le médecin et par une personne autorisée du CISSS, du CIUSSS ou du CRSSS de la Baie-James.
S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (ÉVAQ)

3.19.14 Le médecin qui agit à titre de médecin responsable de l'intervention téléphonique dans le cadre d'ÉVAQ, durant la période d'urgence sanitaire, peut pour ses activités professionnelles décrites au paragraphe 3.1 de la Lettre d'entente n° 188 se prévaloir de la rémunération décrite au paragraphe 4.1 de cette lettre d'entente, sans égard au maximum d'heures mentionné dans cette disposition. Les parties ajustent ultérieurement la banque d'heures allouée au paragraphe 4.1 de cette lettre d'entente en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette application d'exception.

AVIS **:** *Inscrire le code d'activité **016354** Activités rémunérées autres que celles des médecins-escortes (COVID-19) dans le champ* Code d'activité.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre d'activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux

3.19.15 Le médecin se prévaut de la rémunération prévue au paragraphe 5.01 du *Protocole d'accord relatif à la rémunération des certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux* (ci-après désigné Protocole d'accord sur un organisme national).

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation prévues au paragraphe 5.01 du* Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Le forfait pour les activités professionnelles pour le compte d'un organisme national liées à la COVID-19 doit être facturé quotidiennement.

Indiquer :
*- le code de facturation approprié, soit **19797, 19798** ou **19799**;*
- la date de service qui correspond à la date à laquelle l'activité a été effectuée;
- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COIVID-19**.
Que le service soit rendu à distance ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.

Toutefois, malgré le maximum de forfaits prévu au paragraphe 5.01 du Protocole d'accord sur un organisme national durant la période d'urgence sanitaire, il réclame des forfaits en fonction de ses activités quotidiennes à raison d'un maximum de deux (2) forfaits par heure d'activités, la facturation étant spécifique à chaque journée.
La banque de forfaits annuelle prévue à l'Annexe I du Protocole d'accord sur un organisme national sera réajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette mesure d'exception.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 dans le cadre d'un établissement non fusionné

3.19.16 Le médecin qui exerce dans un établissement non fusionné énuméré à l'article 8 de la *Loi sur l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (L.R.Q., chapitre O-7.2)* peut, durant l'urgence sanitaire, pour les activités de coordination ou d'organisation liées au COVID-19 se prévaloir, en faisant les adaptations nécessaires, de la rémunération pour les activités cliniques décrites au paragraphe 4.02 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord du Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres Cries de-la-Baie-James*, en prenant soin d'indiquer qu'il s'agit d'activités liées à la COVID-19.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à tarif horaire, remplir la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro de l'établissement selon l'annexe 1 du protocole d'accord d'un CISSS, d'un CIUSSS ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James dans le champ Établissement*;*
Inscrire l'un des codes d'activité suivants, selon la situation :
*- **049342** Participation à une réunion-COVID-19;*
*- **049343** Exécution d'un mandat -COVID-19.*
La demande de paiement doit être signée par le médecin et par une personne autorisée du CISSS, du CIUSSS ou du CRSSS de la Baie-James.
S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Le chef de département clinique de médecine ou le directeur des services professionnel doit acheminer à la Régie la liste des médecins qui ne détiennent pas de nomination et effectuent des activités visées par la présente mesure d'exception. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.
La banque d'heures décrite sera rajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par la présente mesure d'exception.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID 19 effectuées par le médecin affecté au Comité de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes

3.19.17 Le médecin affecté aux activités du Comité de priorisation pour l'accès aux soins intensifs adultes en contexte extrême de pandémie est rémunéré selon un forfait horaire au montant prévu à l'alinéa a) du paragraphe 1.1 de la présente lettre d'entente. Le forfait horaire est divisible au prorata du temps effectué. À ce forfait s'ajoutent, en faisant les adaptations nécessaires, les modalités de rémunération mentionnées au sous-paragraphe 1.2 du paragraphe 1 de la présente lettre d'entente. Aux fins des présentes, les activités rémunérées sont celles définies dans le *Protocole sur la Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie*.

AVIS **:** *Inscrire :*
- le code de facturation ***19729****;*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- le secteur d'activité **Unité de soins intensifs**.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

En sus des modalités mentionnées précédemment, le médecin bénéficie d'un forfait quotidien de garde en disponibilité à tarif régulier tel que prévu au paragraphe 3.01 de *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*. Le forfait de garde rémunère un quart de garde de huit (8) heures. Lorsqu'une période de garde effectuée par le médecin comprend une fraction de garde de huit (8) heures, le forfait est divisible au prorata du temps de garde effectué.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 3.01 de l'EP 38 – Garde en disponibilité*.
Inscrire :
- le code de facturation ***19730****;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde;
- le secteur d'activité **Unité de soins intensifs**.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le Directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale transmet au comité paritaire le nom des médecins affectés aux activités du Comité de priorisation des soins intensifs. Sur réception de cette liste, le comité paritaire en avise la Régie. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.

Activités de coordination particulière ou d'organisation liées à la COVID-19 effectuées par un médecin qui agit à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD

3.19.18 Durant la période d'urgence sanitaire, le médecin qui agit à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD peut se prévaloir des modalités de rémunération ci-après prévues. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la cogestion médicale en CHSLD, mises en place au niveau régional ou territorial ainsi que les tâches attendues du médecin cogestionnaire sont celles définies par le MSSS.
Pour les activités réalisées à titre de cogestionnaire des services médicaux, le médecin se prévaut, en faisant les adaptions nécessaires, de la rémunération prévue pour les activités cliniques décrites au paragraphe 4.01 du *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-cries-de-la-Baie-James*, en prenant soin d'indiquer qu'il s'agit d'activités liées à la COVID-19.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Inscrire le numéro de l'établissement selon l'annexe I du PA – CISSS, CIUSSS ou établissement responsable de la région du Nord-du Québec, de la région du Nunavik ou de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James dans le champ Établissement.

Inscrire l'un des codes d'activité suivants, selon la situation :
*- **049259** Coordination – COVID-19;*
*- **049260** Expertise professionnelle – COVID-19.*

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

S'il y a chevauchement de plages horaires, les heures doivent être facturées sur deux lignes différentes. Une seule plage horaire peut être utilisée par ligne de facture.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit acheminer à la Régie la liste des médecins qui effectuent des activités visées par la présente mesure d'exception. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.
La banque d'heures décrite sera réajustée ultérieurement par les parties en fonction des activités effectuées durant la période visée par cette mesure d'exception.

Garde en disponibilité

3.20 Sur recommandation du directeur des services professionnels ou d'un représentant désigné par celui-ci du CISSS ou du CIUSSS ou, le cas échéant, le directeur général, le comité paritaire détermine la nécessité d'assurer ou non, une garde en disponibilité pour les lieux identifiés au paragraphe 3.1, incluant les établissements non fusionnés ainsi que les milieux admissibles, que ce lieu soit en cabinet privé, un site non traditionnel (SNT), une installation ou tout autre milieu reconnu par le comité paritaire.
Lorsqu'assurés, les services de garde en disponibilité sont rémunérés selon les modalités apparaissant à l'article 5.02 de l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*. Le comité paritaire identifie pour chaque lieu la période couverte pour la garde en disponibilité, incluant l'horaire de garde, et peut attribuer plus d'un forfait par quart de huit (8) heures, le cas échéant.
Le médecin qui est rémunéré par la présente disposition pour une garde en disponibilité effectuée pour le compte d'une salle d'urgence hospitalière ou de l'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré et qui doit dispenser des services médicaux durant cette période est rémunéré selon la disposition suivante :

- En plus de la rémunération prévue au présent article, et malgré les dispositions de l'article 3.01 de l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*, le médecin dans pareille situation se prévaut des modalités de rémunération normalement applicables au milieu visé par cette garde, et ce, en fonction de l'heure de dispensation des services sur place.

Malgré ce qui précède, le médecin dont la garde sur place se prolonge à l'intérieur de sa période de garde en disponibilité cédulée ne peut se prévaloir de la disposition ici-haut. Dans une telle situation, le médecin peut se prévaloir de la rémunération de la garde en disponibilité suite à son départ de l'urgence.

Le directeur des services professionnels, le chef de département régional de médecine générale ou, le cas échéant, le directeur général, doit acheminer à la Régie la liste de médecins assurant la garde. La liste de médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération. Les milieux identifiés apparaissent à l'Annexe II de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Pour la garde en disponibilité, se référer aux instructions de facturation des paragraphes 3.01, 3.02 et 5.02.3 de l'EP 38 – Garde en disponibilité, plus précisément celles pour la fin de semaine lorsque la garde en disponibilité est effectuée dans un secteur d'urgence, et indiquer en plus :*

- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***;*

- l'élément de contexte **Garde simultanée** *si plus d'un forfait est attribué par quart de 8 heures pour un même médecin ayant un même numéro d'établissement;*

- l'élément de contexte **Médecin de garde en disponibilité appelé à se déplacer à l'urgence pour dispenser des services sur place** *si le médecin est appelé pour rendre des services à l'urgence.*

Voir la liste des lieux visés par la garde en disponibilité liée à la COVID-19.

Pour les services rendus en lien avec cette garde, utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :

- **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***;*
- **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

3.21 Les modalités du paragraphe 5.00 de l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* sont adaptées pour rémunérer la garde en disponibilité pour une ressource intermédiaire, une résidence pour personnes autonomes ou un GMF qui n'est pas déjà visée par une telle garde.
Le comité paritaire désigne les lieux visés par une telle rémunération, la nature du forfait qui lui est applicable, le nombre de forfaits de chaque période couverte de même que l'horaire de garde. Le directeur des services professionnels, le chef de département régional de médecine générale ou, le cas échéant, le directeur général, doit acheminer à la Régie la liste de médecins assurant la garde. La liste de médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération. Cette désignation tient lieu de la nomination requise au paragraphe 5.01 de cette entente particulière.

AVIS **:** *Pour la garde en disponibilité, voir les instructions de facturation aux paragraphes 3.01, 3.02 et 5.02.3 de l'EP 38 – Garde en disponibilitéet indiquer en plus :*
- l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***;*
- l'élément de contexte **Garde simultanée** *si plus d'un forfait est attribué par quart de 8 heures pour un même médecin ayant un même numéro d'établissement.*
Voir la liste des lieux visés par la garde en disponibilité liée à la COVID-19.

Si vous ne connaissez pas le numéro du CLSC auquel la ou les résidences où vous effectuez la garde en disponibilité sont rattachées, communiquez avec le CISSS ou le CIUSSS concerné.

Pour les services rendus en lien avec cette garde, utiliser l'élément de contexte approprié, selon la situation :
- **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***;*
- **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

Retrait préventif

3.22 Le médecin enceinte ou ayant une condition médicale particulière, exerçant en cabinet privé ou en établissement et dont la résidence est située au Québec, peut se prévaloir des dispositions suivantes relatives au retrait préventif :
a) Pour sa pratique dans son ou ses secteurs d'activités, ce médecin doit avoir fait l'objet d'un avis préventif par un médecin et l'avoir transmis au directeur des services professionnels de l'établissement ou au chef de DRMG, s'il pratique en cabinet privé, de son territoire. Il doit également transmettre cet avis au comité paritaire;
b) Le directeur des services professionnels de l'établissement ou le chef de DRMG du territoire réaffecte le médecin à des tâches médicales ou médico-administratives ne présentant aucun risque pour sa santé. Durant les périodes durant lesquelles il ne peut être réaffecté à d'autres tâches, il demeure en disponibilité à son domicile;

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Inscrire l'emploi de temps ***XXX344*** *Tâches médicales – retrait préventif ou l'emploi de temps* ***XXX345*** *Tâches médico-administratives – retrait préventif dans le champ* Code d'activité.

Pour le médecin rémunéré à l'acte, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :
- Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19*;*
- Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

c) À compter de la date de son retrait préventif, le médecin est rémunéré et compensé pour les journées pendant lesquelles il dispense des services dans le cadre de son affectation. Il est rémunéré selon les modalités applicables à ce lieu de pratique. Si cette rémunération est inférieure à ce qu'il aurait gagné pendant sa pratique dans son ou ses secteurs d'activités, le différentiel lui sera versé. Pour les fins du calcul du différentiel, la période de référence est celle prévue au paragraphe 3.5 de la présente lettre d'entente.
d) Si le médecin ne peut être réaffecté à d'autres activités, celui-ci est rémunéré selon les modalités prévues au paragraphe 3.3 et suivants de la présente lettre d'entente.
e) Le médecin qui refuse une réaffectation n'est pas admissible à la compensation prévue à l'alinéa c) ci-dessus.

Dispositions spécifiques au soutien aux services préhospitaliers d'urgence

3.23 Durant la période de l'urgence sanitaire pour les activités des médecins qui exercent dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence, les mesures spécifiques suivantes s'appliquent :

Services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval

3.23.1 En ce qui a trait aux activités au sein de la Corporation d'Urgences-santé prévues à la section II de *l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence*, le médecin qui, avec l'autorisation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, assure à distance les activités visés au paragraphe 2.01 b) de la section II de cette entente particulière est réputé effectuer ces activités sur place.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216)*.
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*.
Inscrire le code ***205160*** *Constat de décès dans le champ* Code d'activité.

Toujours avec l'autorisation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, un deuxième médecin peut être en garde en disponibilité pour les mêmes activités. Il est alors rémunéré selon le paragraphe 4.05 de la section II de *l'Entente particulière durant sa période de disponibilité*. Le médecin appelé à prodiguer des services à distance durant sa garde, est réputé effectuer ces activités, de façon distincte de la garde, sur place.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216)*.
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*.
Inscrire le code ***205165*** *Garde en disponibilité – Constat décès dans le champ* Code d'activité.

Acte d'évaluation du décès à distance

3.23.2 Pendant la durée de l'urgence sanitaire, l'acte d'évaluation du décès à distance (code 15264) et dont la définition apparaît au sous-paragraphe 2.4.1 du préambule général est accessible dans toutes les salles d'urgence en CHSGS ou dans un CLSC du réseau de garde.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation sous la section* Dispositions spécifiques à la constatation de décès à distance *du paragraphe 2.4.1 du préambule général.*

Indiquer :
- le code de facturation ***15264****;*
- l'élément de contexte **Service rendu à distances dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
-**Téléconsultation par voie téléphonique***;*
-**Téléconsultation par visioconférence**.

Support médical à distance

3.23.3 Pendant la durée de l'urgence sanitaire, l'acte de support médical à distance des services préhospitaliers d'urgence (code 15259) et dont la définition apparaît au sous-paragraphe 2.2.6 C) du préambule général est également accessible dans un service d'urgence désigné par le MSSS et faisant partie des régions sociosanitaires suivantes : Capitale-nationale (03), Mauricie et Centre-du-Québec (04), Estrie (05), Outaouais (07), Lanaudière (14) et Montérégie (16).

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 C 7) du préambule général.*

Indiquer :
- le code de facturation ***15259****;*
- l'élément de contexte **Service rendu à distances dans le cadre de la COVID-19**.
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
-**Téléconsultation par voie téléphonique***;*
-**Téléconsultation par visioconférence**.

Autres dispositions Soins intensifs à domicile en CLSC

3.24 Pendant la durée de la pandémie, exceptionnellement, nonobstant que toutes les conditions prévues à de la Lettre d'entente no 336 ne soient pas respectées, en faisant les adaptations nécessaires, les modalités de rémunération prévues aux articles 4.00 et 5.00 s'appliquent pour les activités du médecin qui assure les services médicaux auprès de patients inscrits au soutien à domicile d'un CLSC lesquels, présentent, en totalité ou en partie, les caractéristiques décrites aux paragraphes 1.01 et 1.04 de cette lettre d'entente.
Aux fins de l'application de la présente disposition, le comité paritaire désigne les lieux visés, les équipes médicales visées, fixe les conditions, le nombre de forfaits accessibles et il désigne les médecins pour chaque milieu qui peut se prévaloir de la rémunération prévue aux articles 4.00 et 5.00 de cette lettre d'entente. Il en informe la Régie.

Pendant la durée de l'urgence sanitaire, le médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes pour ses activités au programme de soutien à domicile au sein de la même installation de CLSC et qui, de façon complémentaire, participe à l'équipe SIAD peut réclamer les forfaits et le supplément lors de la visite à domicile respectivement prévus au paragraphe 4.01 et 4.02 de la Lettre d'entente n° 336.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation de la* Lettre d'entente n° 336 *et indiquer l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19***;*
- **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*

- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

Comité paritaire

3.25 Outre les responsabilités qui lui sont déjà dévolues par la présente lettre d'entente, le comité paritaire est responsable de recevoir, d'un médecin, toute demande particulière en lien avec le coronavirus.
Le comité paritaire analyse la recevabilité de la demande et peut proposer aux parties, le cas échéant, une solution. Sur réception d'une telle proposition, les parties y donnent suite de la manière qu'elles jugent appropriées.

Niveau d'intervention médicale (NIM)

3.26 Pendant la durée de l'urgence sanitaire, l'acte relatif à la rédaction du formulaire d'intervention médicale (code 15618) dont la définition apparaît au paragraphe 2.2.6 E 4) du préambule général peut également être réclamé par un médecin qui complète ce formulaire dans une RPA, RI ou dans le cadre du programme de soins à domicile en CLSC.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 E 4) du préambule général*.

Indiquer :
- le code de facturation ***15618****;*

- l'élément de contexte **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19**.
Que le service soit rendu en présence d'un patient ou non, vous devez utiliser cet élément de contexte pour indiquer que le service est rendu dans le cadre de la COVID-19.

Médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte
Utiliser en plus l'un des éléments de contexte suivants pour indiquer le secteur de pratique :
- Pour B1 - en CLSC : **Mixte (Ann. XXIII) - Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme jeunesse ou au programme d'interruption volontaire de grossesse***;*
-Pour B2 : **Mixte (Ann. XXIII) - Groupe de médecine de famille universitaire***;*
-Pour B3 : **Mixte (Ann. XXIII) - Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs**.

Médecin rémunéré à l'acte
Utiliser en plus l'un des éléments de contexte suivants :
- **Service rendu dans le cadre du programme de soutien à domicile en CLSC (LE 269)***;*
- **Service rendu en résidence privée pour aînés (RPA) ou en ressource intermédiaire (RI)**.

Jours de perfectionnement et de formation

3.27 Pour l'année 2020 et sans que le médecin en fasse la demande, le résiduel des jours de perfectionnement prévus à l'article 5.00 de l'Annexe VI de l'Entente générale et le résiduel des jours de formation prévus à l'article 3.00 de l'Annexe XIX de l'Entente générale sont reportés à l'année 2021. Ces journées s'ajoutent aux journées de l'année 2021 et sont utilisées selon les modalités spécifiques aux deux annexes.

Urgence

3.28 Malgré le paragraphe 8.07, l'urgence d'une installation peut se retirer de toute adhésion au Régime B effectuée durant la pandémie après une adhésion pour une durée inférieure à un (1) an. Toutefois, un tel retrait avant la durée prévue au paragraphe 8.07 ne peut se faire avant la fin de la pandémie de la Covid-19. Cette modalité ne s'applique qu'aux médecins qui sont rémunérés selon le mode de l'acte et se limite aux milieux qui ne sont pas déjà adhérents à *l'Entente particulière relative à la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements*.

Protection de la responsabilité professionnelle des médecins

3.29 Dans le cadre de la pandémie, un médecin qui, à la demande d'un établissement ou du ministère, exerce des activités médico-administratives liées directement à la pandémie bénéficie du régime de protection ci-après décrit :

Sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde, le ministère s'engage à prendre fait et cause pour le médecin et à assurer sa défense dans toute réclamation dirigée contre lui qui résulte de l'exercice d'une activité médico-administrative ainsi qu'à le tenir quitte et indemne de tous dommages, frais et dépenses qui y sont reliés. Toutefois, cette protection ne s'applique pas si, à l'égard d'une réclamation donnée, le médecin bénéficie de la protection offerte par l'Association canadienne de protection médicale, une compagnie d'assurance ou le Programme d'assurance responsabilité professionnelle des administrateurs et dirigeants du Réseau de la santé et des services sociaux.

Financement

3.30 Le financement des coûts découlant de la mesure du paragraphe 3.18-A est assuré à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023.
Ces coûts seront fixés, à la fin de la période d'application, en fonction des coûts réels observés.

3.31 Le financement des coûts supplémentaires découlant de la mesure du paragraphe 3.1 b) iv) est assuré à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023.
Le coût supplémentaire est la différence entre le taux horaire moyen applicable au paragraphe 3.1 b) iv) et le taux horaire moyen du médecin pour le trimestre précédent multiplié par le nombre d'heures facturées en lien avec le paragraphe 3.1 b) iv) en faisant les adaptations nécessaires pour tenir compte des horaires défavorables.
Ces coûts sont fixés, à la fin de la période d'application, en fonction des coûts réels calculés.

3.32 Le financement des coûts découlant de la mesure prévue au paragraphe 3.34 est assuré à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts seront fixés, à la fin de la période d'application, en fonction des coûts réels observés.

3.33 Le financement des coûts supplémentaires découlant de la mesure du paragraphe 3.1 b) v) est assuré à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023.

Le coût supplémentaire est de 46,54 $ par heure en cabinet, de 35,75 $ par heure à l'acte et au mode de rémunération mixte en établissement et il est de 9,45 $ par heure au mode des honoraires fixes en établissement le tout, multiplié par le nombre d'heures facturées en lien avec le paragraphe 3.1 b) v) en faisant les adaptations nécessaires pour tenir compte des horaires défavorables.
Ces coûts seront fixés, à la fin de la période d'application, en fonction des coûts réels calculés.

3.34 Le financement des coûts supplémentaires au montant de 3,37 M$ pour l'année civile 2020 ainsi que ceux au montant de 3,37 M$ pour l'année civile 2021, découlant de l'application convenue par les parties de la mesure prévue au paragraphe 15.01 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* est assuré à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023.

3.35 Le financement des coûts non récurrents, sur une base annuelle, des mesures prévues au paragraphe 3.1 b) vi) sont financés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023.

Ces coûts seront fixés, à la fin de la période d'application, en fonction des coûts réels observés.

Médecins de santé publique - Heures défavorables

3.36 Le médecin œuvrant en Santé publique ou pour le compte de la CNESST effectuant des investigations liées à la Covid 19 bénéficie des majorations applicables en cabinet prévues au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX.
Ces majorations s'appliquent sur la rémunération versée en vertu des paragraphes 2.1, 2.3 ou 2.5 de la section A de l'Annexe I de l'Annexe XXIII pour le médecin ayant opté pour le mode de rémunération mixte. Pour ce médecin, les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) sont les suivants :
- 30,71 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié
- 49,90 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié
- 49,90 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes qui a opté pour le mode de rémunération mixte, les majorations prévues à l'article 4.01 de l'Annexe XX s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes ainsi que sur les services rendus en vertu des paragraphes 2.1, 2.3 ou 2.5 de la section A de l'Annexe I de l'Annexe XXIII. Pour les services rendus à l'acte, les majorations de l'article 4.01 de l'Annexe XX se calculent sur le montant du supplément pour chaque service.
Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, les majorations prévues au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX s'appliquent sur leur rémunération habituelle.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte****, se référer aux instructions de facturation du secteur A de l'Annexe I de l'Annexe XXIII et indiquer l'élément de contexte* **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19**.

Médecin rémunéré à honoraires fixes en mixte, à tarif horaire ou à honoraires fixes*, utiliser :*

- l'emploi de temps ***XXX387*** *Investigations liées à la COVID-19;*
- la nature de service habituelle à votre contrat, soit ***007XXX****,* ***115XXX****,* ***145XXX****,* ***155XXX****,* ***165XXX****,* ***175XXX****,* ***185XXX*** *ou* ***195XXX****.*

Se référer au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX afin de connaître le secteur de dispensation et plages horaires à utiliser pour bénéficier de la majoration applicable.

Les emplois de temps majorables en Santé publique sont les suivants :
*- **XXX387** Investigations liées à la COVID-19;*
*- **XXX025** Programme de dépistage du cancer du sein;*
*- **XXX030** Services cliniques;*
*- **XXX032** Rencontres multidisciplinaires;*
*- **XXX037** Planification – Programmation – Évaluation;*
*- **XXX047** Exécution d'un programme en santé publique;*
*- **XXX067** Expertise professionnelle;*
*- **XXX148** Services cliniques : situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie.*

Les emplois de temps majorables pour la CNESST sont les suivants :
*- **XXX387** Investigations liées à la COVID-19;*
*- **XXX031** Étude de dossier;*
*- **XXX032** Rencontres multidisciplinaires;*
*- **XXX037** Planification – Programmation – Évaluation;*
*- **XXX093** Programme pour une maternité sans danger.*

Frais de ressourcement - Annexe XII (Section II article 5)

3.37 Durant la période d'urgence sanitaire, lorsque la qualité du réseau internet ne permet pas au médecin exerçant dans certains territoires visés par la présente annexe, de participer à une journée de formation via la webdiffusion en directe, le déplacement du médecin exerçant au sein de certains territoires, pour assister à une telle activité de formation constitue un déplacement pour les fins du paragraphe 5.3 b) de la Section II de l'Annexe XII. Le médecin a alors droit, après autorisation du comité paritaire, qui doit être préalable à la tenue de l'activité, de se prévaloir des modalités de remboursement des frais prévus au paragraphe 5.3 de la section II de l'Annexe XII pour ce séjour.

Dispositions spécifiques à l'équipe médicale d'intervention

3.38 a) Sur recommandation du chef du DRMG et du directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement, une ou plusieurs équipe(s) médicale(s) d'intervention (ÉMI) est (sont) créée(s) selon les besoins de chaque territoire afin d'assurer un soutien aux équipes dans les milieux de vie en éclosion de la COVID-19. Le comité paritaire entérine cette demande et en informe la Régie ainsi que du nom du ou des médecin(s) en faisant partie.
b) L'ÉMI est mise en disponibilité et est prête à se déployer, sur demande du chef du DRMG ou du DSP, afin de soutenir les équipes médicales déjà en place dans les milieux de vie pour aînés (CHSLD, RPA niveaux 3 et 4, RI, sites non traditionnels ou traditionnels adaptés) et pour certaines activités de SAD.

c) Chaque ÉMI est composée minimalement de deux (2) médecins dont un (1) médecin omnipraticien ayant une connaissance des soins en milieu de vie pour aînés (MVA) ou auprès des aînés. Cette ÉMI s'ajoute en complément aux équipes médicales de base du MVA (médecins traitants) ainsi que d'autres médecins mis en place par l'établissement pour la gestion de l'éclosion (par exemples : microbiologiste ou médecin de santé publique de l'équipe de Prévention et contrôle des infections).
d) L'ÉMI nomme un médecin omnipraticien responsable des activités du groupe.
Celui-ci est appelé à diriger son équipe dans le cadre du plan d'intervention établi par l'équipe de base du MVA selon les besoins du milieu. Ce plan d'intervention peut être établi en collaboration avec l'ÉMI.
e) En collaboration, en complément et en coordination avec les équipes déjà en place, l'ÉMI assure la couverture médicale des clientèles du MVA et participe à la garde médicale du milieu durant son déploiement.
f) Les médecins constituant l'ÉMI sont mis en disponibilité sur une base de 24 heures par jour pour sept (7) jours. Au cours de cette période, ils poursuivent leurs activités normales, mais doivent pouvoir les délester dès qu'il y a une demande d'intervention, et ce, dans les 24 heures. Ils sont rémunérés selon un forfait de 247,20 $ par période de 24 heures.

AVIS **:** *À compter du 1er juin 2020, pour le forfait de l'équipe médicale d'intervention, inscrire le code de facturation* ***42196****.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

g) Lors d'une intervention, les modalités des paragraphes 1.1 et 1.2 de la présente lettre d'entente s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires. Toutefois, la compensation pour les frais de cabinet prévue au paragraphe 1.1 c) est limitée à un maximum de 251 $ quotidiennement.
h) L'ÉMI se retire lorsque les équipes de base suffisent à la demande de soins.

Annexe IX - Services dispensés dans le cadre d'un sans rendez-vous populationnel

3.39 Durant la période d'urgence sanitaire, lorsque dispensés dans le cadre d'un sans rendez-vous populationnel en première ligne les services suivants sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente : visite ponctuelle mineure, visite ponctuelle complexe, intervention clinique ainsi que les services associés prévus à l'onglet « Actes diagnostiques et thérapeutiques » et aux onglets de chirurgie du Préambule général.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du code de facturation désiré et indiquer les éléments de contexte suivants :*
- **Service rendu en sans rendez-vous populationnel visé à l'article 5.3 de l'Annexe IX (LE 269)**;
- **Service rendu en présence du patient dans le cadre de la COVID-19** *ou* **Service rendu à distance dans la cadre de la COVID-19***, selon la situation.*
Lorsqu'un service est rendu à distance dans le cadre de la COVID-19, en plus de l'élément de contexte **Service rendu à distance dans le cadre de la COVID-19***, inscrire l'élément de contexte approprié, selon la situation :*
- **Téléconsultation par voie téléphonique***;*
- **Téléconsultation par visioconférence**.

Séance de vaccination contre la COVID-19

3.40 Durant la période d'urgence sanitaire, à compter du 14 décembre 2020, en cabinet, en établissement excluant les CHSLD et à domicile incluant les RPA, le médecin qui participe à une séance de vaccination contre la
COVID-19 est rémunéré selon l'une des options suivantes exercée quotidiennement :
i) En faisant les adaptations nécessaires, le médecin réclame les codes d'acte associés à l'acte d'évaluation d'un patient dans le cadre d'une séance de vaccination antigrippale de masse dont la définition et la tarification apparaissent à l'onglet « Actes diagnostiques et thérapeutiques ». Lorsque la séance de vaccination contre la COVID-19 s'effectue à domicile incluant les RPA, le médecin qui exerce en établissement se prévaut de la rémunération qui est applicable pour l'établissement et s'il exerce en cabinet le médecin se prévaut de la rémunération qui est applicable en cabinet;

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou à honoraires fixes***

Se référer aux instructions de facturation à l'onglet Actes diagnostiques et thérapeutiques *pour les codes de facturation de vaccination antigrippale et indiquer les informations requises, selon le lieu de facturation.*

Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes ne peut pas se prévaloir de deux modes de rémunération simultanément.

En cabinet*, indiquer* ***:***
- le code de facturation ***20021****;*
- le code de facturation ***20022****, à partir du 201e patient le même jour;*
- l'élément de contexte **Séance de vaccination contre la COVID-19**.

En établissement *(à l'exception des CHSLD), indiquer:*
- le code de facturation ***20023****;*
- le code de facturation ***20024,*** *à partir du 201e patient le même jour;*
- l'élément de contexte **Séance de vaccination contre la COVID-19**.

En résidence privée pour aînés*, indiquer:*
- la rémunération applicable en cabinet si vous exercez en cabinet (codes de facturation ***20021*** *et* ***20022****);*
- la rémunération applicable en établissement si la séance est dans le cadre de votre nomination en CLSC ou en GMF-U (codes de facturation ***20023*** *et* ***20024****);*
- l'élément de contexte **Séance de vaccination contre la COVID-19**.

En lieu de vaccination de masse non traditionnel*, indiquer :*
- la rémunération applicable en établissement (codes de facturation ***20023*** *et* ***20024****);*
- l'élément de contexte **Séance de vaccination contre la COVID-19**.
Pour le lieu de dispensation, voir la liste des régions ou sous-régions avec des lieux de vaccination de masse non traditionnels, liée à la COVID-19.

ou
ii) Par un forfait horaire de 125 $. Il est divisible par période de quinze minutes et dans un tel cas, le médecin réclame un montant de 31,25 $ par période de quinze (15) minutes.

AVIS **:** *Pour le forfait horaire pour la séance de vaccination contre la COVID-19, indiquer:*
*- le code de facturation **42230**;*
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.

En lieu de vaccination de masse non traditionnel, pour le lieu de dispensation, voir la liste des régions ou sous-régions avec des lieux de vaccination de masse non traditionnels, liée à la COVID 19.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

En faisant les adaptations nécessaires, le médecin qui participe à la formation afférente à la vaccination contre la COVID-19 exigée par le Collège des médecins du Québec, bénéficie, pour la période de formation obligatoire, de la rémunération prévue à l'alinéa ii) ci-dessus.

AVIS **:** *Pour le médecin qui participe à la formation afférente à la vaccination contre la COVID-19, indiquer :*
*- le code de facturation **42249**;*
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.

En lieu de vaccination de masse non traditionnel, pour le lieu de dispensation, voir la liste des régions ou sous-régions avec des lieux de vaccination de masse non traditionnels, liée à la COVID-19.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

3.41 Le médecin affecté à la vaccination contre la COVID-19 des patients hébergés en CHSLD bénéficie, en faisant les adaptations nécessaires, des modalités prévues aux articles 1 et 3 de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Pour la vaccination en CHSLD, inscrire l'élément de contexte* **Séance de vaccination contre la COVID-19**.

Disposition spécifique au médecin responsable clinique dans le cadre d'une séance de vaccination de masse contre la COVID-19 à laquelle participe des étudiants et des professionnels du domaine de la santé en vertu du décret 2020-99 du 3 décembre 2020

3.42 Durant la période d'urgence sanitaire, à compter du 14 décembre 2020, en cabinet, en établissement et à domicile incluant les RPA, dans le cadre d'une séance de vaccination de masse contre la COVID-19 le médecin qui agit à titre de médecin responsable clinique auprès des étudiants et des professionnels du domaine de la santé appelés, en vertu du décret 2020-099 du 3 décembre 2020, à administrer le vaccin contre la COVID-19 bénéficie pour l'ensemble de ses activités professionnelles, en faisant les adaptations nécessaires, des modalités de rémunération prévues aux articles 1 et 3 de la présente lettre d'entente sous réserve que le forfait horaire prévu au sous-paragraphe a) ii) du paragraphe 1.1 est divisible par période de quinze (15) minutes et dans un tel cas, le médecin réclame un montant de 46,55 $ par période de quinze (15) minutes.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation des articles 1 et 3.*

Inscrire :
*- le code de facturation **19682**;*
- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.

En lieu de vaccination de masse non traditionnel, pour le lieu de dispensation, voir la liste des régions ou sous-régions avec des lieux de vaccination de masse non traditionnels, liée à la COVID-19.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
*Utiliser la nature de service habituelle à votre contrat avec le code d'activité **XXX261** Médecin responsable clinique vaccination – COVID-19.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre nomination.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit transmettre au comité paritaire la liste des médecins autorisés à agir dans cette fonction. Le comité paritaire en informe la Régie. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.

Dispositions spécifiques applicables au médecin affecté au mécanisme de coordination médicale gériatrique nationale (CMG-n) ou au mécanisme de coordination médicale régionale (CMG-r)

3.43 Dans le cadre de la pandémie, le médecin qui agit à titre de coordonnateur dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique nationale (CMG-n) ou dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique régionale (CMG-r), sur un horaire de 8 heures à 22 heures, peut se prévaloir des modalités de rémunération ci-après prévues. Les modalités d'organisation et de fonctionnement du CMG-n ou du CMG-r, mises en place au niveau national et au niveau régional ainsi que les tâches attendues du médecin coordonnateur sont celles définies par le MSSS.
Le médecin coordonnateur affecté au CMG-n ou CMG-r est rémunéré selon l'une des options suivantes :
i) D'un forfait de garde en disponibilité à tarif régulier, tel que prévu au paragraphe 3.01 de *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*. Le forfait de garde rémunère un quart de garde de huit (8) heures. Lorsqu'une période de garde effectuée par le médecin comprend une fraction de garde de huit (8) heures, le forfait est divisible au prorata du temps de garde effectué.

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 3.01 de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*
Inscrire :
*- le code de facturation **19731**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde;
- le numéro du CISSS ou du CIUSSS de la région.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

S'ajoute aux forfaits de garde qui précèdent, pour chaque consultation téléphonique, et en faisant les adaptations nécessaires, le forfait horaire prévu au sous-paragraphe 1.1 a) ii) du paragraphe 1 de la présente lettre d'entente lequel est divisible au prorata du temps effectué. S'ajoutent également au forfait horaire, les modalités de rémunération mentionnées au sous-paragraphe 1.2 du paragraphe 1 de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19732**;*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- le numéro du CISSS ou du CIUSSS de la région.

Lorsque les services du médecin ne sont pas requis pour une consultation téléphonique en lien avec le CMG-n ou CMG-r, selon le cas, ce dernier peut poursuivre ses activités usuelles et se prévaloir de sa rémunération habituelle.

ou

ii) D'un forfait de base de deux (2) heures équivalent au forfait prévu au sous-paragraphe 1.1 a) ii) du paragraphe 1 de la présente lettre d'entente. Malgré ce qui précède, lorsque la garde effectuée par le médecin est d'une durée de sept (7) heures ou moins, le médecin réclame un forfait de base d'une (1) heure.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19733** si la garde est d'une durée de 7 heures ou moins;*
*- le code de facturation **19734** si la garde est d'une durée de plus de 7 heures;*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- le numéro du CISSS ou du CIUSSS de la région.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

S'ajoute également au forfait de base qui précède, pour chaque consultation téléphonique, et en faisant les adaptations nécessaires, le forfait prévu au sous-paragraphe 1.1 a) ii) du paragraphe 1 de la présente lettre d'entente, lequel est divisible au prorata du temps effectué, ainsi que les modalités de rémunération mentionnées au sous-paragraphe 1.2 du paragraphe 1 de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19732**;*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- le numéro du CISSS ou du CIUSSS de la région.

Le médecin est rémunéré pour un maximum de quatorze (14) heures au cours d'une journée, incluant le forfait de base, et ce dernier ne peut poursuivre ses activités usuelles.

Le MSSS doit transmettre au Comité paritaire la liste des médecins autorisés à agir à titre de coordonnateur au sein du CMG-n. Le comité paritaire en informe la Régie. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.

Le directeur des services professionnels ou le chef de département clinique de médecine générale doit transmettre au comité paritaire la liste des médecins autorisés à agir à titre de coordonnateur au sein du CMG-r. Le comité paritaire en informe la Régie. La liste des médecins transmise à la Régie tient lieu de nomination autorisant la rémunération.

Actes d'interventions cliniques - Levée de la durée quotidienne maximale

3.44 Durant le période d'urgence sanitaire, la durée quotidienne maximale de cent quatre-vingts (180) minutes d'interventions cliniques prévue au paragraphe 2.2.6 B du préambule général ne s'applique pas.

Affectation médicale additionnelle dans un secteur en difficulté au sein d'un établissement

3.45 En lien avec la pandémie de la COVID-19, lorsqu'un établissement de santé est confronté à une pénurie grave de son personnel soignant et qu'il s'avère que, sans l'ajout d'effectifs médicaux et une réorganisation des soins, l'établissement est difficilement en mesure de maintenir son offre de services essentiels, il peut adresser une demande écrite au Comité national de réaffectation des effectifs médicaux (CNREM) afin qu'un médecin omnipraticien soit affecté à certaines activités médicales qui diffèrent de sa pratique habituelle.
Le CNREM analyse la demande d'affectation de l'établissement en fonction de la pertinence clinique et des besoins de l'établissement. Le CNREM fixe les conditions applicables à la réaffectation et informe l'établissement de sa décision.
Le médecin qui accepte l'affectation (incluant la formation exigée par l'établissement) peut se prévaloir, en faisant les adaptations nécessaires, de toutes les dispositions prévues aux articles 1 et 2 de la présente lettre d'entente, à l'exception de la compensation horaire pour frais de cabinet mentionnée au paragraphe 1.1 c).

AVIS **:** *Se référer aux dispositions prévues à l'article 1.*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps ***XXX346*** *Services cliniques - COVID-19.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes qui ne maintient pas ce mode de rémunération, remplir la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Utiliser le code de congé ***89*** *pour chaque journée ou demi-journée travaillée selon un autre mode de rémunération.*

AVIS **:** *Médecin rémunéré à l'acte*
Se référer aux instructions de facturation des articles 1 et 2 (à l'exception de 1.1. c).
Utiliser l'élément de contexte **Affectation médicale additionnelle dans un secteur en difficulté au sein d'un établissement (LE 269)**.

Sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde du médecin, en cas de poursuite en responsabilité, le gouvernement s'engage à prendre fait et cause pour le médecin affecté à des activités médicales additionnelles advenant un refus de l'ACPM ou de toute autre organisation de même nature.

Activités clinico-administratives du médecin à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode mixte pour le compte d'un établissement

3.46 Durant la période d'urgence sanitaire, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode mixte peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination, exécuter ses activités clinico-administratives découlant de ses activités médicales auprès de ses patients soit, à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin situé au Québec. Il est entendu que le médecin rémunéré selon le mode mixte peut facturer pour de telles activités que le forfait horaire en vertu du paragraphe 2.05 de l'Annexe XXIII de l'Entente.

AVIS **:** *Médecin rémunéré selon le mode mixte*
Lorsque les activités sont exercées à partir d'un lieu situé dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement auprès duquel la nomination est détenue, inscrire :
Pour le lieu de dispensation :
- le numéro d'établissement pour lequel vous détenez une nomination.
Pour le lieu en référence :
- le numéro de l'établissement, du cabinet ou de la localité (dans le cas du domicile) où les activités sont effectuées;
- la précision du lieu **Lieu où le service est rendu par le professionnel**.
En plus des informations ci-dessus, se référer aux instructions de facturation de l'annexe I de l'Annexe XXIII, selon la situation.

Pour le médecin qui choisit de maintenir s on mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps ***XX346*** *Services cliniques - COVID-19.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

4. DURÉE DE LA LETTRE D'ENTENTE

La présente lettre d'entente est renouvelable annuellement, si besoin est. Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

Dispositions transitoires applicables durant la période s'échelonnant du 15 mai 2022 au 31 décembre 2022

4.1 Les modalités spécifiques applicables aux cas de coronavirus (COVID-19) telles que stipulées à l'article 3 de la présente lettre d'entente prennent fin à compter du 15 mai 2022 sous réserves des exceptions ci-après énoncées :

a) Les mesures suivantes sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2022 à savoir :

i) Les modalités de rémunération relatives à l'acte de communication par conseil numérique et à l'acte de communication dans le cadre de la télédermatologie tel que respectivement définis à l'article 3.14 second alinéa, troisième alinéa et quatrième alinéa;

ii) Les désignations à la Lettre d'entente n° 269 de SNT (article 3.1 b)) ainsi que les gardes en disponibilité qui y sont associées en vertu de l'article 3.20;

iii) En préhospitaliers d'urgence, l'acte d'évaluation du décès à distance tel que défini à l'article 3.23.2;

iv) La rémunération du médecin qui agit à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD (article 3.19.18) ainsi que celle du médecin qui agit à titre de coordonnateur dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique régionale (CMG-r) (article 3.43);

v) Les modalités relatives aux activités clinico-administratives du médecin qui pour sa pratique régulière est rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode mixte pour le compte d'un établissement tel que défini à l'article 3.46 sont maintenues.

Malgré ce qui précède, le médecin enseignant qui effectue des activités académiques à distance visées à sa nomination ainsi que le médecin en santé publique qui rend à distance les services visés par sa nomination ne peuvent se prévaloir de la modalité prévue à l'article 3.46, lesquels sont couverts par des accords distincts.

vi) Les modalités de compensation pour isolement tel que définies à l'article 3.10 sont maintenues.

b) En ce qui a trait aux services fournis par voie de téléconsultation, les conditions et modalités prévues et décrites à l'article 3.13 de la présente lettre d'entente continuent à s'appliquer et sont maintenues jusqu'à ce que ces services soient devenus assurés en vertu de la loi.

Il est entendu que les modalités spécifiques applicables aux services de téléconsultation devront faire l'objet d'une renégociation lorsque celle-ci sera assurée par le régime d'assurance maladie de façon permanente.

Dispositions transitoires applicables durant la période s'échelonnant du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023

AVIS **:** *Les modalités de l'article 4.2 b) i), iii) et v) sont prolongées du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.*

Les modalités de l'article 4.2 b) iv) relatives à la rémunération du médecin qui agit à titre de coordonnateur dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique régionale (CMG-r) (article 3.43) sont prolongées du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.

4.2 Les modalités spécifiques applicables au cas de coronavirus (COVID-19) stipulées à l'article 4.1 a) i), iii), iv), v) et vi) et à l'article 4.1 b) ci-dessus devant prendre fin le 31 décembre 2022 sont reconduites pour les périodes ci-après fixées et sous réserve des exceptions ci-après énoncées :

a) Les mesures suivantes sont reconduites à compter du 1er janvier 2023 jusqu'au 31 mars 2023, à savoir :

i) Les modalités de compensation pour isolement tel que définies à l'article 3.10 sont maintenues jusqu'au 31 mars 2023. Si la situation le justifie, les parties pourront convenir de prolonger cette date par avis dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

AVIS **:** *Les modalités de compensation pour isolement, comme définies au paragraphe 3.10, sont prolongées jusqu'au 30 juin 2023.*

b) Les mesures suivantes sont reconduites du 1er janvier 2023 jusqu'au 31 décembre 2023, à savoir :

AVIS **:** *Les modalités de l'article 4.2 b) i), iii) et v) sont prolongées du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.*

Les modalités de l'article 4.2 b) iv) relatives à la rémunération du médecin qui agit à titre de coordonnateur dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique régionale (CMG-r) (article 3.43) sont prolongées du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.

i) Les dispositions spécifiques applicables aux services fournis par voie de télécommunication prévues et décrites à l'article 3.13 de la présente lettre d'entente continuent de s'appliquer sous réserve de l'exception ci-après énoncé :

1) La visite de prise en charge (paragraphe 2.2.6 A c) 1) du Préambule général) ne peut être réalisée par téléconsultation.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, en faisant les adaptations nécessaires, la visite de prise en charge est réputée faire partie de la liste des services exclus de la téléconsultation (alinéa 2 de l'article 3.13).

2) En considération de l'exclusion de visite de prise en charge de la téléconsultation, les dispositions de l'alinéa 3 de l'article 3.13 intitulé « Note sur la prise en charge »•• ne sont pas maintenues.

ii) Les modalités de rémunération relatives à l'acte de communication par conseil numérique et à l'acte de communication dans le cadre de la télédermatologie tel que respectivement définis à l'article 3.14 second alinéa, troisième alinéa et quatrième alinéa sont maintenues.

iii) En préhospitaliers d'urgence, l'acte d'évaluation du décès à distance tel que défini à l'article 3.23.2;

iv) La rémunération du médecin qui agit à titre de cogestionnaires des services médicaux au sein d'un CHSLD (article 3.19.18) ainsi que celle du médecin qui agit à titre de coordonnateur dans le cadre du mécanisme de coordination médicale gériatrique régionale (CMG-r) (article 3.43).
v) Les modalités relatives aux activités clinico-administratives du médecin qui pour sa pratique régulière est rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode mixte pour le compte d'un établissement tel que définies à l'article 3.46 sont maintenues.

Malgré ce qui précède, le médecin enseignant qui effectue des activités académiques à distance visées à sa nomination ainsi que le médecin en santé publique qui rend à distance les services visés par sa nomination ne peuvent se prévaloir de la modalité prévue à l'article 3.46, lesquels sont couverts par des accords distincts.

AVIS **:** *La période d'application de la* Lettre d'entente n° 269 *commence le 28 février 2020.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à, ce 13e jour de mars 2013.

REJEAN HEBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des cliniques désignées à la Lettre d'entente no 269

AVIS **:** *Voir la liste des cliniques désignées à la* Lettre d'entente n° 269.

ANNEXE II

Liste des lieux désignés relative à la rémunération de la garde en disponibilité (articles 3.20 et 3.21 de la Lettre d'entente no 269)

AVIS **:** *Voir la liste des lieux désignés relative à la rémunération de la garde en disponibilité.*

LETTRE D'ENTENTE No 273

Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'entente générale introduisant le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique désignés

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu, dans le cadre de l'Annexe XXIII de l'entente générale, d'implanter le mode de rémunération mixte dans certains secteurs de pratique;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts récurrents découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique identifiés à l'article 3.00 de l'Annexe XXIII de l'entente générale;

CONSIDÉRANT qu'il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts récurrents découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte pour chacun des secteurs de pratiques admissibles et dès lors, un suivi de l'évolution des coûts de ce mode de rémunération doit être assuré par secteurs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Financement

1.1 Pour l'année 2015-2016, un montant additionnel non récurrent de 32,5 M$ et à compter du 1er avril 2016, un montant additionnel de 38,1 M$ est consacré annuellement et, sur une base récurrente, au financement des coûts découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique identifiés à l'article 3.00 de l'Annexe XXIII de l'Entente.

1.2 Les modalités de financement des coûts de l'implantation du mode de rémunération mixte sont les suivantes :

a) Pour les secteurs de pratique admissibles au mode de rémunération mixte de l'Annexe XXIII autres que ceux définis à l'article 2.00 de l'Annexe XXII de l'entente générale, les modalités de financement sont les suivantes :

i) D'abord, par le montant de 6,4 M$ de non-atteinte non récurrente liée à la Lettre d'entente no 259 dégagée pour l'année 2012-2013;

ii) Ensuite, par le montant de 23,3 M$ de non-atteinte non récurrente dégagée pour l'année 2013-2014;

iii) Par la suite, à compter de l'année 2014-2015 par le montant de non-atteinte observé au cours d'une année qui pourrait, le cas échéant, se dégager le la Lettre d'entente no 260;

iv) Enfin, par les montants récurrents accordés selon l'échéancier de versements prévus dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale MSSS-FMOQ 2010-2015 et ayant trait à certains montants consentis dans le cadre de l'Entente MSSS-FMOQ relative à l'application de la Lettre d'entente no 138.

b) Les coûts découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte de l'Annexe XXIII dans les secteurs de pratique définis à l'article 2.00 de l'Annexe XXII de l'entente générale sont financés à même la somme prévue à l'article 1.00 de la Lettre d'entente no 260 concernant le financement et le suivi des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement no 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation. Advenant que, pour une année d'application, les coûts découlant des nouvelles nomenclatures et de l'implantation du mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique identifiés à l'article 2.00 de l'Annexe XXII dépassent la somme prévue à l'article 1.00 de la Lettre d'entente no 260 les parties conviennent d'assurer le financement du dépassement constaté à même la somme prévue à l'article 1.1 de la présente lettre d'entente et, si nécessaire, le financement du remboursement de ce dépassement est assuré à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis aux médecins.

2. Suivi

2.1 Afin d'assurer le respect des coûts de l'Annexe XXIII de l'entente générale selon les évaluations des parties pour chacun des secteurs de pratique désignés où sera implanté le mode de rémunération mixte, les parties conviennent d'effectuer un suivi de l'évolution de la mesure par secteurs de pratique, sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
2.2 Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, au cours des trois années suivant l'implantation du mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique dans lequel le mode de rémunération mixte est implanté, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées étant toutefois entendu que toute non-atteinte dégagée, au cours d'une de ces années, sera versée selon des modalités identifiées par la Fédération, lesquelles seront entérinées par les parties.
Le remboursement d'un dépassement constaté, au cours d'une de ces années, est assuré à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins. Ce remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.
3. Mise en vigueur
3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 274

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES DÉCOULANT DE L'AMENDEMENT No 144 INTRODUISANT UNE NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTES APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN CENTRE HOSPITALIER DE COURTE DURÉE

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de l'Amendement n° 144, d'implanter une nouvelle nomenclature des actes applicables à la rémunération des soins psychiatriques dispensés en centre hospitalier de courte durée;
ATTENDU que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation de la nouvelle nomenclature des actes;
ATTENDU qu'en raison de l'implantation d'une nomenclature des actes en soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée, il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation de la nouvelle nomenclature des actes telle que précisée par l'Amendement n° 144 et dès lors, un suivi de l'évolution des coûts de cette mesure doit être assuré;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement
1. Le financement des coûts supplémentaires découlant de la mise en vigueur de la nomenclature des actes pour les soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée introduite par l'Amendement n° 144 provient des sommes allouées au paragraphe 1.1 de la *Lettre d'entente n° 273*.
II- Suivi
2. Les mesures de suivi prévues à la *Lettre d'entente n° 273* s'appliquent en regard du respect des coûts supplémentaires découlant de l'introduction de la nomenclature des actes applicable à la rémunération des soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e jour de novembre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 276

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.

2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et la première des deux dates suivantes soit, à la date d'adhésion du médecin au mode de rémunération mixte ou au plus tard le 31 août 2015, et ce, à la condition que le médecin adhère au mode de rémunération mixte au plus tard le 30 septembre 2015 dans le secteur de pratique en cause.

Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er juillet 2015 et le 30 septembre 2015 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 30 septembre 2015 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 30 septembre 2016.

3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le ou les secteurs visés par son option durant la période visée.

4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour ce secteur, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

5.00 Le montant forfaitaire est de 19,60 $ par heure et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées en vertu de *l'Entente particulière relative à la santé publique* et en vertu de l'article 17.00 de l'entente générale.

Toutefois, les codes d'activités correspondant à la garde en disponibilité et aux tâches médico-administratives ne sont pas considérés.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er février 2016.

7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour d'octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 277

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE DANS CERTAINS SECTEURS DE PRATIQUE EN CLSC ET DANS LE SECTEUR DE PRATIQUE DU GMF-U EN ÉTABLISSEMENT

ATTENDU que le mode de rémunération mixte en CLSC dans les secteurs de services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le cadre du programme jeunesse, interruption volontaire de grossesse, ainsi qu'en GMF-U en établissement est élaborée sur la base de la nomenclature des actes en cabinet;
ATTENDU la mise en application éventuelle d'une nouvelle nomenclature à l'acte en cabinet et à domicile qui aura pour conséquence de rehausser la rémunération globale des services rémunérés en vertu de cette nouvelle nomenclature;

ATTENDU que les suppléments d'honoraires applicables au mode de rémunération mixte en CLSC dans les secteurs visés et en GMF-U en établissement ont été établis de façon à produire un résultat inférieur à celui attendu et ce, tant que la nouvelle nomenclature des actes en cabinet n'est pas en vigueur, tout en permettant d'intégrer ultérieurement la nouvelle nomenclature des actes sans exiger l'ajout de financement supplémentaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

De verser un montant forfaitaire à chaque médecin ayant adhéré au mode de rémunération mixte pour la période écoulée entre la date d'adhésion à ce mode dans l'un des secteurs visés par la présente lettre d'entente et la date de mise en vigueur d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet qui sera applicable en CLSC et en GMF-U en établissement.

2.00 Le montant forfaitaire correspond à 5,85 % de la valeur des actes qui sont visés par le supplément d'honoraires prévu aux paragraphes 2.06 et 2.07 de l'annexe XXIII excluant, l'acte médico-administratif apparaissant à l'article 6 de la section B-1 de l'annexe I à l'annexe XXIII, excluant l'acte médico-administratif apparaissant à l'article 7 de la section B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII, de même que les services décrits à l'onglet P " Gynécologie " de l'Annexe V de l'entente générale et les services de l'onglet J " Ultrasonographie " du Manuel des services de laboratoire en établissement. Les montants forfaitaires sont sujets à l'application des paragraphes 2.09 et 2.14 de l'annexe XXIII.

3.00 Pour bénéficier du montant forfaitaire prévu à la présente, le 31 mars 2016, selon les modalités à convenir en vertu de l'Entente de principe transmises au plus tard trois (3) mois après la mise en vigueur de la nouvelle nomenclature, le médecin doit compter au moins 500 patients inscrits à son nom selon le paragraphe 3.01 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Advenant l'interruption de la pratique du médecin à la date d'évaluation, pour une période de plus de treize semaines consécutives, l'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue le dernier jour précédant la date d'interruption de sa pratique, à la condition que cette date de référence soit antérieure au 31 mars 2016.

4.00 Le montant forfaitaire est versé au médecin environ cinq (5) mois après la mise en vigueur de la nouvelle nomenclature des actes en cabinet qui sera applicable en CLSC et en GMF-U en établissement.

5.00 Les montants forfaitaires sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour d'octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE

Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 278

CONCERNANT LES MONTANTS FORFAITAIRES À VERSER DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE EN CLSC DANS LES SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE, DANS LE PROGRAMME JEUNESSE, DANS LES SERVICES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, AINSI QU'EN GMF-U EN ÉTABLISSEMENT

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte en CLSC dans les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le programme jeunesse, dans les services d'interruption volontaire de grossesse, ainsi qu'en GMF-U en établissement;
ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ces secteurs proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans les secteurs visés par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération en CLSC dans les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le programme jeunesse ou dans les services d'interruption volontaire de grossesse au plus tard le 31 janvier 2016 ou, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération auprès d'un GMF-U en établissement au plus tard le 31 mars 2016.
Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 31 janvier 2017.
2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.
3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour ce secteur, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
4.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente,

Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrites à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein des installations où le médecin exerçait dans au moins un programme visé par les présentes au sein d'une installation d'un CLSC ou d'un GMF-U en établissement entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, où :
A = l'ensemble des forfaits horaires selon le mode de la rémunération mixte et des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes suite à l'adhésion au mode de rémunération mixte dans un programme visé par les présentes au sein d'une installation d'un CLSC ou d'un GMF-U en établissement où exerce le médecin entre le 1er novembre 2015 et le 29 février 2016, et

B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des installations d'un CLSC ou d'un GMF-U en établissement en centre hospitalier retenus en A durant la même période qu'en A.
Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités durant la période du 1er novembre 2015 au 29 février 2016, cette période est prolongée de façon à cumuler quatre (4) semaines d'activité avant le 31 janvier 2017. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à la suite de la période additionnelle de six (6) mois, le calcul des alinéas précédents se fait sur la base des activités existantes.
Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures d'activités de fonctionnement en GMF, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.
6.00 Outre les cas d'exceptions prévus au cinquième alinéa du paragraphe 4.00, le montant forfaitaire est versé le ou vers le 31 juillet 2016.
7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour d'octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 279

AYANT POUR OBJET UN MONTANT FORFAITAIRE À VERSER DÉCOULANT DE LA NOUVELLE MODALITÉ DE RÉMUNÉRATION DANS LE PROGRAMME D'ITINÉRANCE OU DE TOXICOMANIE AU SEIN D'UN CLSC INTRODUITE DANS LE CADRE DE L'AMENDEMENT No 142

ATTENDU la nouvelle modalité de rémunération dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation CLSC opérée par un CISSS ou un CIUSSS et de sa mise en vigueur le 1er novembre 2015;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 de la présente lettre d'entente et ce, en fonction de certaines conditions énoncées à la présente lettre d'entente.

2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin visé pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015.

3.00 Le montant forfaitaire est en fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin durant la période visée dans les secteurs visés par la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure travaillée par le médecin et est payable sur 95% des heures exercées dans le secteur de l'itinérance ou de toxicomanie en CLSC durant la période visée.

Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrits à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein des installations où le médecin exerçait dans un programme d'itinérance ou de toxicomanie au sein d'une installation d'un CLSC entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, où :

A = l'ensemble des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes et du tarif horaire au sein d'un programme d'itinérance ou de toxicomanie au sein d'une installation d'un CLSC où exerce le médecin entre le 1er novembre 2015 et le 29 février 2016, et

B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des installations de CLSC retenus en A durant la même période qu'en A.

Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités durant la période du 1er novembre 2015 au 29 février 2016, cette période est prolongée de façon à cumuler quatre (4) semaines d'activité avant le 31 janvier 2017. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à cette date, le calcul des alinéas précédents se fait sur la base des activités existantes.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures de fonctionnement en GMF, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Outre les situations d'exceptions évoquées au cinquième alinéa du paragraphe 4.00, le montant forfaitaire est versé le ou vers le 31 juillet 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 15e jour d'octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 280

Concernant le financement et le suivi des coûts découlant d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet et à domicile découlant de l'Amendement no 151

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu dans le cadre de l'Amendement n° 151 d'implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet et à domicile;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts récurrents découlant de la mise en œuvre de l'Amendement n° 151;

CONSIDÉRANT qu'il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts récurrents découlant de l'implantation de cette nouvelle nomenclature et en conséquence, un suivi de cette mesure doit être assuré;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. FINANCEMENT

1.1 Le financement des coûts récurrents en cabinet et à domicile (incluant les coûts des paragraphes 2.2.2 et 2.2.3) découlant des modifications et bonifications prévues dans le cadre de l'Amendement n° 151 est assuré comme suit :
a) Pour la période comprise entre le 1er juin 2016 et le 31 mars 2017, par le montant de 71,7 M$ non récurrent et à compter du 1er avril 2017 par un montant récurrent de 71,7 M$ accordé dans le cadre du Protocole d'accord d'étalement du 24 septembre 2014 lequel montant récurrent a été intégré à l'enveloppe budgétaire globale convenue dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023.
Étant toutefois entendu, qu'une somme non récurrente de 13,9 M$ provenant d'une non-atteinte non récurrente disponible pour l'année 2014-2015 dégagée de la Lettre d'entente n° 260 et identifiée au paragraphe 1.2 a) iii) de la Lettre d'entente n° 273 est incluse dans le montant de 71,7 M$.
b) Pour la période comprise entre le 1er novembre 2016 et le 31 mars 2017, par le montant de 0,5 M$ non récurrent et par un montant de 1,3 M$ récurrent au 1er avril 2017 prévus dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale MSSS-FMOQ 2010-2015 et ayant trait à certains montants consentis dans le cadre de l'Entente relative à l'application de la Lettre d'entente n° 138.
c) À compter du 1er juin 2016, par le montant de 26,3 M$ récurrent dégagé suite à la terminaison de la Lettre d'entente n° 286;
d) À compter du 1er juin 2016, par le montant de 5,9 M$ récurrent disponible suite à l'abolition du code 15161 relatif au soutien médical à l'abandon du tabagisme;
e) À compter du 1er juin 2016, par le montant de 1,5 M$ récurrent dégagé suite à l'abolition des codes 15153, 15154 et 15155 relatifs à la discussion de cas;
f) À compter du 1er novembre 2016, par le montant de 19,1 M$ récurrent dégagé suite à l'abolition de la condition de vulnérabilité des personnes âgées de 70 ans et plus;

2. SUIVI

2.1 Sous réserve des dispositions du paragraphe 2.3 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent d'assurer le respect des coûts récurrents en cabinet et à domicile de l'Amendement n° 151 et d'effectuer un suivi de l'évolution de cette mesure de façon régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant. Les coûts récurrents annuels sont estimés à 834,6 M$ et ajustés à 833,1 M$ à compter du 1er juillet 2017 excluant les coûts récurrents annuels liés à l'article 1 A) x) et à l'article 5 D) de l'amendement susmentionné.

Les coûts prévus à l'alinéa qui précède seront réévalués annuellement pour refléter l'évolution de pratique réelle et observée par rapport à ce qui avait été convenue lors de l'évaluation des coûts effectuées par les parties.

2.2 Sous réserve des dispositions du paragraphe 2.3 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent également d'assurer un suivi de l'évolution des coûts des mesures ci-après identifiés sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires le cas échéant :

2.2.1 Un montant récurrent maximal annuel de 10 M$ est affecté pour le financement de la rémunération des communications avec un médecin spécialiste et pour les communications avec d'autres professionnels de la santé en cabinet et à domicile selon les dispositions prévues à l'article 1 A) vii) c) 13 et de l'article 1 A) vii) c) 14 de l'Amendement n° 151;

2.2.2 Un montant récurrent maximal annuel de 1 M$ est affecté pour le financement de l'indemnité de kilométrage selon les dispositions prévues à l'article 1 A) x) de l'Amendement n° 151;

2.2.3 Un montant récurrent estimé à 130,1 M$ est affecté pour le financement de la rémunération des forfaits de prise en charge selon les dispositions prévues à de l'article 5 D) de l'Amendement n° 151. Ces coûts seront réévalués annuellement pour refléter l'évolution de pratique réelle et observée par rapport à ce qui avait été convenue lors de l'évaluation des coûts effectués par les parties.

2.2.3 Un montant récurrent estimé à 130,1 M$ et ajusté à 128,6 M$ à compter du 1er juillet 2017 est affecté pour le financement de la rémunération des forfaits de prise en charge selon les dispositions prévues à l'article 5 D) de l'Amendement n° 151. Ces coûts seront réévalués annuellement pour refléter l'évolution de pratique réelle et observée par rapport à ce qui avait été convenue lors de l'évaluation des coûts effectués par les parties.

2.3 Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, au cours des trois années suivant la mise en vigueur de l'Amendement n° 151, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées étant toutefois entendu que toute non-atteinte dégagée, au cours d'une de ces années, sera versée selon des modalités identifiées par la Fédération, lesquelles seront entérinées par les parties.

Le remboursement d'un dépassement constaté, au cours d'une de ces années, est assuré à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins. Ce remboursement doit être effectué au cours de l'année budgétaire suivante à celle où l'on a observé le dépassement.

3. MISE EN VIGUEUR

3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce e jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 281

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN POUR ASSURER LES SERVICES DISPENSÉS AUPRÈS DES ANCIENS COMBATTANTS HÉBERGÉS EN SOINS DE LONGUE DURÉE À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

CONSIDÉRANT QUE le gouvernement du Canada a cédé, à compter du 1er avril 2016, au gouvernement du Québec l'Hôpital Sainte-Anne lequel hôpital offre notamment des soins et des traitements aux Anciens Combattants en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour les Anciens Combattants (DORS/90-594) pris en vertu de la Loi sur le ministère des Anciens Combattants (L.R.C., 1985, ch. V-1);*

CONSIDÉRANT QUE suite à cette cession par le gouvernement du Canada de l'Hôpital Sainte-Anne au gouvernement du Québec, cet hôpital sera intégré au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et il continuera à héberger les Anciens Combattants et à leur offrir des soins de longue durée et plus particulièrement, à assurer au bénéfice des Anciens Combattants notamment une présence médicale sur place durant certaines périodes de la semaine;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Modalités de rémunération

1. Le médecin qui pratique à l'Hôpital Sainte-Anne est rémunéré selon l'un des modes de rémunération permis en CHSLD et prévus au paragraphe 1.01 de l'annexe XXII pour les soins rendus auprès de la clientèle spécifique que sont les Anciens Combattants et ce, entre 8 h et 18 h du lundi au vendredi sauf un jour férié.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte ou selon le mode mixte***
*Utiliser le numéro d'établissement **08154***

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes.*
*Inscrire le numéro d'établissement **08154** et utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***266015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***266030*** *Services cliniques*
- ***266032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***266043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***266055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***266080*** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
- ***266097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***266098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Les plages permises pour les services sont :

Jour	***Heures concernées***
Du lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié	*de 8 h à 18 h*

AVIS **:** *Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* ***en version papier*** *pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Lettre d'entente n° 281*;*

- le mode de rémunération choisi par le médecin.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

2. Au bénéfice des Anciens Combattants, les services de garde sur place requis par l'établissement, sont rémunérés de façon exclusive, à honoraires fixes ou à tarif horaire les fins de semaine et les jours fériés ainsi que de 18 h à 8 h du lundi au vendredi sauf un jour férié, et ce, même lorsque le médecin, pour les services rendus à la clientèle en cause opte pour le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte. Durant la garde sur place, le médecin a droit à une prime de responsabilité qui s'ajoute à 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles payées pour les services rendus aux fins de l'application du présent paragraphe. Cette prime est de 16,10 $ au 1er septembre 2018 et elle est de 16,25 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Pour le médecin qui a opté pour la rémunération à* ***l'acte****, pour le* ***mode de rémunération mixte*** *ou pour le* ***mode mixte combiné aux honoraires fixes*** *et qui facture la garde sur place à tarif horaire, utiliser le code d'activité suivant :*

- ***266270*** *Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)*

Pour le médecin rémunéré ***à tarif horaire****, utiliser les codes d'activité suivants :*
- ***266063*** *Garde sur place*
- ***266071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires*
Pour le médecin se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, il n'y a pas de limitation d'heures.
Pour le médecin rémunéré ***à honoraires fixes****, utiliser les codes d'activité suivants :*
- ***266063*** *Garde sur place*
- ***266132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

Les plages horaires permises pour la garde sur place sont :

Jour	***Heures***
du lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié	*de 18 h à 8 h*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les secteurs de dispensation à utiliser.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à l'acte qui rend des services de garde sur place, le CIUSSS doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* ***en version papier*** *et :*

- inscrire la situation d'entente Lettre d'entente n° 281 *(garde sur place);*

- cocher le mode de rémunération choisi par le médecin pour cette garde (tarif horaire ou honoraires fixes);

- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour le médecin rémunéré selon le mode mixte qui rend des services de garde sur place, le CIUSSS peut faire parvenir ***un seul avis de service*** *:*

- inscrire la situation d'entente Lettre d'entente n° 281 *(garde sur place);*

- cocher les deux modes de rémunération choisis :

- Mixte (annexe XXIII, paragr. 2.12) *et* Honoraires fixes *sur le formulaire 1897;*
- Mixte (annexe XXIII, paragr. 2.03) *et* Tarif horaire *sur le formulaire 3547*.

3. Le nombre de médecins devant assurer les services médicaux auprès de la clientèle spécifique du CHSLD constituée par les Anciens Combattants, est déterminé par un ratio convenu dans le cadre de l'entente de cession de l'Hôpital Sainte-Anne.

Financement

4. Sous réserve de l'article 5 suivant, sur une base annuelle, l'enveloppe budgétaire globale est rajustée à la hausse de la façon ci-après précisée :

a) d'un montant égal à la dépense réelle supplémentaire versée pour le ratio requis pour la présence médicale de jour, du lundi au vendredi, de un (1) médecin par quatre-vingt-cinq (85) résidents par rapport au ratio de certains CHSLD comparables;

ET

b) d'un montant égal à la dépense réelle découlant de la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes versée pour la garde sur place effectuée auprès des Anciens Combattants au sein de l'Hôpital Sainte-Anne durant les périodes suivantes: en semaine, de 18 h à 8 h du lundi au vendredi et en tout temps la fin de semaine et les jours fériés.

Mise en vigueur

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016 et elle prend fin à la date où l'Hôpital Sainte-Anne cessera définitivement d'héberger et d'offrir des soins de longue durée aux Anciens Combattants admissibles, et ce, jusqu'au dernier Ancien Combattant admissible aux termes des articles 2 et 21 du Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants (DORS/90-594) dans sa version en vigueur à la date de cession du gouvernement du Canada de l'Hôpital Sainte-Anne au gouvernement du Québec.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce _____e jour de_____2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 283

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DES SUPPLÉMENTS DE L'ARTICLE 4.12 ET DE L'ARTICLE 13.01 DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De financer, annuellement et sur une base récurrente, jusqu'à concurrence de 24,3 M$, les coûts découlant du supplément alloué pour le premier examen ou la première intervention clinique faite lors de la prise en charge et de suivi d'un patient sans médecin de famille prévu à l'article 4.12 et à l'article 13.01 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle*.
2. Afin d'assurer le respect des coûts découlant de ces mesures, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier et d'y apporter tous les correctifs nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant que, pour une année d'application, les coûts de ces mesures dépassent la somme prévue à l'article 1 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent de mesures en vue d'assurer le financement des coûts non récurrents excédentaires à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins.
4. Afin d'éviter tout autre dépassement ou advenant que, pour une année d'application, le montant alloué à l'article 1 de la présente lettre d'entente n'est pas atteint, les parties conviennent de revoir les modalités d'applications prévues pour ces mesures et/ou de revoir la tarification des mesures prévues ou même, le cas échéant de mettre fin à cette mesure.
5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour d'octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 284

CONCERNANT LES MONTANTS FORFAITAIRES À VERSER DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU HOSPITALIER

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les soins psychiatriques en milieu hospitalier;
ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 30 novembre 2015, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 29 février 2016.
Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 28 février 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.
3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour ce secteur, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
4.00 Le montant forfaitaire est de 22,00 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente,
Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrites à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein des centres hospitaliers où le médecin exerçait en soin psychiatriques entre le 1er avril 2015 et le 30 novembre 2015, où :
A = l'ensemble des forfaits horaires selon le mode de la rémunération mixte et des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes suite à l'adhésion au mode de rémunération mixte pour les activités visées par les présentes au sein d'un centre hospitalier où exerce le médecin entre le 1er décembre 2015 et le 31 mars 2016, et
B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des centres hospitaliers retenus en A durant la même période qu'en A.

Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités durant la période du 1er décembre 2015 au 31 mars 2016, cette période est prolongée de façon à compter quatre (4) semaines d'activité avant le 28 février 2017. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à la suite de la période additionnelle de six (6) mois, le calcul des alinéas précédents se fait sur la base des activités existantes.
Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectués la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.
5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.
6.00 Outre les cas d'exceptions prévus au cinquième alinéa du paragraphe 4.00, le montant forfaitaire est versé le ou vers le 31 juillet 2016.
7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e jour de novembre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 285

CONCERNANT DES MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE COMPENSATION DU TEMPS DE DÉPLACEMENT DANS LE CADRE DE LA DESSERTE PAR LES EFFECTIFS MÉDICAUX DE L'ENSEMBLE D'UNE RÉGION SOCIO-SANITAIRE D'UNE OU DE PLUSIEURS INSTALLATIONS DÉSIGNÉES D'UN ÉTABLISSEMENT

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

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

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

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

4. RÉGION SOCIO-SANITAIRE ADMISSIBLE ET INSTALLATION DÉSIGNÉE

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

AVIS **:** *Voir les installations désignées et les banques d'heures allouées à l'annexe I de la* Lettre d'entente n° 285.

Le département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'installation ou les installations en pénurie d'effectifs médicaux devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région socio-sanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.
Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 285 – Temps de déplacement,

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

La période de l'avis ne doit pas dépasser la période de désignation de l'installation visée à la Lettre d'entente n° 285.

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

5. BANQUE D'HEURES

Le comité paritaire évalue pour chaque installation désignée aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région socio-sanitaire.
La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.
Le comité paritaire en informe le DRMG ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

6. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DU MÉDECIN

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :
a) son lieu de pratique principal se situe dans la région socio-sanitaire du DRMG qui fait la demande et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'installation désignée. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique ;
b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'installation désignée. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la Lettre d'entente n° 154.
Dans tous les cas, le médecin ne doit pas diminuer sa prestation de services dans l'installation exploitée par l'établissement où il exerce habituellement ni, autrement que dans le cadre du mécanisme de dépannage, pratiquer dans une installation (exploitée par un établissement) qui a recours au mécanisme du dépannage au cours de la période concernée.

7. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

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

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

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

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

8. PRÉSOMPTION

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

9. RÉPARTITION ET PROCÉDURES

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

10. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2e jour de février 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Annexe I

Régions socio-sanitaires admissibles et durée de la désignation

AVIS **:** *Voir les installations désignées et les banques d'heures allouées à l'annexe I de la* Lettre d'entente nº 285.

LETTRE D'ENTENTE No 286

CONCERNANT L'IMPLANTATION D'UNE NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTES EN CABINET PRIVÉ ET À DOMICILE ET AYANT TRAIT AU PAIEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES RÉTROACTIFS

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile;

CONSIDÉRANT la lettre d'entente no 264 et son échéance au 31 mars 2015;

CONSIDÉRANT la nécessité de prolonger les travaux;

CONSIDÉRANT que pour assurer le financement des coûts récurrents d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile, certains tarifs des actes en cabinet privé et à domicile ne seront pas majorés à compter du 1er avril 2013, 2014 et 2015;

CONSIDÉRANT que pour compenser ce gel, un montant forfaitaire rétroactif trimestriel sera versé au médecin;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties poursuivent les travaux visant à implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile.
2. Cette implantation doit être réalisée au 1er avril 2016.
3. Pour la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2013 et se terminant le 31 mars 2016, certains actes applicables à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile ne feront pas l'objet des augmentations tarifaires octroyées dans le cadre de l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2015 ainsi que de l'Entente sur l'application de la Lettre d'entente no 138.
4. Les sommes provenant de l'application des dispositions de l'article 3 ci-dessus sont consacrées à assurer le financement complet des coûts récurrents découlant de la nouvelle nomenclature des actes applicable à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile que les parties souhaitent implanter, d'ici le 31 mars 2016, dans ces deux secteurs d'activités.
5. Durant la période visée par l'article 3 ci-dessus, la mesure de compensation suivante s'applique :
a) À compter du 1er avril 2015 jusqu'au 30 juin 2015, et par la suite, pour chaque trimestre subséquent, un montant forfaitaire est versé au médecin. Ce montant forfaitaire rétroactif est calculé sur la base de la facturation, au cours d'un trimestre donné, des actes en cabinet privé et à domicile qui n'ont pas fait l'objet des augmentations tarifaires telles que précisées à l'article 3 de la présente lettre d'entente.
b) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016, le taux de majoration applicable sera de 4,24 %.
c) Les modalités de versement du montant forfaitaire rétroactif prévues par la présente disposition seront convenues entre les parties mais leur versement devra être sur une base trimestrielle.
d) Cette mesure est accordée à compter du 1er avril 2015 et se termine le 31 mars 2016.
6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2015 et se termine le 31 mars 2016.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ à_____, ce _____jour de _____ 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 288

CONCERNANT LES MONTANTS FORFAITAIRES À VERSER DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES SERVICES MÉDICAUX RENDUS EN GÉRIATRIE DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS EN CHSGS

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en gériatrie dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS;

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 14 février 2016, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 14 mai 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 14 mai 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour l'installation en cause, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectués la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er octobre 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour d'avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 289

CONCERNANT LES MONTANTS FORFAITAIRES À VERSER DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES SERVICES MÉDICAUX RENDUS EN SOINS PALLIATIFS DANS LES SECTEURS DE PRATIQUE DÉSIGNÉS EN CHSGS

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en soins palliatifs dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS;

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 14 février 2016, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 14 mai 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 14 mai 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour l'installation en cause, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectués la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er octobre 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 1er jour d'avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 290

CONCERNANT LES MONTANTS FORFAITAIRES À VERSER DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES SERVICES MÉDICAUX RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DE LONGUE DURÉE DÉSIGNÉE D'UN CHSGS, D'UN CHSLD OU D'UN CHSP

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en établissement de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 14 février 2016, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 14 mai 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 14 mai 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour l'installation en cause, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectués la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er octobre 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 1er jour d'avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 291

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS POUR LA FORMATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME AMPROOB PLUS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

CONSIDÉRANT le niveau de participation et les résultats obtenus par la formation AMPRO^{OB}, laquelle vise la mise en place de procédures de soins sécuritaires adaptées aux besoins des services d'obstétrique des centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la possibilité pour les médecins et les centres hospitaliers de poursuivre la mise en valeur de leur potentiel en matière de sécurité des patientes par la formation AMPRO^{OB} PLUS, laquelle vise à implanter et à maintenir des pratiques de sécurité dans l'infrastructure de travail ainsi que d'accroître la capacité à identifier et à résoudre les risques liés à la sécurité des patientes;

CONSIDÉRANT la nécessité pour les centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources des médecins omnipraticiens qui pratiquent en obstétrique, à titre de membres de l'équipe de base de médecins formateurs participants au programme AMPRO^{OB} PLUS;

CONSIDÉRANT la nécessité de convenir de mesures de rémunération afin de favoriser la formation de l'ensemble des médecins omnipraticiens qui pratiquent en obstétrique;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin omnipraticien qui pratique et qui participe à une activité de formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS a droit au paiement d'un montant horaire de 98,48 $ au 1er septembre 2018 et de 99,48 $ au 1er octobre 2019 pour un maximum de neuf (9) heures par année civile.

Le médecin qui réclame le paiement de ce montant horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette période, à l'exception du médecin qui est assigné de garde lequel peut être rémunéré lorsqu'il doit s'absenter momentanément afin de répondre à une urgence.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux.*
*Inscrire le code de facturation **19970**.*
Indiquer la durée de la participation à l'activité de formation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Le rôle 1 doit être utilisé avec ce code de facturation.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à **honoraires fixes** doit de plus remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*
*- le **code de congé 58** pour chaque activité de formation;*
- 0,5 journée lorsque la formation dure jusqu'à 3,5 heures;
- 1 journée lorsque la formation dure plus de 3,5 heures;
- Formation dans le cadre du programme Ampro^{ob} plus Lettre d'entente n° 291 dans le champ Renseignements complémentaires.

2. Le médecin omnipraticien qui pratique en obstétrique et qui est membre de l'équipe de base de médecins formateurs a droit au paiement d'un montant horaire de 147,75 $ au 1er septembre 2018 et de 149,25 $ au 1er octobre 2019 pour un maximum de quarante-neuf (49) heures par année civile.

Le médecin qui réclame le paiement de ce montant horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette période d'activités où il dispense une formation et facture le montant horaire, à l'exception du médecin qui est assigné de garde lequel peut être rémunéré lorsqu'il doit s'absenter momentanément afin de répondre à une urgence.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux.*
Inscrire le code de facturation ***19971****.*
Indiquer la durée de la participation à l'activité de formation.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Le ***rôle 1*** *doit être utilisé avec ce code de facturation.*

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à* ***honoraires fixes*** *qui facture le montant horaire selon la* Lettre d'entente n° 291 *doit de plus remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat (1216) *et inscrire:*

- le ***code de congé 58*** *pour chaque activité de formation;*

- 0,5 journée lorsque la formation dure jusqu'à 3,5 heures;

- 1 journée lorsque la formation dure plus de 3,5 heures;

- Formation dans le cadre du programme Ampro^{OB} Plus Lettre d'entente n° 291 dans le champ Renseignements complémentaires.

3. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 2 de la présente lettre d'entente, les médecins membres de l'équipe de base des médecins formateurs doivent être désignés par les parties négociantes. Le comité paritaire en informe la Régie.

4. À l'exception des majorations prévues aux annexes XII et XII-A, aucune autre majoration prévue à l'entente générale ou à une entente particulière ne s'applique à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente.

5. Aux fins de l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe VI de l'entente générale, les heures pendant lesquelles le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente sont réputées être une formation au sens du paragraphe 4.11 de l'annexe VI de l'entente générale.

6. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 208 concernant la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} dans les établissements de santé du Québec signée le 21 octobre 2009. Elle s'applique à compter du 1er février 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 15e jour d'avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 292

CONCERNANT LE FINANCEMENT DES MESURES PRÉVUES À LA LETTRE D'ENTENTE No 291 CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS POUR LA FORMATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME AMPROOB PLUS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période s'échelonnant du 1er février 2016 jusqu'au 31 mars 2019, le financement non récurrent des mesures prévues à la Lettre d'entente n° 291 est assuré de la façon suivante :

i) d'abord, par le montant de non atteinte non récurrente dégagée de la Lettre d'entente n° 210;

ii) ensuite, par le montant de non atteinte non récurrente découlant de la Lettre d'entente n° 195;

iii) par la suite, par le solde restant de la réserve dégagée par la Lettre d'entente n° 224.

2.00 La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour d'avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 294 : Abrogée en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN POUR ASSURER LES SERVICES DISPENSÉS AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE D'UN ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION AYANT FAIT L'OBJET D'UN TRANSFERT DE RESPONSABILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONSIDÉRANT que le ministère de la Sécurité publique transfère, à compter du 1er avril 2016, au ministère de la Santé et des Service sociaux la responsabilité des services de santé des établissements de détention de Baie-Comeau, Hull, New-Carlisle, Leclerc de Laval, Percé, Rimouski, Sherbrooke, Saint-Jérôme et Trois-Rivières;

CONSIDÉRANT qu'à la suite de ce transfert, il y a lieu d'assurer auprès des personnes incarcérées de ces établissements de détention la continuité des services médicaux, des services administratifs ainsi que des services de garde en disponibilité qui étaient offerts avant le transfert;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

1. La présente lettre d'entente couvre la période s'étalant du 1er avril 2016 au 31 mars 2017, celle s'étalant du 1er avril 2017 au 31 mars 2018, celle s'étalant du 1er avril 2018 au 31 mars 2019, celle s'étalant du 1er avril 2019 au 31 mars 2020 ainsi que celle s'étalant du 1er avril 2020 au 31 mars 2021.

2. Les services médicaux dispensés aux personnes incarcérées sont rémunérés selon les dispositions de l'entente générale ou, lorsque l'établissement est adhérent à l'Accord n° 206, selon les dispositions prévues à l'Accord n° 206 et à l'Entente.

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'établissement (7XXX6) de l'établissement de détention où les services ont été rendus.*

3. Pour les services qui ne sont pas visés par l'Accord 206, la présente lettre d'entente tient lieu de nomination autorisant la rémunération à tarif horaire.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et utiliser les codes d'activité suivants :*

*- **267285** Garde en disponibilité en établissement de détention;*

*- **267286** Services administratifs en établissement de détention.*

Inscrire le numéro d'établissement (7XXX6) attribué à l'établissement de détention où les services ont été rendus.

Garde en disponibilité (267285)

Pour les établissements de détention de Hull (70106), Sherbrooke (70286), Rivières des Prairies (70426), Sorel-Tracy (70416), Rimouski (70266) :

- inscrire 1,00 dans le champ Heures travaillées *par période de garde de 8 heures complétée;*

- cocher la plage horaire à laquelle débute la période de garde.

Pour les autres établissements de détention, inscrire le nombre d'heures correspondant aux heures travaillées.

AVIS **:** *Le CISSS ou le CIUSSS doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé *(1907) afin d'autoriser les représentants à attester de l'exactitude des demandes de paiement pour les établissements de détention de leur territoire.*

4. Pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente, aux fins de l'application de la rémunération du médecin pour assurer les services administratifs et les services de garde en disponibilité auprès d'un établissement de détention visé par le transfert, les modalités suivantes s'appliquent :

a) Le comité paritaire transmet à la Régie les informations ci-après précisées :

i) le nom du médecin désigné et autorisé à assurer les services ci-haut mentionnés ainsi que la période visée et le nom de l'établissement de détention concerné;

ii) de façon distincte de ce qui prévaut pour les services médicaux, le montant annuel maximal d'honoraires facturables pour la réalisation des services administratifs et des services de garde en disponibilité que le médecin autorisé par la présente doit assurer auprès de l'établissement de détention ainsi que le nombre d'heures par semaine que le médecin doit réaliser, et ce, dans chacun des deux domaines;

b) Malgré les modalités prévues au paragraphe 3.02 de l'annexe XIV de l'Entente, les informations précisées aux paragraphes 4 a) i) et ii) ci-dessus et transmises à la Régie par le comité paritaire remplacent l'avis de service autrement requis pour chaque médecin autorisé selon l'établissement de détention désigné.

c) Le relevé d'honoraires du médecin doit être contresigné par un représentant autorisé du CIUSSS ou du CISSS concerné.

5. La rémunération des services administratifs et de la garde en disponibilité visée par la présente lettre d'entente n'est pas comptabilisée aux fins du paragraphe 5.02 de l'Annexe XIV de l'Entente. De plus, cette rémunération ainsi versée est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

6. Les parties s'engagent à convenir, d'ici le 31 mars 2021, des modalités afférentes aux conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exerceront auprès des établissements de détention du Québec.

FINANCEMENT

7. Pour l'année 2016-2017, pour l'année 2017-2018, pour l'année 2018-2019, pour l'année 2019-2020 et pour l'année 2020-2021, l'enveloppe budgétaire globale est rajustée à la hausse d'un montant égal à la dépense réelle découlant des dispositions de l'article 4 de la présente lettre d'entente.

MISE EN VIGUEUR

8. La présente lettre d'entente 2021.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce _____jour de_____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	**LOUIS GODIN, M.D.** Président Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 295 : Abrogée en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES, DE FAÇON TRANSITOIRE, AUX SERVICES RENDUS EN CENTRE DE DÉTENTION

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. OBJET

La présente lettre d'entente a pour objet de prévoir, pour le médecin rémunéré selon le mode de l'acte, la nomenclature et la tarification spécifique de certains actes applicables aux services rendus dans un centre de détention à compter du 1er juin 2016 jusqu'à leur remplacement par les modalités qui seront convenues par les parties au plus tard le 31 mars 2021.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

Le médecin qui rend des services médicaux dans un centre de détention ne peut se prévaloir des modalités des paragraphes 2.2.6 A) et 2.2.6 B) du Préambule général de l'annexe V de l'entente générale. La nomenclature et la tarification des actes couverts par ces paragraphes sont remplacées par la nomenclature et la tarification paraissant à l'annexe I de la présente lettre d'entente.
Les libellés de ces actes se retrouvent au Préambule général de l'annexe V de l'entente générale. La caractérisation de ces examens, le cas échéant, est fonction des conditions décrites à son paragraphe 2.2. L'encadrement de l'intervention clinique est, avec les adaptations requises, celui qui est énoncé à son paragraphe 2.2.6 B).

4. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2016 et se termine le 31 mars 2021.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce_____ième jour de_____2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

NOMENCLATURE ET TARIF DES EXAMENS ET INTERVENTION CLINIQUE INDIVIDUELLE

VISÉS PAR LE PARAGRAPHE 3 a) DE LA LETTRE D'ENTENTE No 295

PREMIER PATIENT INSCRIT

00002	En tout temps, sauf pour un examen d'urgence d'un patient de moins de 70 ans	50,05 $
00012	En tout temps, pour un examen d'urgence d'un patient de moins de 70 ans	75,60 $
09247	En tout temps, sauf pour un examen d'urgence d'un patient de 70 ans ou plus	55,40 $
09110	En tout temps, pour un examen d'urgence d'un patient de 70 ans ou plus	83,20 $

PATIENT SUPPLÉMENTAIRE

08873	Examen ordinaire d'un patient de moins de 60 ans	21,65 $
00022	Examen ordinaire d'un patient de 60 à 69 ans	23,00 $
08878	Examen ordinaire d'un patient de 70 à 79 ans	26,40 $
08880	Examen ordinaire d'un patient de 80 ans ou plus	27,50 $
08874	Examen complet d'un patient de moins de 60 ans	43,65 $
00074	Examen complet d'un patient de 60 à 69 ans	45,85 $
08879	Examen complet d'un patient de 70 à 79 ans	52,95 $
08881	Examen complet d'un patient de 80 ans ou plus	55,40 $
08855	Examen psychiatrique complet d'un patient de moins de 70 ans	51,35 $
08856	Examen psychiatrique complet d'un patient de 70 ans ou plus	58,70 $

INTERVENTION CLINIQUE INDIVIDUELLE

08857	Première période de 30 minutes	59,70 $
08859	Première de 15 minutes supplémentaires	29,85 $

LETTRE D'ENTENTE No 296

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD SUR LE RÉAMÉNAGEMENT DE CERTAINS MONTANTS CONSENTIS À L'ARTICLE 2 DU PROTOCOLE D'ACCORD AYANT TRAIT À L'ÉTALEMENT

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, un montant forfaitaire est versé sur la base des services dispensés au cours de l'année 2015-2016, à l'exception de ceux prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, de ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, et, des montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements.
Ce montant est versé selon les modalités suivantes :
a) un montant forfaitaire équivalent à 1 % de la rémunération est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé le ou vers le 30 juin 2016;
b) un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Le taux du pourcentage applicable aux fins du calcul de ce montant forfaitaire correspond à la différence entre 23,9 M$ et le montant versé à l'alinéa a) ci-dessus divisée par le montant des services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016. Ce montant est versé le ou vers le 31 décembre 2016.
3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.
4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016.

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

ce _____e jour de _____ 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 297

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION AFIN D'ASSURER L'ACCESSIBILITÉ AUPRÈS D'UN SERVICE D'URGENCE DURANT CERTAINES PÉRIODES DE L'ANNÉE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- 1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès du service d'urgence de l'installation d'un CISSS ou CIUSSS ci-après nommé « établissement » confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- 2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DE L'INSTALLATION D'UN ÉTABLISSEMENT

- 3.01 Durant la période estivale, du temps des Fêtes ou de la relâche scolaire, un établissement peut, au bénéfice d'un service d'urgence d'une installation avec mission CHSGS sous sa responsabilité, se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente si l'établissement répond aux conditions suivantes :
    - Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination avec privilèges au service d'urgence de l'installation visée et qui y exercent régulièrement;
    - Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles de sorte que l'installation est confrontée à une rupture de services;
    - L'établissement n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intra régionale convenue entre les parties;
    - Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'installation visée et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
    - Durant la période visée par la présente lettre d'entente, les effectifs médicaux de l'installation sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
    - L'établissement doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci en regard du service d'urgence de l'installation concernée, et ce, pour la période estivale, pour la période du temps de Fêtes ou pour la période de la relâche scolaire;
    - L'établissement démontre au comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente en cause, les moyens pris afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis, et ce, à la satisfaction du comité paritaire.

- 3.02 Un établissement peut, pour une installation visée, par année financière, se prévaloir des modalités suivantes :
  - a) avoir recours au maximum deux (2) fois durant la période estivale, aux dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde;
  - b) recourir une (1) seule fois à chaque période, aux dispositions de la présente lettre d'entente pour combler un maximum de trois (3) quarts de garde pour la période du temps des Fêtes ou pour la période de la relâche scolaire.

Toutefois, le comité paritaire peut dans des cas où la situation est jugée exceptionnelle autoriser davantage de quarts.

4.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DU MÉDECIN

- 4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :
  - Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
  - Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'installation ou les installations où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
  - Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
  - a) à se rendre disponible durant une semaine complète, selon le calendrier spécifique des semaines retenues pour chaque période d'application et identifiées à l'avance par le comité paritaire et qui seront choisies par celui-ci parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;
  - b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;
  - c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'une ou de plusieurs installations d'un même établissement ou d'établissements différents préalablement désignés par le comité paritaire;
  - d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;
  - Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
  - À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

Les parties négociantes peuvent, dans des circonstances jugées exceptionnelles et aux conditions qu'elles déterminent, permettre des dérogations à la durée de disponibilité prévue à l'alinéa a) de même que la charge de travail exigible prévue à l'alinéa c) du présent paragraphe. Dans ce cas, le montant du forfait par semaine de disponibilité et de la pénalité en cas de non-respect de l'engagement décrits respectivement aux paragraphes 5.02 et 7.01 s'appliquent en tenant compte des adaptations fixées par les parties négociantes. Le comité paritaire informe la Régie du montant du forfait et de la pénalité, en cas de non-respect.

AVIS **:** *Le médecin qui obtient une dérogation quant à la durée de la disponibilité offerte doit suivre les instructions de facturation du paragraphe 5.02.*

Dans cette situation, le tarif prévu à la présente lettre d'entente est révisé par les parties négociantes puis ajusté par la RAMQ à la suite de la facturation de la disponibilité.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

- 5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'une installation d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'installation.

AVIS **:** *Pour les frais de déplacement, utiliser la facture de frais de déplacement.*

*Consulter les instructions de facturation à l'article 30.00 de l'*Entente.

- 5.02 Un forfait au montant de 4 520 $ par semaine de disponibilité à compter du 1er septembre 2018 et de 5 582 $ à compter du 1er avril 2019 sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa du paragraphe 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 240 $ par semaine de disponibilité à compter du 1er septembre 2018 et de 6 471 $ à compter du 1er avril 2019 si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux et inscrire :*

*- le code de facturation **19041** (5582 $) ou **19042** (6471 $);*

*- la date de service correspondant **au dernier jour de la semaine de disponibilité**;*

- le code de localité du lieu de pratique principal.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

- 5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 BANQUE

- 6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine pour chaque période d'application, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 RESPECT DE L'ENGAGEMENT

- 7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 620 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 3 236 $ à compter du 1er avril 2019 pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

- 8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :
    - En prévision de chacune des périodes visées au paragraphe 3.01 de la présente lettre d'entente, il fera à une date précise, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin de la période d'appels de candidatures visée et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
    - Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
    - Il transmet à la Régie pour chaque période d'application annuelle, le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
    - Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
    - En collaboration avec l'établissement et en tenant compte des besoins des autres installations visées, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
    - Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

- 9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente. Les parties déterminent les dates et les semaines de disponibilité visées pour chaque période, si besoin est.
-

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 298

CONCERNANT L'ATTRIBUTION ET LES MODALITÉS RELATIVES AU VERSEMENT DE FORFAITS D'ACCESSIBILITÉ POUR FAVORISER L'INSTALLATION DE NOUVEAUX MÉDECINS DANS LA DISPENSATION DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES TERRITOIRES DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX OU, SELON LE CAS, DE SOUS-TERRITOIRES (CLSC OU DE REGROUPEMENTS DE CLSC)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 - OBJET

- **1.1** La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les modalités relatives à l'attribution et au versement de forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de nouveaux médecins dans la dispensation de services de première ligne dans les territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ou, selon le cas, de sous-territoires (CLSC ou de regroupements de CLSC). La définition du découpage territorial est celle de l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* (paragraphe 1.01 et annexe IV). Ci-après, le terme RLS couvre tous les RLS et autres territoires.
-

ARTICLE 2 - CONDITION GÉNÉRALE D'APPLICATION DES FORFAITS D'ACCESSIBILITÉ

- **2.1** Sous réserve des conditions et modalités contenues à la présente lettre d'entente, les forfaits d'accessibilité sont destinés à des médecins pour leur installation dans des localités non visées par les dispositions de l'annexe XII de l'entente générale.
-

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ APPLICABLES AUX PROJETS FAVORISANT L'INSTALLATION DE MÉDECINS

- **3.1** Pour être admissible aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, un projet présenté par le DRMG doit répondre aux conditions ci-après énoncées :
-
    - a) Il vise l'installation d'un ou plusieurs médecins dans un réseau local de services de santé et de services sociaux (ci-après RLS), ou partie de celui-ci, faisant partie du territoire de du DRMG,
    -

Aux fins de l'application de l'alinéa précédent, ne sont pas admissibles aux projets favorisant l'installation des médecins visés par la présente lettre d'entente :

- i) les RLS, les regroupements de territoires ainsi que les sous-territoires de la région socio-sanitaire de la Capitale-Nationale à l'exception du RLS de Portneuf, du territoire de Charlevoix-Ouest et du territoire de Charlevoix-Est;
-

ii) les RLS de la région socio-sanitaire de Montréal;

iii) les RLS de la région socio-sanitaire de Laval;

b) Le RLS visé, ou partie de celui-ci, est en besoin d'effectifs médicaux œuvrant en services de première ligne;

- c) Le RLS visé, ou partie de celui-ci, peut, en outre, présenter les caractéristiques d'un milieu rural, notamment s'il compte moins de 15 000 habitants ou, encore, s'il ne comporte aucune localité de plus de 5 000 habitants;
- d) Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) de la région socio-sanitaire n'est pas comblé et le RLS en cause fait partie de la liste des RLS en besoin d'effectifs médicaux identifiés par le DRMG et priorisés par le ministre selon les dispositions du paragraphe 10.00 de *l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux*;
- e) Des activités médicales particulières sont disponibles sur le territoire en cause pour le candidat médecin désirant s'y installer;
- f) Le projet doit être soumis au comité paritaire au plus tard le 31 août de chaque année ou, le cas échéant, à toute autre date de présentation fixée par le comité paritaire.
-

ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DU MÉDECIN

4.1 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- a) Il ne pratique pas ou n'a pas pratiqué dans les vingt-quatre (24) mois précédant sa demande d'installation dans le RLS pour lequel il soumet sa candidature en vue d'obtenir un forfait d'accessibilité;
- b) Il doit obtenir du DRMG du territoire où il désire s'installer un avis de conformité selon *l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux*;
- c) Au cours de sa pratique, il n'a jamais bénéficié pendant quatre (4) ans ou plus de primes d'installation et de maintien dans les régions désignées allouées dans le cadre des mesures non négociées;
- d) d) Il n'a pas non plus bénéficié de telles primes, au sens de l'alinéa précédent, au cours des douze (12) mois qui précèdent la date projetée de son installation indiquée dans sa demande de forfait d'accessibilité. Cette dernière condition est réputée respectée lorsque, d'une part, le début de son engagement est reportée de douze (12) mois suivant sa date de départ d'une région désignée et, d'autre part, il ne reçoit pas au cours de cette dernière période de versement de forfait d'accessibilité;
- e) Le médecin qui a opté pour le remboursement de bourses accordées en vertu de l'article 88 de la *Loi sur l'assurance maladie* voit la date de début de sa période d'engagement reportée de douze (12) mois suivant la fin de son remboursement;
- f) Il s'engage à pratiquer de façon régulière et significative, dans les services de première ligne, pour une période continue de vingt-quatre (24) mois dans le RLS ou dans la partie du RLS visé par le projet;
- g) Il s'engage à exécuter les activités médicales particulières auxquelles il est assujetti dans le territoire du DRMG qui lui alloue un forfait d'accessibilité;

- h) Il autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) à transmettre au comité paritaire les données pertinentes concernant sa rémunération;
- i) Aux fins de la présente lettre d'entente, il doit signer un engagement et notamment, y préciser la date effective du début de sa pratique régulière dans le RLS ou partie du RLS tel qu'apparaissant au projet favorisant l'installation de médecins.

- **4.2** Exceptionnellement, pour des motifs jugés valables, le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine permettre qu'un médecin déroge à des dispositions du paragraphe 4.1 et du paragraphe 5.1.

ARTICLE 5 - PRATIQUE RÉGULIÈRE

- **5.1** Un médecin est considéré pratiquer de façon régulière et significative dans un RLS ou partie de celui-ci visé par la présente lettre d'entente lorsqu'il y effectue au moins 60 % de sa pratique totale dans le cadre du régime d'assurance maladie en termes de jours de pratique. Un jour de pratique est comptabilisé comme tel lorsque le médecin a réalisé une facturation d'au moins 500 $ dans la journée. Un demi-jour de pratique est comptabilisé lorsque le médecin a réalisé une facturation d'au moins 250 $ dans la journée.

Le calcul se fait sur la base de douze (12) mois à compter de la date effective de son installation dans un RLS ou partie de celui-ci visé par la présente lettre d'entente. Ne fait pas partie du 60 % de la pratique régulière celle faite dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou de la Lettre d'entente n° 285 relative à la desserte intra régionale.

ARTICLE 6 - MODALITÉS SPÉCIFIQUES DU VERSEMENT DU FORFAIT D'ACCESSIBILITÉ

- **6.1** Aux fins de la présente lettre d'entente, le médecin qui s'installe dans un RLS ou partie de celui-ci visé par la présente lettre d'entente a droit au versement d'un forfait d'accessibilité au montant de 23 845 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 24 083 $ à compter du 1er octobre 2019.
-

Le montant du forfait d'accessibilité est sujet à l'application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

- **6.2** Le forfait d'accessibilité est versé en un seul versement par la Régie et ce, dans les trois (3) mois suivants la date de début de pratique du nouveau médecin dans le cadre de son engagement.
-

Au cours de sa pratique, un médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du forfait d'accessibilité prévu par la présente lettre d'entente.

ARTICLE 7 - NON-RESPECT DE L'ENGAGEMENT

- **7.1** Sauf circonstances exceptionnelles soumises à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui ne respecte pas l'engagement qu'il a souscrit aux termes de la présente lettre d'entente est tenu de rembourser à la Régie la totalité du forfait d'accessibilité qui lui a été versé conformément aux modalités prévues par l'article 6 ci-dessus.
-

ARTICLE 8 - BANQUE

- **8.1** Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, vingt (20) forfaits d'accessibilité d'un montant de 24 083 $ sont alloués annuellement au cours d'une année d'application comprise entre le 1er décembre et le 30 novembre de l'année suivante.
-
- **8.2** Tout forfait non versé au cours d'une année d'application peut être versé à un médecin au cours de l'année suivante une fois que les vingt (20) forfaits disponibles au cours de cette même année auront été versés. Un forfait non versé au cours d'une année ni au cours de l'année suivante ne peut être versé ultérieurement.
-
- **8.3** Tout forfait remboursé au sens du paragraphe 7.1 ne peut être alloué de nouveau.
-

ARTICLE 9 - MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

- **9.1** En prévision de l'attribution annuelle des vingt (20) forfaits d'accessibilité, le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :
-
  - a) Il transmet aux DRMG admissibles à la présente lettre d'entente la liste des RLS de leur territoire telle que validée par le ministre et selon l'ordre de priorités qu'il détermine conformément aux dispositions du paragraphe 10.00 de *l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux*;
  -
  - b) il invite le DRMG à lui présenter des projets favorisant l'installation des médecins dans les RLS ou partie de RLS faisant partie de la liste de RLS en besoin d'effectifs médicaux en services de première ligne et identifiés ci-dessus;
  -
  - c) Dans les trente (30) jours suivant la réception d'un projet, il informe par écrit le DRMG de sa décision quant à l'admissibilité ou à la non-admissibilité du projet présenté;
  -
  - d) Dans les trente (30) jours suivant la date de présentation de la candidature d'un médecin par le DRMG, il informe ce dernier de sa décision quant à l'admissibilité du médecin au projet;
  -
  - e) Il reçoit l'engagement écrit du médecin;
  -
  - f) Il transmet à la Régie les informations pertinentes à l'application des dispositions de la présente lettre d'entente;
  -
  - g) Il informe la Régie de la date effective du début de pratique du médecin dans le RLS ou la partie de celui-ci concerné;
  -
  - h) Il décide de l'application de l'article 7 et il transmet à la Régie l'information pertinente;
  -

- i) Advenant qu'au cours d'une année la totalité des forfaits prévue par l'article 8.1 ne soit pas entièrement attribuée, il peut, à des dates qu'il détermine, inviter les DRMG admissibles à lui présenter de nouveaux projets.
-

ARTICLE 10 - FONCTIONS DU DRMG

- **10.1** Le DRMG remplit les fonctions suivantes :
-
  - a) Il présente le ou les projets favorisant l'installation de médecins au comité paritaire au plus tard le 30 janvier de chaque année;
  -
  - b) Au plus tard le 30 août suivant, il présente au comité paritaire les candidatures de médecins visés par son projet;
  -
  - c) Il avise par écrit le médecin de son admissibilité ou non au projet préalablement approuvé par le comité paritaire;
  -
  - d) Il fait signer au médecin l'engagement prévu par l'article 4 de la présente lettre d'entente et en transmet un exemplaire au comité paritaire.
  -

ARTICLE 11 - ÉVALUATION

- **11.1** Les parties conviennent de procéder annuellement à une évaluation du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par la présente lettre d'entente et, le cas échéant, d'apporter les correctifs requis.
-

ARTICLE 12 - ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

- **12.1** La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 170. Elle entre en vigueur le 1er avril 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.
-

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce_____jour _____de _____2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 299

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN QUI DISPENSE DES SERVICES À LA CLIENTÈLE D'UN CENTRE DE PÉDIATRIE SOCIALE EN COMMUNAUTÉ

CONSIDÉRANT que les services rendus dans un centre de pédiatrie sociale en communauté s'apparentent aux services offerts dans le cadre d'un programme de santé maternelle et infantile ou d'un programme jeunesse en centre local de services communautaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services cliniques dans un centre de pédiatrie sociale en communauté reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux et / ou le ministère de la Famille et qui est désigné par les parties et inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente. Le comité paritaire informe la Régie de cette désignation.

AVIS **:** *Consulter la liste des centres de pédiatrie sociale en communauté reconnus et désignés aux fins de l'application de la* Lettre d'entente n° 299.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions d'application de la présente lettre d'entente.

3.00 CONDITIONS D'APPLICATION

3.01 Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services dans un centre de pédiatrie sociale en communauté, celui-ci est réputé être un CLSC. Le médecin qui y exerce peut choisir d'y être rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire, le mode des honoraires fixes, le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, et ce, sans égard au mode de rémunération choisi dans une autre installation de l'établissement où il est nommé.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Inscrire :

- le numéro d'établissement ***selon la liste des centres de pédiatrie sociale*** *de la présente* Lettre d'entente n° 299*;*

- le code d'activité ***268030*** *Services cliniques.*

Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'annexe XX.

3.02 Les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ne s'appliquent pas dans un tel centre.

3.03 Les modalités pour la rémunération des activités liées à la supervision d'un résident ou d'un externe prévues à la Section I de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant s'appliquent dans un centre désigné.

3.04 Les services rendus dans un centre de pédiatrie sociale en communauté sont sujets aux majorations de l'annexe XII et aux majorations en horaires défavorables en CLSC prévues au paragraphe 4.01 de l'annexe XX.

3.05 Les honoraires des services rendus dans un centre désigné sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

3.06 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, le médecin transmet sa demande au comité paritaire. Cette demande doit contenir les informations suivantes :

- Nom du centre de pédiatrie sociale;
- Date de début de pratique;
- Recommandation du centre de pédiatrie sociale quant à la désignation du médecin;

Le comité paritaire informe la Régie de la désignation du médecin omnipraticien dans un centre désigné et de la date de début de ses activités professionnelles dans ce centre.

3.07 La présente lettre d'entente tient lieu de nomination.
3.08 Lorsqu'un médecin quitte la pratique à l'intérieur du centre de pédiatrie social, il doit aviser le comité paritaire de la date de son départ. Le comité paritaire en informe la Régie.

4.00 MISE EN VIGUEUR

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2016 et se termine le 31 mars 2023 à moins d'avis contraire des parties.

AVIS **:** *Une nouvelle période d'application de la* Lettre d'entente nº 299 *est en vigueur du 1er avril 2023 au 31 mars 2027*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 300 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199

CONCERNANT CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN DANS LE CADRE DU PROJET VITRINE PORTANT SUR L'INTÉGRATION DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPS-SPL) DANS CERTAINS CHSLD DÉSIGNÉS

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé en collaboration avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) a pris l'initiative de mettre en place un Projet vitrine portant sur l'évaluation de l'intégration des IPS -SPL en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

CONSIDÉRANT que le CMQ et l'OIIQ ont convenu que les modalités d'exercice des IPS-SPL en soins de première ligne, telles que décrites dans les lignes directrices conjointes du CMQ et de l'OIIQ, seraient applicables à l'exercice des IPS-SPL en CHSLD pendant la durée du projet vitrine;

CONSIDÉRANT que les IPS-SPL qui participent au projet vitrine doivent convenir d'une entente de partenariat avec un ou plusieurs médecins omnipraticiens;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 CONDITIONS D'APPLICATION

1.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il a convenu d'une entente de partenariat avec une IPS-SPL.

Le CHSLD doit être reconnu comme lieu de Projet vitrine par le ministère de la Santé et des Services sociaux et inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Consulter la liste des CHSLD désignés dans le cadre du Projet vitrine.*

- **1.02** Le médecin partenaire qui peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente est celui dont le nom a été transmis par le comité paritaire à la Régie comme médecin partenaire exerçant sa profession dans l'un des CHSLD visé par la présente lettre d'entente et qui collabore avec une IPS-SPL.
- **1.03** Le médecin partenaire d'une IPS-SPL informe le comité paritaire du mois pendant lequel l'IPS-SPL commence à travailler dans un CHSLD visés par la présente. Il l'informe également de toute modification importante à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, l'arrivée d'une autre IPS-SPL ou encore le départ, ou absence pour toute période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.

De même, le CISSS ou le CIUSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification de la convention de partenariat prévue au paragraphe 1.01 de la présente lettre d'entente concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, son départ ou absence pour toute période ou encore le non-renouvellement de la convention.

2.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN PARTENAIRE

- **2.01** Les activités du médecin partenaire reliées à la surveillance générale des activités médicales de l'IPS-SPL ou de l'observance des normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice des activités médicales de l'IPS-SPL et, y incluant les discussions de cas, les rencontres d'équipes et la révision de dossiers, sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires.

Les modalités suivantes s'appliquent :

- a) Le montant du forfait est de 49,25 $ lorsque le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique en soins de longue durée. Le montant du forfait est de 22,30 $ lorsque le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes au sein du CHSLD.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*

*- **19793** pour la facturation à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique de longue durée;*

*- **19794** pour la facturation à tarif horaire ou à honoraires fixes en CHSLD.*

Indiquer le nombre de forfaits.

Pour la facturation des forfaits liés à la surveillance générale des activités médicales de l'IPSPL, inscrire le numéro de l'IPSPL attribué par la RAMQ (81XXXX) dans la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

- b) À compter de la date d'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, le médecin partenaire rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte au sein du CHSLD visé ne peut réclamer en sus du forfait prévu à l'alinéa a) ci-dessus l'acte d'échanges interdisciplinaires (code 15620 et code 15621) pour les activités décrites au premier alinéa de la présente disposition.
- c) La banque de forfaits est de quarante-deux (42) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une IPS-SPL à temps plein en CHSLD. Dans le cas où l'entente de partenariat prévoit un nombre d'heures moindre que trente-cinq (35) heures par semaine, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues sur trente-cinq (35) heures.
- d) La banque de forfaits peut être répartie entre les médecins partenaires qui collaborent avec l'IPS-SPL. Elle ne peut être dépassée sur une base mensuelle.
- e) Sur la base des critères apparaissant au sous-paragraphe c), le comité paritaire alloue le nombre de forfaits au CHSLD. L'inscription de ce lieu de dispensation de services à l'annexe I de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués.

Le comité paritaire peut rajuster le nombre de forfaits alloués pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou encore son départ ou pour toute autre raison.

- **2.02** La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des annexes XII et XII-A de l'entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

3.00 AUTRE DISPOSITION

- **3.01** Les sommes versées en vertu de la présente lettre d'entente sont sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 RÉTROACTIVITÉ

- **4.01** Pour la période comprise entre le 1er mai 2015 et le 30 septembre 2016 une rétroactivité découlant de l'article 2.00 de la présente lettre d'entente sera versée aux médecins partenaires répondant aux conditions prévues par la présente lettre d'entente, selon les modalités à convenir entre les parties.

5.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

- **5.01** La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2016 et elle se termine à compter de la date où le Projet vitrine visé par la présente lettre d'entente prendra fin.
- **5.02** Les parties conviennent que le maintien ou non de la présente lettre d'entente fera l'objet de discussions entre les parties dans le cadre de négociations entourant le renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux	**LOUIS GODIN, M.D.** Président Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste CHSLD désignés aux fins de l'application de la Lettre d'entente N° 300 concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés

AVIS **:** *Consulter la liste des CHSLD désignés dans le cadre du Projet vitrine.*

LETTRE D'ENTENTE No 301

CONCERNANT LA PROTECTION CIVILE ET PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN QUI PARTICIPE AU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC (DSQ)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

- **1.1** La présente entente a pour objet de déterminer la protection civile et professionnelle applicable au médecin qui participe au Dossier de santé du Québec (DSQ).
- **1.2** Cette entente s'applique à tout médecin qui participe au régime d'assurance maladie du Québec sans égard à son milieu de pratique pour autant que le DSQ soit disponible dans sa localité.

2. INTERVENANT HABILITÉ

- **2.1** Le médecin qui désire se prévaloir de la présente entente en devenant un intervenant habilité doit obtenir un certificat d'authentification de personne et compléter le formulaire d'adhésion prescrit pas les parties.
- **2.2** Le médecin qui accepte volontairement de participer au DSQ ainsi que les membres de son personnel qu'il autorise deviennent les intervenants habilités.

3. RESPONSABILITÉ CIVILE ET PROFESSIONNELLE

- **3.1** Le ministre garantit l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin par le biais du DSQ, à savoir que ces renseignements sont identiques à ceux émis ou produits par les producteurs de services autorisés à alimenter les domaines du DSQ.
- **3.2** Le ministre est responsable de tout dommage causé aux patients d'un médecin ou à des tiers par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.
- **3.3** Le ministre est responsable de tout dommage causé aux biens appartenant au médecin ou au cabinet privé par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.
- **3.4** Le ministre est responsable de tout dommage causé aux patients ou autres tiers par le médecin, le cabinet privé ou ses représentants et découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.
- **3.5** Le ministre, ses mandataires et ses représentants n'engagent envers les patients et autres tiers, aucune responsabilité découlant d'une utilisation professionnelle par le médecin des renseignements contenus dans le DSQ, sous réserve d'une atteinte à l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin tel que le mentionne la présente lettre d'entente.
- **3.6** Le ministre doit prendre fait et cause pour le médecin pour toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre ces derniers et découlant des articles 3.1 à 3.4.
- **3.7** Le ministre renonce à tous ses droits et recours contre le médecin ou le cabinet privé pour tout dommage aux composantes logicielles du DSQ causé par le médecin et, le cas échéant, par son personnel dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de la présente lettre d'entente.

- **3.8** Le ministre doit indemniser le médecin ou le cabinet privé pour tous les dommages subis par ce dernier à la suite d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 3.1 à 3.4.
- **3.9** Le ministre doit indemniser et rembourser tous les frais encourus aux fins de préparer et d'assurer la défense du médecin ou du cabinet privé dans le cadre d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 3.1 à 3.4.
- **3.10** Le médecin doit aviser promptement le ministre de toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées eu égard à la présente lettre d'entente.

4. OBLIGATIONS DES PARTIES

- **4.1** Le médecin qui adhère au DSQ doit :
  - a) devenir un intervenant habilité;
  - b) utiliser le DSQ dans l'exercice de ses activités cliniques et s'abstenir de toute manœuvre susceptible de nuire au bon fonctionnement du DSQ;
  - c) participer au programme de formation visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DSQ;
  - d) utiliser le DSQ dans le respect de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels auxquels il a ainsi accès;
  - e) garder sous son contrôle le dispositif d'accès au DSQ et ne pas divulguer son numéro d'identification personnel;
  - f) utiliser les composantes du DSQ selon les procédures, conditions et normes élaborées et fournies par le ministre;
  - g) s'assurer que les obligations précédentes sont respectées par son personnel;
  - h) aviser le ministre de toutes irrégularités dans le fonctionnement du DSQ.
- **4.2** Afin de favoriser la participation au DSQ du médecin ayant adhéré à la présente lettre d'entente, le Ministre s'engage à :
  - a) rendre le DSQ accessible progressivement à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en première ligne, sans égard à leur lieu ou leur modèle de pratique, pour autant que le médecin y adhère;
  - b) fournir au médecin le soutien technique permettant d'assurer le bon fonctionnement du DSQ;
  - c) mettre en place les mesures requises relatives à l'authentification du médecin et de son personnel ainsi que les mesures de sécurité requises afin d'assurer la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'irrévocabilité des renseignements en provenance directement du DSQ, sous réserves du sous-paragraphe b) de l'article 4.1;
  - d) fournir tout l'encadrement et l'assistance nécessaires au médecin et à son personnel pour permettre l'utilisation du DSQ;
  - e) fournir également au médecin et à son personnel la formation adéquate pour permettre l'utilisation du DSQ excluant celle relative à l'utilisation et le fonctionnement de base d'un ordinateur et des logiciels d'usage courant (ex. courriel, Internet, etc.).

5. MISE EN VIGUEUR

- **5.1** La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2016 et remplace l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques signée le 17 août 2012.

5.2 La présente lettre d'entente demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 302 : Terminée en date du 30 août 2018 par l'Amendement no 171

LETTRE D'ENTENTE No 304

CONCERNANT LE TRANSFERT POUR PRISE EN CHARGE EN BLOC ET SUIVI AUPRÈS D'UN AUTRE MÉDECIN DE LA CLIENTÈLE INSCRITE DU MÉDECIN QUI PREND SA RETRAITE, RÉORIENTE SA PRATIQUE, DÉMÉNAGE OU DÉCÈDE.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La présente lettre d'entente vise à assurer la continuité de la prise en charge et du suivi de la clientèle inscrite du médecin qui prend sa retraite totalement ou de façon progressive, qui réoriente sa pratique et cesse la pratique de prise en charge et de suivi, qui déménage au sens des paragraphes 12.01,12.02 et 12.03 de *l'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ou encore qui décède.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. CONDITIONS D'APPLICATION

Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4 ci-dessous s'appliquent lorsque les conditions suivantes sont respectées :

a) Le médecin visé au paragraphe 1 de la présente lettre d'entente, ou le coordonnateur médical local dans le cas du décès du médecin, ou d'une autre situation décrite au paragraphe 12.04 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* en y ajoutant également la radiation provisoire de plus de 24 mois, convient avec le médecin, prêt à assurer la continuité de la prise en charge et du suivi de cette clientèle, du nombre de patients à transférer ainsi que de la date du transfert. Ce nombre est d'au moins 50 patients sous réserve du sous-paragraphe e) ci-dessous.

De plus, un médecin qui réoriente sa pratique, prend une retraite de façon progressive ou déménage, peut, lors du transfert de sa clientèle en vertu du précédent alinéa, demander au comité paritaire l'autorisation d'en conserver une partie pour continuer d'assurer auprès de celle-ci la prise en charge et le suivi. Le comité analyse la demande du médecin, laquelle doit identifier le type de clientèle qui sera conservée par le médecin et les raisons entourant cette demande. Le comité juge de la recevabilité de la demande sur la base des critères dûment convenus par les parties négociantes ainsi que sur la base des données pertinentes disponibles.
Toute autre situation peut être soumise au comité paritaire pour évaluation et, sur recommandation, les parties négociantes en disposent.

b) Le médecin qui accepte le transfert informe, par écrit, la Régie :

- du nom du médecin visé au paragraphe 1 de la présente lettre d'entente;
- de l'identification des patients en cause;
- du nombre de patients;
- de la date du transfert ainsi que le lieu où sera effectué le suivi.
- En cas de radiation du médecin visé au paragraphe de la présente lettre d'entente, la date de début et de fin de sa radiation;

AVIS **:** *Le médecin qui accepte le transfert doit remplir le formulaire papier* Entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients inscrits – Lettre d'entente nº 304 *(4381), le faire signer par le médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage, est radié ou, dans le cas où le médecin est décédé, par le coordonnateur médical et le transmettre à la RAMQ au plus tard 30 jours avant la date du transfert.*

c) Le nombre de patients transférés, successivement ou non, à un ou plusieurs médecin(s) à la date ou aux dates convenue(s) doit être d'au moins 50 et d'au plus 1 000 par médecin. Pour les fins de l'évaluation du seuil minimum, des patients récemment décédés ou qui se sont récemment inscrits auprès d'un autre médecin et qui figurent à la liste des patients transférés, n'affectent pas le calcul du seuil.

d) Une fois cette première identification réalisée et dans le cas où le nombre maximal de 1 000 patients n'a pas été atteint, le médecin qui prend une retraite progressive et avec l'accord du médecin à qui les patients ont été transférés, identifie les patients qui s'ajoutent au premier bloc de patients jusqu'à concurrence d'un total de 1 000 patients et détermine la date de leur transfert. Le médecin qui accepte le transfert en informe la Régie.

AVIS **:** *Le médecin qui accepte le transfert doit remplir le formulaire papier* Entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients inscrits – Lettre d'entente nº 304 *(4381), le faire signer par le médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou, dans le cas où le médecin est décédé, par le coordonnateur médical et le transmettre à la RAMQ au plus tard 30 jours avant la date du transfert.*

e) Dans le cas où un groupe de médecins de la clinique où exerce le médecin qui doit transférer sa clientèle est prêt à assurer la continuité de la prise en charge et du suivi de la totalité de cette clientèle, le nombre minimal de 50 patients par médecin acceptant le transfert de patients ne s'applique pas. Il s'applique pour l'ensemble des médecins de la clinique qui accepte le transfert des patients. Toutefois, le nombre maximal de 1000 patients par médecin est maintenu.

AVIS : *Dans le cas d'un transfert pour la prise en charge en bloc par un* ***groupe de médecins****, chaque médecin qui accepte le transfert doit remplir et signer un formulaire* Entente de transfert pour la prise en charge en bloc de patients inscrits - Lettre d'entente nº 304 (*4381*). *À la section 5 de ce formulaire, les informations sur les autres médecins du groupe doivent être inscrites. Tous les formulaires remplis et signés par les médecins du groupe doivent être transmis à la RAMQ dans un seul envoi*.

f) Le taux d'assiduité du médecin qui accepte le transfert respecte le seuil fixé par les parties pour l'année civile précédant celle où il accepte le transfert de patients.

Malgré les dispositions de l'alinéa ci-dessus, le médecin qui, au cours de l'année précédant le transfert, était en congé de maternité, en congé parental, en congé de paternité ou en congé d'adoption bénéficie de la présente lettre d'entente si l'ensemble des conditions en sont remplies, à l'exception de celle prévue à l'alinéa précédent. Il en est de même pour le médecin qui était en invalidité totale pour plus de treize (13) semaines consécutives au cours de l'année précédant le transfert.

AVIS **:** *S'il y a lieu, le médecin doit informer la RAMQ par lettre des dates de début et de fin de son congé de maternité ou de son invalidité.*

Dans le cas d'une invalidité, le médecin doit joindre un certificat d'arrêt de travail signé par son médecin traitant précisant la période d'arrêt et si l'invalidité est totale ou partielle.

Le médecin doit également informer la RAMQ de toute modification relative aux dates d'absence pour un congé de maternité ou d'invalidité.

Par courrier

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

De plus, un médecin qui, pour une raison non énumérée au précédent alinéa, n'a pas atteint le taux d'assiduité en raison d'une situation particulière documentée par le médecin, peut saisir le comité paritaire afin qu'il analyse la situation invoquée par le médecin et juge de la recevabilité de la demande de transfert sur la base des critères dûment convenus par les parties négociantes ainsi que sur la base des données pertinentes disponibles.

g) Le transfert de 50 jusqu'à 1000 patients est considéré comme un transfert en bloc de patients. Le médecin qui accepte le transfert ne peut effectuer une sélection parmi ces patients.

h) La Régie informe, par écrit, chacun des patients

- de la date du transfert;
- du nom du médecin de famille qui doit assurer la continuité des services ainsi que le lieu où sera effectué le suivi;
- que le formulaire de consentement sera rempli lors de la première visite auprès de ce médecin.

L'avis envoyé par la Régie à un patient n'a pas pour effet de soustraire le médecin des obligations déontologiques envers ses patients et qui sont prévues dans le Code de déontologie des médecins dans le cas d'une cessation d'exercice complète ou partielle.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

a) À compter de la date du transfert, les patients cessent d'être inscrits auprès de leur médecin de famille antérieur et les dispositions relatives à la cessation de pratique prévues aux paragraphes 10.00, 11.00 et 12.00 *de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* s'appliquent en ce qui a trait aux patients qui font l'objet du transfert.

b) Aux fins de l'application de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, ces patients sont inscrits auprès du médecin qui accepte le transfert, à compter de la date du transfert en tenant compte des dispositions suivantes :

i) les patients considérés, au 31 décembre de l'année civile précédant le transfert, comme patients actifs auprès du médecin de famille antérieur sont considérés comme patients actifs auprès du médecin qui accepte le transfert et cela à compter de la date du transfert;

ii) la date de la dernière visite ou intervention clinique effectuée par le médecin antérieur devient la date de référence pour la comptabilisation des mois en regard du maintien du caractère actif du patient auprès du médecin qui accepte le transfert et cela selon les dispositions des paragraphes 4.05 et 6.01 D) de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

c) Lors de la première visite effectuée par le médecin qui accepte le transfert, le patient visé par le transfert donne son consentement en remplissant le formulaire reproduit à l'annexe I de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

AVIS **:** *Consulter les directives et remplir le formulaire* Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096)*.

d) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, lors du premier examen ou de la première intervention clinique donnant lieu à la prise en charge du patient transféré effectué lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté, le médecin visé par la présente lettre d'entente peut se prévaloir des suppléments de l'article 4.12 A), B) ou C) et de l'article 13.01 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation suivants :*

- ***19957*** *lorsque le patient est* ***non vulnérable****, qu'il soit* ***attribué ou non*** *par le GAMF ou par transfert en bloc;*
- ***19958*** *lorsque le patient est* ***vulnérable*** *et* ***non attribué*** *par le GAMF ou par transfert en bloc;*
- ***19959*** *lorsque le patient est* ***vulnérable*** *et* ***attribué*** *par le GAMF ou par transfert en bloc;*
- ***19960*** *lorsque le patient est* ***très vulnérable*** *et* ***attribué*** *par le GAMF ou par transfert en bloc.*

e) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté du patient qui fait l'objet du transfert, le médecin qui accepte le transfert peut se prévaloir de la visite de prise en charge prévue au paragraphe 2.2.6 A du Préambule général et réservé au médecin traitant.

f) Toutes les dispositions de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* s'appliquent sous réserve des dispositions suivantes :

i) Le forfait d'inscription est payé au médecin qui accepte le transfert et au médecin antérieur. Ce paiement est proportionnel au nombre de mois couverts par chacune des inscriptions. Le calcul se fait sur la base de mois entier, le mois de la seconde inscription étant comptabilisé en faveur du premier médecin ayant inscrit le patient;

ii) Le forfait annuel de prise en charge est versé dans la continuité des versements faits au médecin antérieur à compter de la date du transfert;

iii) Aux fins de l'application du 3e alinéa du paragraphe 15.02 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, pour le médecin qui accepte le transfert seuls les patients inscrits actifs et les patients vulnérables inscrits actifs qui ont fait l'objet d'une visite ou d'une intervention clinique auprès de ce dernier sont retenus, et cela, à compter de la date du transfert;

iv) Les dispositions relatives au calcul du taux d'assiduité prévu au paragraphe 15.00 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* tiennent compte des patients qui font partie du transfert en bloc à compter de la date du transfert.

g) Les patients transférés en bloc sont comptabilisés pour l'évaluation du nombre d'inscriptions aux fins de l'accès à la tarification bonifiée de la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U à compter de la date du transfert.

AVIS **:** *Consulter le rapport* Nombre de patients inscrits pour la tarification *disponible dans le service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé. *Le rapport du trimestre d'application visé par votre demande de transfert sera modifié afin de tenir compte du nombre de patients transférés dès que celle-ci aura été traitée.*

h) Un médecin ne peut, par année civile, se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente pour plus de 1 000 patients même si les transferts de patients proviennent de plus d'un médecin.

Une fois le nombre maximal atteint, le médecin peut s'adresser au comité paritaire pour obtenir le transfert de patients additionnels. Le comité paritaire évalue, sur la base de critères qu'il définit, l'admissibilité de la demande et détermine, le cas échéant, le nombre de transferts de patients additionnels ainsi que les conditions applicables au transfert.

Dans le cadre de l'évaluation de la demande, le comité paritaire doit tenir compte, notamment, du nombre de patients déjà inscrits auprès du médecin et de l'importance de ses autres activités professionnelles dans le cadre de sa pratique. Le comité paritaire peut autoriser le transfert de patients additionnels à la condition, qu'à la date de la demande adressée au comité paritaire, au moins 50 % des patients transférés auprès du médecin ayant accepté le transfert en vertu de la présente lettre d'entente aient fait l'objet d'une visite ou d'une intervention clinique.

5. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2017, exception faite des sous paragraphes 3 h) et 4 g) qui entrent en vigueur le 31 mars 2017, et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce ____e jour de _____2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 305

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DÉCOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE No 304

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. FINANCEMENT

1.1 Les coûts récurrents découlant des mesures prévues au paragraphe 4 d) de la Lettre d'entente n° 304 sont financés par les sommes prévues à la Lettre d'entente n° 283.

1.2 Les modalités de financement des coûts découlant des mesures prévues au paragraphe 4 f) de la Lettre d'entente n° 304 sont les suivantes :

a) Pour chacune des périodes d'applications suivantes, les montants non récurrents apparaissant ci-dessous sont prévus pour financer les mesures prévues au paragraphe 4 f) de la Lettre d'entente n° 304 :

- En 2016-2017 : 0,16 M$;

- En 2017-2018 : 1,65 M$;

- En 2018-2019 : 1,89 M$;

b) À compter de 2019-2020, un montant de 2,06 M$ est consacré annuellement, et sur une base récurrente, au financement des mesures prévues au paragraphe 4 f) de la Lettre d'entente n° 304.

Le financement des coûts découlant des mesures ci-dessus est assuré par l'enveloppe budgétaire globale.

2. SUIVI

2.1 Les parties conviennent d'assurer un suivi régulier des coûts découlant de la Lettre d'entente n° 304 pour ce qui est des montants alloués à l'article 1.2 de la présente lettre d'entente.

2.2 S'il s'avère que, pour une année d'application, les coûts des mesures prévues à l'article 4 f) de la Lettre d'entente n° 304 dépassent la somme prévue pour le financement alloué à l'article 1.2 de la présente lettre d'entente, le remboursement du dépassement constaté est assuré à même les montants prévus dans l'enveloppe budgétaire globale dévolue à la rémunération des médecins. Ce remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

3. MISE EN VIGUEUR

3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 31 mars 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce ____ième jour de _____2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 308

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DU PARAGRAPHE 2 C) DE LA LETTRE D'ENTENTE No 203

CONSIDÉRANT que dans le cadre de la Lettre d'entente n° 203 les parties ont convenu pour certaines activités de la santé publique, à l'exception de la santé et la sécurité du travail, d'allouer, à compter du 1er avril 2009, une enveloppe annuelle totale de 20 000 forfaits de soutien à la première ligne et répartie entre chaque direction régionale de la santé publique, à l'Institut national de santé publique du Québec et à la direction générale de santé publique;

CONSIDÉRANT qu'en vertu du paragraphe 2 c) de la Lettre d'entente n° 203 les parties ont convenu que tout montant résiduel provenant de l'enveloppe annuelle totale de forfaits de soutien à la première ligne serait versé aux médecins exerçant en santé publique selon des modalités à convenir entre les parties;

CONSIDÉRANT qu'en ce qui concerne spécifiquement l'année 2014-2015 ainsi que pour la période comprise entre le 1er avril 2015 et le 30 juin 2015, l'enveloppe de 20 000 forfaits applicable sur une base annuelle n'a pas été entièrement versée aux médecins visés;

CONSIDÉRANT que les forfaits non versés aux médecins visés pour les années antérieures à l'année 2014-2015, soit la période couvrant le 1er avril 2009 au 31 mars 2014, le seront ultérieurement selon des modalités à convenir entre les parties, et ce, conformément à la Lettre d'entente n° 203;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, un montant de 162 688 $ est versé, sous forme forfaitaire, et répartit entre les médecins, sans égard à leur mode de rémunération, selon le nombre de forfaits de santé publique versé à chacun d'eux durant la période visée et découlant des dispositions du paragraphe 5.10.02 de *l'Entente particulière relative à la santé publique*. Ce montant représente le total des forfaits inutilisés pour la période visée.

2.00 Pour la période du 1er avril 2015 au 30 juin 2015, un montant de 75 333 $ est versé, sous forme forfaitaire, et répartit entre les médecins, sans égard à leur mode de rémunération, selon le nombre de forfaits de santé publique versé à chacun d'eux durant la période visée et découlant des dispositions du paragraphe 5.10.02 de *l'Entente particulière relative à la santé publique*. Ce montant représente le total des forfaits inutilisés pour la période visée.

3.00 Les montants forfaitaires sont assujettis aux majorations de l'annexe XII.

4.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente générale.

5.00 Ces montants forfaitaires sont versés le ou vers le 8 septembre 2017.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de novembre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québe

LETTRE D'ENTENTE No 309

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DE L'ARTICLE 17.00 À L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE, DU PARAGRAPHE 8.2 DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À LA PARTICIPATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS AU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC ET AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES S'APPLIQUANT DE FAÇON TRANSITOIRE AINSI QUE DES COÛTS DE LA FORMATION EN REGARD DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. FINANCEMENT

1.1 Les coûts récurrents découlant des mesures prévues à l'article 17.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, du paragraphe 8.2 de l'*Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au dossier de santé du Québec* et au Programme québécois de dossiers médicaux électroniques s'appliquant de façon transitoire ainsi que les coûts de la formation en regard du Dossier médical électronique sont financés de la façon suivante :

a) Sur une base annuelle, à même une enveloppe distincte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée d'un montant de 15,4 M$;

ET,

b) Par la non-atteinte non récurrente accumulée entre le 1er avril 2011 et le 31 août 2016 de cette enveloppe distincte.

1.2 Les coûts non-récurrents découlant des mesures prévues au paragraphe 18.02 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle* sont financés, sur une base annuelle, à même la non-atteinte non récurrente accumulée au 31 mars 2020. Ces coûts seront fixés, à la fin de chaque période d'application, en fonction des coûts réels observés.

2. SUIVI

2.1 Les parties s'engagent à mettre sur pied un comité conjoint chargé de faire le suivi des coûts liés aux mesures prévues au premier alinéa du paragraphe 1.1 de la présente lettre d'entente.

Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts au cours d'une année d'application, les parties s'engagent à apporter les mesures correctrices appropriées, selon des modalités à convenir. Le remboursement d'un dépassement constaté, au cours d'une année d'application est assuré à même l'enveloppe budgétaire dévolue à la rémunération des médecins. Ce remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

3. MISE EN VIGUEUR

3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de novembre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 310

AYANT POUR OBJET DES MODALITÉS SUPPLÉMENTAIRES DE RÉMUNÉRATION POUR LES DÉLAIS DE MISE EN APPLICATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE À INSTAURER AU SEIN D'UN CENTRE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE D'UN ÉTABLISSEMENT DONT LA FONCTION PRINCIPALE EST LA RÉADAPTATION

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

1.01 Sous réserve des conditions prévues par la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes en vertu de l'Annexe XXII de l'Entente et qui détient une nomination pour exercer sa profession dans un centre de réadaptation et de protection de la jeunesse inscrit à l'Annexe II de la présente lettre d'entente, peut se prévaloir des modalités de rémunération supplémentaires prévues par la présente lettre d'entente.
Toutefois, le médecin rémunéré selon le Régime B des honoraires fixes pour de telles activités en est exclu.

AVIS **:** *Consulter la liste des installations désignées aux fins de l'application de la* Lettre d'entente n° 310.

1.02 Le médecin, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination, peut opter pour les modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente. L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option exercée par le médecin.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 310.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

1.04 Le médecin qui adhère à la présente lettre d'entente réclame les activités effectuées au sein d'un centre de réadaptation et de protection de la jeunesse identifié à l'Annexe II en utilisant les codes spécifiques prévus.

1.05 Les parties conviennent que, pour la période visée par la présente lettre d'entente, les modalités supplémentaires de rémunération accordées en vertu de la présente lettre d'entente constituent la seule mesure de compensation applicable pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte à instaurer au sein d'un centre de réadaptation et de de protection de la jeunesse.

2.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SUPPLÉMENTAIRES

2.01 La rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes du médecin qui exerce au sein d'un centre de réadaptation et de protection de la jeunesse visée par la présente lettre d'entente, couvre les activités professionnelles qu'il y dispense et à laquelle s'ajoutent des suppléments d'honoraires dont la nomenclature et la tarification apparaissent à l'Annexe I de la présente lettre d'entente selon que les services soient rendus à un patient admis ou en clinique externe.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes***

Utiliser les codes d'activité suivants dans un centre de protection de la jeunesse dont la fonction principale est la réadaptation (paragr. 2.03 b) 4) de l'annexe XXII) :

- ***100015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***100030*** *Services cliniques*
- ***100032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***100043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***100055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***100098*** *Services de santé durant le délai de carence*

3.00 AUTRES DISPOSITIONS

3.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.*

3.02 Les majorations applicables en vertu des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services.

3.03 Les dispositions de la présente lettre d'entente ne s'appliquent pas aux médecins rémunérés en vertu de *l'Entente particulière relative au Grand-Nord, de l'Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord*, de l'*Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau* ainsi que l'*Entente particulière relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles*.

4.00 MODALITÉS DE FINANCEMENT ET SUIVI

Financement

4.01 Les coûts découlant des suppléments d'honoraires prévus au paragraphe 2.01 de la présente lettre d'entente sont financés à même les sommes allouées au paragraphe 1.1 de la Lettre d'entente n° 273 concernant le financement et le suivi des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'Entente générale introduisant le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique désignés.

Suivi

4.02 Les parties conviennent d'effectuer un suivi sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant. Les correctifs pouvant être apportés seront convenus dans une lettre d'entente ultérieure.

5.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

5.01 Les modalités supplémentaires de rémunération prévues par la présente lettre d'entente s'appliquent à compter du 1er octobre 2017 et prennent fin à compter de la date d'entrée en vigueur du mode de rémunération mixte instauré dans le secteur de pratique visé par la présente lettre d'entente.

5.02 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour d'octobre 2017.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

NOMENCLATURE ET TARIF DES SUPPLÉMENTS D'HONORAIRES VISÉS
(PAR. 2.01 DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 310)

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **LE 310 – Centre de protection de la jeunesse dont la fonction principale est la réadaptation** *et indiquer l'heure de début du service.*

I - Auprès d'un patient admis, seuls les services suivants sont facturables :

15860	Visite de prise en charge (réf. : préambule général règle 2.2.6 F 1))	33,10 $
15861	Visite de suivi (réf. : préambule général règle 2.2.6 F 2))	8,55 $
15862	Visite de suivi exigeant un examen (réf. : préambule général règle 2.2.6 F 3))	17,00 $
15863	Visite de transfert (réf : préambule général règle 2.2.6 F 4))	21,65 $
15864	Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion (réf. : préambule général règle 2.2.6 F 5))	33,10 $
15865	Intervention clinique (individuelle) première période complète de 30 minutes (réf. : préambule général règle 2.2.6 B)	10,65 $

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15865** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la première période de l'intervention.*

15866	Intervention clinique (individuelle) période de 15 minutes complètes supplémentaires	5,55 $

AVIS **:** *Pour la période supplémentaire suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15866** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire de l'intervention.*

La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

15867	Échanges interdisciplinaires en santé mentale (par période complète de 15 minutes) (réf. : préambule général règle 2.2.6 G 6))	5,55 $

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

15868	Échanges interdisciplinaires concernant l'ensemble des patients d'une unité ou de l'établissement (par période complète de 15 minutes) (réf. : préambule général règle 2.2.6 F 7))	5,55 $

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

15869	Psychothérapie (individuelle) première période complète de 30 minutes (réf. : préambule général règle 2.3)	10,65 $
15870	Psychothérapie (individuelle) période complète de 15 minutes supplémentaires	5,55 $

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15869** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes supplémentaires suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15870** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée supplémentaire de la psychothérapie.*
La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.
Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

II - En clinique externe, seuls les services suivants sont facturables :

15871 Visite de suivi exigeant un examen
(réf. : préambule général règle 2.2.6 F 3)
17,00 $

15872 Visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion
(réf. : préambule général règle 2.2.6 F 5)
33,10 $

15873 Intervention clinique (individuelle) première période complète de 30 minutes
(réf. : préambule général règle 2.2.6 B)
10,65 $

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15873** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la première période de l'intervention.*

15874 Intervention clinique (individuelle) période complète de 15 minutes supplémentaires 5,55 $

AVIS **:** *Pour les minutes supplémentaires suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15874** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période supplémentaire de l'intervention.*

La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.

Il faut distinguer l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

15875 Échanges interdisciplinaires en santé mentale (par période complète de 15 minutes
(réf. : préambule général règle 2.2.6 G 6)
5,55 $

AVIS **:** *Indiquer la durée de l'échange.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

15876 Psychothérapie (individuelle) première période complète de 30 minutes
(réf. : préambule général règle 2.3)
10,65 $

15877 Psychothérapie (individuelle) période complète de 15 minutes supplémentaires 5,55 $

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15876** et inscrire l'heure de début du service. Pour les minutes supplémentaire suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **15877** et inscrire l'heure de début de la période supplémentaire et la durée supplémentaire de la psychothérapie.*
La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la période supplémentaire.
Il faut distinguer l'heure de début pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

ANNEXE I

AVIS **:** *Consulter la liste des installations désignées aux fins de l'application de la* Lettre d'entente n° 310.

LETTRE D'ENTENTE No 311

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES ACTIVITÉS DANS UN PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE (INCLUANT LES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE) EN CLSC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.
2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, date précédant la mise en vigueur de la Lettre d'entente no 275, et ce, à la condition que le médecin adhère au mode de rémunération mixte au plus tard le 31 décembre 2017 dans le secteur de pratique en cause.
Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er octobre 2017 et le 31 décembre 2017 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 31 décembre 2017 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 31 décembre 2018.
3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le secteur visé par son option durant la période visée.
4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte dans le secteur d'activité visé et qui, avant vingt-trois mois depuis son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes pour ces activités dans la même installation doit, pour cette installation, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
5.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées dans le programme de soutien à domicile (incluant les soins palliatifs) visé par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein d'une installation visée par la présente.
Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrites à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein de chaque installation où le médecin exerçait dans au moins un programme visé par les présentes au sein d'une installation d'un CLSC entre le 1er avril 2015 et le 30 septembre 2017, où :
A = l'ensemble des forfaits horaires selon le mode de la rémunération mixte et des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes suite à l'adhésion au mode de rémunération mixte en soutien à domicile (incluant les soins palliatifs) dans une installation d'un CLSC visée par les présentes où exerce le médecin entre la date d'adhésion du médecin (moins de 3 mois suite au 1er octobre 2017) et le 31 janvier 2018, et,
B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des installations de CLSC retenus en A durant la même période qu'en A.

Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités dans l'installation durant la période du 1er octobre 2017 au 31 janvier 2018, cette période est prolongée de façon à cumuler quatre (4) semaines d'activité avant le 31 janvier 2019. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à la suite de la période additionnelle de six (6) mois, le calcul des alinéas précédents se fait sur la bas des activités existantes. Un médecin compte une semaine de rémunération dans la mesure où il réclame, à compter du jour de la semaine de son adhésion, des activités dans le milieu en cause selon le mode de l'acte, du mode mixte, du tarif horaire ou des honoraires fixes à l'occasion d'au moins un jour durant la semaine en cause depuis son adhésion. Toutefois, la facturation de forfaits pour la garde en disponibilité selon le mode de l'acte, le paiement d'allocations de formation et les heures rémunérées selon le mode des honoraires fixes lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie ne sont pas retenus pour déterminer si le médecin a eu des activités durant une semaine.
Lors des trois évaluations précédentes (A, B et l'ensemble des heures), sont exclus des heures retenues aux fins des présentes, les heures d'activités de fonctionnement en GMF, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie.
Lors de l'évaluation en A, sont de plus exclus les forfaits horaires du mode mixte dans un autre secteur d'activité dans la même installation.
6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 30 juin 2018.
7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.
8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour d'octobre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 312

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES SOINS AMBULATOIRES EN ONCOLOGIE OU MALADIES DU SEIN RENDUS EN ÉTABLISSEMENT DANS UNE CLINIQUE EXTERNE DÉSIGNÉE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.
2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 30 septembre 2017, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans les secteurs visés par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération en CHSGS pour les soins ambulatoires en clinique d'oncologie ou des maladies du sein au plus tard le 31 décembre 2017.
Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er octobre 2017 et le 31 décembre 2017 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 31 décembre 2017 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 31 décembre 2018.
3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le secteur visé par son option durant la période en cause.
4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte dans le secteur d'activité visé et qui, avant vingt-trois mois depuis son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes pour ces activités dans la même installation doit, pour cette installation, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
5.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées dans une telle clinique en vertu de l'Entente particulière sur les programmes spécifiques et en vertu de l'article 17.00 de l'Entente générale. Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant. De même, dans le cas des honoraires fixes, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures rémunérées lors de vacances, journées chômées et jours de maladie.
De plus, lorsque le médecin visé exerce aussi dans un deuxième programme énoncé à l'Entente particulière sur les programmes spécifiques, dans une même installation que son adhésion, durant toute ou une partie de la période visée par le montant forfaitaire, la Régie en informe le comité paritaire et c'est alors le comité paritaire qui détermine le nombre d'heures sur lequel le montant forfaitaire doit être appliqué et qui en informe la Régie.
6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 30 juin 2018.
7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.
8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour d'octobre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 313

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES ACTIVITÉS AMBULATOIRES RENDUES EN ÉTABLISSEMENT DANS UNE CLINIQUE EXTERNE DE LA DOULEUR DÉSIGNÉE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.
2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 30 septembre 2017, date précédant la date de mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération mixte en CHSGS pour les soins ambulatoires en clinique de la douleur au plus tard le 31 décembre 2017.
Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er octobre 2017 et le 31 décembre 2017 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 31 décembre 2017 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 31 décembre 2018.
3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le secteur visé par son option durant la période en cause.
4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte dans le secteur d'activité visé et qui, avant vingt-trois mois depuis son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes pour ces activités dans la même installation doit, pour cette installation, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
5.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées dans une telle clinique en vertu de l'Entente particulière sur les programmes spécifiques et en vertu de l'article 17.00 de l'Entente générale. Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant. De même, dans le cas des honoraires fixes, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures rémunérées lors de vacances, journées chômées et jours de maladie.
De plus, lorsque le médecin visé exerce aussi dans un deuxième programme énoncé à l'Entente particulière sur les programmes spécifiques, dans une même installation que son adhésion, durant toute ou une partie de la période visée par le montant forfaitaire, la Régie en informe le comité paritaire et c'est alors le comité paritaire qui détermine le nombre d'heures sur lequel le montant forfaitaire doit être appliqué et qui en informe la Régie.
6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 30 juin 2018.
7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.
8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour d'octobre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 314

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES ACTIVITÉS AMBULATOIRES DANS UN PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE D'UN CLSC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.
2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, date précédent la mise en vigueur de la Lettre d'entente n° 275, et ce, à la condition que le médecin adhère au mode de rémunération mixte au plus tard dans le secteur de pratique en cause le 31 décembre 2017.
Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er octobre 2017 et le 31 décembre 2017 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 31 décembre 2017 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 31 décembre 2018.
3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le secteur visé par son option durant la période visée.
4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte dans le secteur d'activité visé et qui, dans les vingt-trois mois depuis son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes pour ces activités dans la même installation doit, pour cette installation, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
5.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure travaillée et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées dans le programme de santé mentale visé par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein d'une installation visée par la présente.
Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrites à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein de chaque installation où le médecin exerçait dans au moins un programme visé par les présentes au sein d'une installation d'un CLSC entre le 1er avril 2015 et le 30 septembre 2017, où :
A = l'ensemble des forfaits horaires selon le mode de la rémunération mixte et des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes suite à l'adhésion au mode de rémunération mixte en santé mentale dans une installation d'un CLSC visée par les présentes où exerce le médecin entre la date d'adhésion du médecin (moins de 3 mois suite au 1er octobre 2017) et le 31 janvier 2018, et,
B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des installations de CLSC retenus en A durant la même période qu'en A.

Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités dans l'installation durant la période du 1er octobre 2017 au 31 janvier 2018, cette période est prolongée de façon à cumuler quatre (4) semaines d'activité avant le 31 janvier 2019. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à la suite de la période additionnelle de six (6) mois, le calcul des alinéas précédents se fait sur la base des activités existantes. Un médecin compte une semaine de rémunération dans la mesure où il réclame, à compter du jour de la semaine de son adhésion, des activités dans le milieu en cause selon le mode de l'acte, du mode mixte, du tarif horaire ou des honoraires fixes à l'occasion d'au moins un jour durant la semaine en cause depuis son adhésion. Toutefois, la facturation de forfaits pour la garde en disponibilité selon le mode de l'acte, le paiement d'allocations de formation et les heures rémunérées selon le mode des honoraires fixes lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie ne sont pas retenus pour déterminer si le médecin a eu des activités durant une semaine.
Lors des trois évaluations précédentes (A, B et l'ensemble des heures), sont exclus des heures retenues aux fins des présentes, les heures d'activités de fonctionnement en GMF, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie.
Lors de l'évaluation en A, sont de plus exclus les forfaits horaires du mode mixte dans un autre secteur d'activité dans la même installation.
6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 30 juin 2018.
7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.
8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour d'octobre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 315

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES ACTIVITÉS EN SANTÉ PHYSIQUE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE PSYCHIATRIQUE D'UN CHSGS OU D'UN CHSP

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.
2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 30 septembre 2017, et ce, à la condition que le médecin adhère au mode de rémunération mixte au plus tard le 31 décembre 2017 dans le secteur de pratique en cause.
Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er octobre 2017 et le 31 décembre 2017 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 31 décembre 2017 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 31 décembre 2018.
En ce qui a trait au médecin désigné par le comité paritaire du fait qu'il exerce dans une unité ou un programme de géronto-psychiatrie dans un milieu désigné et qui n'a pas déjà adhéré au mode mixte avant le 31 décembre 2017, il est visé par des modalités particulières. Dans la mesure où il adhère au mode de rémunération mixte dans le même milieu où il exerce dans l'unité ou le programme de géronto-psychiatrie avant le 1er mai 2018 la période visée par le montant forfaitaire est du 1er avril 2015 au 31 janvier 2018.
3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le secteur visé par son option durant la période visée.
4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte dans le secteur d'activité visé et qui, avant vingt-trois mois depuis son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes pour ces activités dans la même installation doit, pour cette installation, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
5.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées dans le secteur visé par son adhésion dans une installation visée.
Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de gardes sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues, les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie, de même que les heures effectuées lorsque le médecin était adhérent au Régime B des honoraires fixes.
6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 30 juin 2018. Dans le cas du médecin visé par le troisième alinéa du paragraphe 2.00, le montant est versé le ou vers le 1er novembre 2018.
7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.
8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour d'octobre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 316

CONCERNANT DES AJUSTEMENTS RÉTROACTIFS AUX SUPPLÉMENTS DE LA LETTRE D'ENTENTE No 275

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser des suppléments qui s'additionnent à ceux prévus à la *Lettre d'entente n° 275* pour les services qui sont décrits à ses annexes.
2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin s'étant prévalu de la *Lettre d'entente n° 275* en fonction de sa facturation pour les services décrits à ses deux annexes durant toute la période d'application de la lettre d'entente.
3.00 Le montant forfaitaire est déterminé en majorant de 195 % les actes identifiés à l'Annexe I de la *Lettre d'entente n° 275* et de 124 % les actes identifiés à l'Annexe II de la *Lettre d'entente n° 275*.
4.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 30 juin 2018.
5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.
6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour d'octobre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 317

CONCERNANT LE SUIVI DE L'ÉCART DE RÉMUNÉRATION ENTRE LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 COMITÉ CONJOINT

1.01 À compter de la fin des travaux du Forum prévu à la Lettre d'entente nº 349 et s'il n'y a pas d'entente sur le mandat octroyé dans le cadre de ce Forum, les parties s'engagent à mettre sur pied un comité conjoint afin d'assurer le suivi de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec.

1.02 Le comité est composé de six (6) personnes soit trois (3) de la FMOQ, deux (2) du MSSS et une (1) du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) auxquelles peuvent s'adjoindre des personnes ciblées selon les volets discutés.

2.00 MANDAT DU COMITÉ CONJOINT

2.01 Le comité a pour mandat de suivre l'évolution de la rémunération versée aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes pour la période débutant le 1er avril 2015.

2.02 Plus précisément, le comité a pour mandat de documenter, de valider et d'échanger sur les données pertinentes au suivi de l'écart ainsi que, notamment, sur l'offre de service des médecins.

2.03 Les rencontres s'effectueront sur une base régulière entre les parties et le comité fera rapport à la table de négociation.

2.04 Aux fins de ces rencontres, le MSSS devra fournir aux représentants de la FMOQ, toutes les données pertinentes en respect de la législation

2.05 Les travaux du comité débuteront 30 jours à compter de la fin des travaux du Forum prévu à la Lettre d'entente nº 349 et s'il n'y a pas d'entente sur le mandat octroyé dans le cadre de ce Forum. Le comité doit faire rapport aux parties négociantes, conjointement ou non, de ses constats et conclusions, au plus tard 60 jours de la fin des travaux du Forum.

3.00 SUIVI DE L'ÉCART

3.01 À la lumière des constats et des conclusions du comité, les parties entreprennent des négociations basées sur la relativité de la rémunération visant la réduction de l'écart

4.00 MISE EN VIGUEUR

La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de signature par le ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13e jour de mars 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 318

CONCERNANT LE FINANCEMENT DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES DÉCOULANT DE L'AMENDEMENT No 127 INTRODUISANT DES NOUVELLES NOMENCLATURES DES ACTES EN SOINS DE COURTE DURÉE, EN SOINS DE LONGUE DURÉE ET RÉADAPTATION

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Un montant de 55,25 M$ récurrent est retenu pour financer les coûts supplémentaires découlant des modifications apportées par l'Amendement n° 127 ainsi qu'à certaines ententes particulières.

2.00 L'une ou l'autre des parties renonce à soumettre à l'autre partie toute demande afférente à une non-atteinte ou à un dépassement découlant des mesures financées par la présente lettre d'entente.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13e jour de mars 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 319

Concernant le financement des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'Entente générale introduisant le mode de rémunération mixte

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Un montant de 19,2 M $ récurrent est retenu pour financer les coûts découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique identifiés à l'article 3.00 de l'Annexe XXIII de l'Entente.
2.00 Les coûts découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte de l'Annexe XXIII dans les secteurs de pratique définis à l'article 2.00 de l'Annexe XXIII de l'Entente générale sont financés à même la somme prévue à l'article 1.00 de la Lettre d'entente n° 318 concernant le financement des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n° 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et réadaptation.
3.00 L'une ou l'autre des parties renonce à soumettre à l'autre partie toute demande afférente à une non-atteinte ou à un dépassement découlant des mesures financées par la présente lettre d'entente.
4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce jour de _____ 2018**.**

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 320

AYANT POUR OBJET LE STATUT PROFESSIONNEL DE LA DOCTEURE ISABELLE LAFONTAINE DONT LE NUMÉRO DE PERMIS DÉLIVRÉ PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS EST LE 03341.

ATTENDU que la docteure Isabelle Lafontaine est un médecin spécialiste en médecine nucléaire qui a complété sa formation en médecine de famille après avoir obtenu son certificat de spécialiste en médecine nucléaire;

ATTENDU qu'une attestation du Collège des médecins du Québec (" le Collège ") signée par Me Christian Gauvin, secrétaire adjoint, certifie que la docteure Isabelle Lafontaine a rempli toutes les conditions nécessaires pour que le Collège reconnaisse sa compétence en médecine de famille à la suite d'un stage de perfectionnement en médecine ambulatoire visé par le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins;*

CONSIDÉRANT que la docteure Isabelle Lafontaine pratique comme médecin omnipraticienne;

CONSIDÉRANT que la docteure Isabelle Lafontaine demande d'adhérer à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);

ÉTANT DONNÉ que le paragraphe 2.01 de l'Entente prévoit que le ministre reconnaît la Fédération comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie au nom et pour tous les médecins qui détiennent exclusivement comme certificat de spécialiste, un certificat de spécialiste en médecine de famille;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, malgré le paragraphe 2.01 de l'Entente, la docteure Isabelle Lafontaine, en conformité avec son permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec, est considérée membre de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de ce fait est régie exclusivement par l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et par tout décret du gouvernement visant les médecins omnipraticiens.

2. Cette reconnaissance s'applique exclusivement au docteure Isabelle Lafontaine. Elle ne peut, d'aucune façon, être interprétée et appliquée à un médecin qui, avant ou après avoir obtenu un certificat en spécialité du Collège des médecins du Québec, ait satisfait aux exigences de celui-ci pour exercer la médecine de famille.

3. Aux fins des ententes particulières ayant trait aux PREM et aux AMP, la docteure Isabelle Lafontaine est considérée comme un médecin nouvellement facturant.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2017. Elle le demeure jusqu'à ce que la docteure Isabelle Lafontaine cesse d'exercer en médecine de famille.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce _____e jour de _____ 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 321

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS PARTICULIÈRES APPLICABLES DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI D'UN BLOC DE PATIENTS SANS MÉDECIN DE FAMILLE ATTRIBUÉ PAR LE GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE (GAMF)

CONSIDÉRANT que les parties partagent l'objectif d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne;

CONSIDÉRANT qu'en lien avec cet objectif, il y a lieu d'améliorer le délai d'attente pour tout patient inscrit au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);

CONSIDÉRANT l'importance de faciliter la prise en charge et le suivi de patients par des médecins dont notamment ceux qui débutent leur pratique, et ce, conformément au profil démographique de la population de leur RLS de pratique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La présente lettre d'entente vise la mise en place de modalités particulières afin d'accroître et améliorer l'accessibilité à un médecin de famille à des patients qui sont en attente au GAMF.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DU MÉDECIN

Sous réserve de l'article 6 des présentes, les dispositions apparaissant à la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin qui répond à l'ensemble des conditions suivantes :

a) le Collège des médecins du Québec lui a délivré son permis de pratique, à l'intérieur des deux (2) mois complets qui suivent le 1er juillet de l'année courante;
ET,
b) à la date où il débute sa pratique dans le cadre du régime d'assurance maladie, il dispense, en première ligne, des services médicaux de prise en charge et de suivi de la clientèle, en cabinet, à domicile ou en établissement, et ce, sans égard que le DRMG lui ait reconnu ou non des AMP dans ce secteur d'activités.

4. PROCESSUS D'ATTRIBUTION DES PATIENTS EN ATTENTE AU GAMF ET MÉCANISME DE FONCTIONNEMENT

a) Pour la première année d'application de la présente lettre d'entente, soit celle débutant le 1er juillet 2017, les modalités d'attributions suivantes s'appliquent :

i) Au cours de la période s'échelonnant entre le 25 octobre 2017 et le 1er mars 2018, le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) de chacun des territoires de RLS attribue, sur une base volontaire, à un médecin visé à l'article 3 ci-dessus, un bloc de 850 patients non pondérés ou s'il exerce en GMF-U un bloc de 527 patients non pondérés. Est comptabilisé dans le nombre total des patients ci-haut mentionnés, ceux qui ont été transférés au médecin via la Lettre d'entente nº 304, ceux qui ont été attribués par le GACO depuis le 1er juillet 2017 ainsi que ceux en provenance de la communauté et qui ont été inscrits depuis le 1er juillet 2017.

Malgré ce qui précède, au-delà de la période visée au paragraphe ci-dessus pour les attributions de bloc de patients par le GACO, un médecin peut, au cours des deux mois suivants la délivrance de son permis de pratique, se prévaloir des dispositions de l'article 4 a) i) selon les mêmes modalités.

Aux fins de l'application de la présente disposition, le DRMG peut recommander aux parties négociantes de réduire le nombre de patients pouvant être attribués à un médecin si, en raison des activités professionnelles exercées par ce médecin dans d'autres secteurs de pratique, ce dernier ne peut prendre en charge le nombre prévu à l'alinéa ci-dessus. Pour faire suite à cette recommandation, les parties négociantes, après analyse et selon les critères convenus, avisent, le cas échéant, le médecin coordonnateur du GACO des ajustements devant être apportés quant au nombre de patients à attribuer au médecin visé par cette dérogation.

ii) Aux fins de l'application de la présente disposition, cette attribution par le GACO de patients enregistrés est effectuée en respect des règles du GACO et qui sont relatives au profil de la population du GACO visé dans lequel le médecin visé effectue ses activités de prise en charge et de suivi de la clientèle.

iii) Aux fins de cette attribution, s'il s'avère que le nombre de patients en attente au GAMF ne soit pas en nombre suffisant pour permettre à chaque médecin visé de se faire attribuer un bloc de 850 patients non pondérés ou s'il exerce en GMF-U un bloc de 527 patients non pondérés, le médecin coordonnateur distribue les patients en attente au *prorata* du nombre de patients et au *prorata* du nombre de médecins visés.

b) Pour la deuxième année d'application de la présente lettre d'entente, soit à compter du 1er juillet 2018 et pour les années d'application subséquentes, les modalités d'attribution suivantes s'appliquent :

i) Au cours de la période s'échelonnant entre le 1er juillet d'une année et le 30 juin de l'année subséquente, le GACO de chacun des territoires de RLS attribue, sur une base volontaire, à un médecin visé à l'article 3 ci-dessus, un bloc de 100 patients non pondérés pouvant aller jusqu'à un maximum de 1500 patients pondérés. La pondération des patients s'effectue à compter du 101e patient. Est comptabilisé dans le nombre total de patients ci-haut mentionnés, ceux qui ont été transférés au médecin via la Lettre d'entente no 304.

Aux fins de l'application de la présente disposition, le DRMG peut recommander aux parties négociantes de réduire le nombre de patients pouvant être attribués à un médecin si, en raison des activités professionnelles exercées par ce médecin dans d'autres secteurs de pratique, ce dernier ne peut prendre en charge le nombre prévu à l'alinéa ci-dessus. Pour faire suite à cette recommandation, les parties négociantes, après analyse et selon les critères convenus, avisent, le cas échéant, le médecin coordonnateur du GACO des ajustements devant être apportés quant au nombre de patients à attribuer au médecin visé par cette dérogation.

ii) Aux fins de l'application de la présente disposition, cette attribution par le GACO des patients enregistrés est effectuée en respect des règles du GACO et qui sont relatives à une distribution par décades et en respect du profil démographique de la population du lieu de pratique du médecin.

iii) Aux fins de cette attribution, s'il s'avère que le nombre de patients en attente au GAMF ne soit pas en nombre suffisant pour permettre à chaque médecin visé de se faire attribuer un bloc de patients pondérés visé par la présente disposition, le médecin coordonnateur distribue les patients en attente au *prorata* du nombre de patients et au *prorata* du nombre de médecins visés.

c) Sauf situations exceptionnelles soumises au médecin coordonnateur du guichet, le médecin à qui le GACO attribue un ensemble de patients ne peut effectuer une sélection parmi ceux-ci. Il est entendu que tout patient qui ne peut être accepté par le médecin est immédiatement remplacé par l'attribution d'un autre patient enregistré au GAMF. Si le patient doit être réinscrit au GAMF, celui-ci conserve sa date d'inscription précédente.

d) Le GACO informe la Régie du nom des patients attribués à un médecin en précisant les coordonnées du patient et du médecin.

e) La Régie informe chaque patient du nom du médecin famille qui doit assurer la prise en charge ainsi que le lieu où sera effectué le suivi et transmet à chaque patient attribué le formulaire de consentement en lui indiquant qu'il a trente (30) jours pour le signer et le transmettre au médecin. La Régie indique également au patient les conséquences de son défaut de ne pas signer le formulaire de consentement.

f) Pour chacun des patients attribués, le médecin doit aviser la Régie dans les (7) jours de la réception du formulaire de consentement d'inscription signé par le patient.

AVIS **:** *Pour inscrire le patient auprès de la RAMQ, le médecin doit saisir les données du formulaire* Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096) dans le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé. Aucun formulaire 4096 en version papier ne doit être envoyé à la RAMQ.*

Pour la période du 5 au 23 janvier 2018, le formulaire à remettre au patient portait le numéro 4409 plutôt que 4096.

Depuis le 24 janvier 2018, le formulaire porte le numéro 4096 – LE321.

L'un ou l'autre de ces formulaires équivaut au formulaire 4096 et est conforme aux dispositions relatives à l'inscription de la clientèle auprès d'un médecin de famille prévues à l'Entente.

Les données doivent également en être saisies dans le service en ligne.

5. MODALITÉS SPÉCIFIQUES

a) Malgré les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, à compter de la date de signature du formulaire de consentement d'inscription auprès d'un médecin de famille reproduit à l'Annexe I de l'entente particulière susmentionnée, les patients attribués par le guichet en vertu de la présente lettre d'entente sont réputés inscrits auprès du médecin visé.

Les modalités suivantes s'appliquent :

i) Les patients sont comptabilisés aux fins de l'application de l'accès à la tarification bonifiée de la nomenclature à l'acte applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U. Aux fins de l'application de la présente disposition, la comptabilisation du nombre de patients inscrits s'effectue selon les règles d'évaluation prévues au sous-paragraphe 2.2.6 A du Préambule général de l'Entente.

AVIS **:** *Consulter le rapport* Nombre de patients inscrits pour la tarification *disponible dans le service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé.

ii) Les patients sont réputés inscrits aux fins du Programme de financement pour les GMF.

iii) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté du patient visé par la présente, le médecin peut se prévaloir de la visite de prise en charge prévue au paragraphe 2.2.6 A du préambule général et réservé au médecin traitant malgré que le patient puisse avoir été vu dans un autre milieu ou dans le cadre de services sans rendez-vous.

AVIS **:** *Les dispositions de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle en ce qui a trait aux forfaits et suppléments prévus s'appliquent à compter de la première visite ou de l'intervention clinique sur rendez-vous ou par l'accès adapté donnant lieu à la prise en charge du patient.*

iv) Les dispositions relatives au calcul du taux d'assiduité prévu au paragraphe 15.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* tiennent compte des patients qui sont attribués par le GAMF.

v) Les patients sont réputés inscrits aux fins du calcul du nombre de patients inscrits prévu à l'article 17.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* et qui est relative à la mesure des frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ.

vi) Les patients sont réputés inscrits et aux fins du calcul du nombre d'inscriptions prévus à l'Entente de principe sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne.
vii) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le patient vulnérable ou le patient non vulnérable ayant été attribué par le GAMF n'est plus réputé inscrit au médecin visé et il est réenregistré au GAMF à sa date d'enregistrement initiale dans les cas suivants :
1) Concernant un patient vulnérable, lorsque celui-ci n'a pas fait l'objet, dans les douze mois suivant la date de la signature par le patient du formulaire de consentement d'inscription, d'une première visite ou intervention clinique donnant lieu à la prise en charge du patient effectué lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté;
2) Concernant un patient non vulnérable, lorsque celui-ci n'a pas fait l'objet, dans les trente-six mois suivant la date de la signature par le patient du formulaire de consentement d'inscription, d'une première visite ou intervention clinique donnant lieu à la prise en charge du patient effectué lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté;

b) Les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, s'appliquent qu'à compter de l'inscription du patient à l'occasion de la première visite ou intervention clinique donnant lieu à la prise en charge du patient effectué lors d'une visite sur rendez-vous ou par l'accès adapté.

6. AUTRES DISPOSITIONS

Malgré les dispositions de la présente lettre d'entente et pour la première année de l'application de celle-ci, un médecin du territoire d'un RLS, qui détenait, avant le 1er juillet 2017, un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec, peut pour compléter sa patientèle se faire attribuer par le GAMF un bloc de patients. Il en va ainsi pour les années subséquentes lorsque le médecin détient un permis de pratique depuis un (1) an et plus.
Les règles d'attribution de patients à ce médecin sont soumises aux conditions suivantes :

a) Ce médecin peut, sur demande, et ce, en tout temps, se faire attribuer un bloc de patients par le GACO. Il n'est pas assujetti aux seuils prévus à l'article 4 a) i) et 4 b) i) des présentes. Toutefois, l'attribution des patients par le GACO doit tenir compte que le médecin doit maintenir dans sa clientèle, en tout temps pertinent, minimalement la proportion de 33 % de patients vulnérables ou jusqu'à un maximum de 333 patients vulnérables.

Malgré ce qui précède, advenant que le GACO n'ait pas, au moment de la demande du médecin, de patients vulnérables enregistrés à attribuer en nombre suffisant pour lui permettre de maintenir dans sa clientèle la proportion minimale de 33 % de patients vulnérables ou un maximum de 333 patients vulnérables, le GACO peut alors attribuer au médecin que des patients classifiés D ou E, et ce, sans égard au maintien de la proportion minimale de 33 % de patients vulnérables ou jusqu'à un maximum de 333 patients vulnérables.

b) Aux fins de l'application des présentes, ce médecin bénéficie des dispositions de l'article 4 d), de l'article 4 e) ainsi que de l'article 5 ci-dessus.

7. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Les dispositions de la présente lettre d'entente s'appliquent, à l'exception du maintien dans la clientèle du médecin d'une proportion minimale ou d'un nombre maximum de patients vulnérables prévu à l'article 6 a), à tout patient attribué via le GAMF à un médecin, au cours de la période du 11 avril 2016 au 25 octobre 2017, mais non encore inscrit à ce dernier.

De façon plus spécifique, les dispositions des articles 4 d), 4 e), 4 f) et 5 s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires.

8. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2017 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de novembre 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 322

CONCERNANT LE VERSEMENT D'UN MONTANT FORFAITAIRE DÉCOULANT DE L'INTRODUCTION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE POUR LES ACTIVITÉS DE RÉADAPTATION DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ADULTES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2 00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.
2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 31 janvier 2018, et ce, à la condition que le médecin adhère au mode de rémunération mixte au plus tard le 30 avril 2018 dans le secteur de pratique en cause.
Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er février 2018 et le 1er mai 2018 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 30 avril 2018 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 30 avril 2019.
3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le secteur visé par son option durant la période visée.
4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte dans le secteur d'activité visé et qui, avant vingt-trois mois depuis son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes pour ces activités dans la même installation doit, pour cette installation, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.
5.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées dans le secteur visé par son adhésion dans une installation visée.
Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de gardes sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie, de même que les heures effectuées lorsque le médecin était adhérent au Régime B des honoraires fixes.
6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er novembre 2018.
7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.
8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce____e jour de _____2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 323

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'ACCORD-CADRE 2015-2023 POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2014-2015

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent de 75,2 M$ est versé aux médecins en pratique ou retraités pour les services dispensés au cours de l'année budgétaire 2014-2015, à l'exception de ceux dispensés hors Québec, de ceux dispensés dans le cadre de l'expertise CNESST, des montants de remboursement des frais de déplacement, des montants reliés aux dossiers médicaux électroniques, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle* ainsi que de la rémunération versée aux médecins décédés.
2. De façon plus spécifique, le montant mentionné à l'article 1 est versé selon les modalités suivantes, à savoir un pourcentage de 3,3 % de la rémunération versée aux médecins pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015 en excluant les services spécifiés à l'article 1. Il est entendu qu'il ne peut y avoir de dépassement de la présente Lettre d'entente et le pourcentage pourrait être modifié en conséquence.
3. Le montant mentionné à l'article 1 provient de l'addition des sommes suivantes prévues au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023 :

- 42,2 M$
- 33,0 M$

4. La Régie est avisée du numéro de pratique des médecins visés pour ce versement ainsi que le montant qui leur est attribué.
5. Sur réception de l'avis prévu à l'article précédent, la Régie procède aux paiements le ou vers le 23 février 2018.
6. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.
7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2018 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour _____2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 324

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'ACCORD-CADRE 2015-2023 POUR LES ANNÉES BUDGÉTAIRES 2015-2016 ET 2016-2017 AINSI QUE POUR LE PREMIER TRIMESTRE DE L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2017-2018

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent de 253,4 M$ est versé aux médecins en pratique ou retraités pour les services dispensés au cours des années budgétaires 2015-2016 et 2016-2017 ainsi que pour le premier trimestre de l'année budgétaire 2017-2018, à l'exception de ceux dispensés hors Québec, de ceux dispensés dans le cadre de l'expertise CNESST, des montants de remboursement des frais de déplacement, des montants reliés aux dossiers médicaux électroniques, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle* ainsi que de la rémunération versée aux médecins décédés.
2. De façon plus spécifique, le montant mentionné à l'article 1 est versé selon les modalités suivantes :
   a) 4,4 % de la rémunération versée aux médecins pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016;
   b) 4,9 % de la rémunération versée aux médecins pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017;
   c) 4,9 % de la rémunération versée aux médecins pour les services dispensés durant la période du 1er avril au 30 juin 2017.

Le tout en excluant les services spécifiés à l'article 1. Il est entendu qu'il ne peut y avoir de dépassement de la présente Lettre d'entente et les pourcentages pourraient être modifiés en conséquence.

3. Le montant mentionné à l'article 1 provient du paragraphe 3.02 de l'Accord-cadre 2015-2023.
4. La Régie est avisée du numéro de pratique des médecins visés pour ce versement ainsi que le montant qui leur est attribué.
5. Sur réception de l'avis prévu à l'article précédent, la Régie procède aux paiements le ou vers le 23 février 2018.
6. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.
7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2018 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour _____2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 325

CONCERNANT LE FINANCEMENT RÉCURRENT ET LE SUIVI DES COÛTS DE CERTAINES MESURES PRÉVUES À L'ACCORD-CADRE 2015-2023

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

FINANCEMENT

1. Le financement des coûts découlant des mesures ci-dessous est assuré, sur une base récurrente, par l'enveloppe budgétaire globale convenue entre les parties :
a) Lettres d'entente n°s 229 et 300 : un montant estimé à 5,9 M$ à compter du 1er avril 2017 concernant la rémunération du médecin partenaire d'une IPS-SPL prévue aux articles 2.00 et 3.00 de la Lettre d'entente n° 229 et à l'article 2.00 de la Lettre d'entente n° 300;
b) Un montant annuel de 700 000 $ à compter du 1er avril 2017 concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec. La RAMQ verse ce montant sur avis des parties négociantes;

AVIS **:** *À cet effet, une demande est acheminée au Service de l'admissibilité et de la révision à l'adresse de courriel paiement@ramq.gouv.qc.ca en mettant en copie registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.*

c) Lettre d'entente n° 291 : un montant estimé à 500 000 $ à compter du 1er avril 2019 concernant la rémunération des médecins dans le cadre du programme AMPRO;
d) Un montant estimé à 370 000 $ à compter du 1er avril 2017 concernant la rémunération des médecins qui effectuent des services médicaux et médico-administratifs dans le cadre de la *Loi concernant les soins de fin de vie*;
e) Amendement n° 159 : un montant estimé à 2 M$ à compter du 1er avril 2017 concernant le financement des mesures découlant de cet amendement.

SUIVI

2. Les parties conviennent d'assurer un suivi régulier des coûts découlant de la présente lettre d'entente pour ce qui est des montants alloués à l'article 1 a), c), d) et e) et d'y apporter les corrections jugées nécessaires, le cas échéant.

MISE EN VIGUEUR

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2017 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____^{e} jour _____2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 327

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS PARTICULIÈRES APPLICABLES POUR LA PRESTATION CONTINUE DE SERVICES MÉDICAUX DANS UN ÉTABLISSEMENT AYANT LA MISSION D'UN CHSLD

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet la mise de place de modalités incitatives visant à favoriser une prise en charge globale et une continuité de services médicaux auprès des personnes hébergées dans une installation d'un établissement ayant la mission d'un CHSLD.

Aux fins des présentes, exceptionnellement, une installation qui exploite une unité de longue durée au sein d'un CHSGS, peut, avec l'approbation du comité paritaire, être admissible, à la présente lettre d'entente. Cette approbation est accordée dans le cas où l'installation est confrontée à une grave pénurie d'effectifs médicaux.

1.02 L'Annexe I fait état de la liste des installations désignées aux fins de la présente lettre d'entente par le comité paritaire, de leur date d'adhésion ou de fin ainsi que du nombre de forfaits autorisés.

AVIS **:** *Voir l'*Annexe I – Installations désignées par la Lettre d'entente nº 327.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 CONDITIONS D'APPLICATION

3.01 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.01 s'appliquent lorsque l'ensemble des conditions suivantes sont respectées :

a) Le médecin doit assurer, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue de services médicaux auprès, de l'ensemble des personnes hébergées dans une installation d'un établissement ayant la mission d'un CHSLD sauf avis contraire du comité paritaire d'exclure une partie de la clientèle dont la prestation continue des services médicaux est, par ailleurs, assurée en tout temps pertinent, par un médecin ou un autre groupe de médecins.

b) La prestation complète implique également que le groupe de médecin avec qui le médecin assure la prestation de services médicaux assume la garde en disponibilité, et ce, 24/7 tous les jours de l'année.

c) Le médecin doit être reconnu par le comité paritaire, prévu à l'article 7.00 des présentes, à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans l'installation visée, et ce, pour toute la durée de la période d'adhésion du groupe concerté.

d) Chaque médecin du groupe doit souscrire un engagement au moyen d'un formulaire prescrit par les parties lequel est reproduit en Annexe II de la présente lettre d'entente.

L'engagement de service de l'ensemble des médecins du groupe doit permettre d'assurer la prestation continue de services médicaux pour la période prévue à l'alinéa c) ci-dessus.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Engagement – Lettre d'entente n° 327 *(4413).*
Un seul formulaire par groupe concerté de médecins est nécessaire.

Le médecin responsable doit remplir la section 1 du formulaire :

- pour tout nouveau groupe concerté;

- lorsque des médecins se joignent à un médecin seul, déjà engagé, pour former un groupe concerté;

- lorsque des médecins quittent un groupe concerté et que l'engagement devient celui d'un médecin seul.

e) Advenant qu'un médecin ne peut assurer la prestation de services médicaux au cours d'une journée ou d'une période plus longue, il doit effectuer les démarches nécessaires conjointement avec, le médecin responsable du groupe concerté et les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation de services médicaux au cours de son absence auprès de l'installation visée par son engagement.

Dans un tel cas, le médecin remplaçant identifié afin d'assurer la prestation des services médicaux peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues aux paragraphes 4.01 a), b), c) et f) en lieu et place du médecin qu'il remplace.

AVIS **:** *Si le médecin remplaçant ne fait pas partie du groupe concerté, le médecin responsable doit remplir les sections 4 et 5 du formulaire* Engagement – Lettre d'entente n° 327 *(4413) et le transmettre à la RAMQ par courriel à l'adresse mentionnée à la section 4.*

f) Un médecin peut, durant la période d'engagement du groupe concerté, joindre le groupe pour assurer par le biais de celui-ci, la prise en charge et la continuité des services médicaux offerts aux patients hébergés au sein de l'installation visée par l'adhésion. Pour ce faire, le médecin doit respecter les conditions énoncées à l'article 3.00 de la présente. Dans un tel cas, le médecin peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 4.00 et à l'article 5.00, le cas échéant.
De même, un médecin peut, pendant la durée de l'adhésion, se retirer du groupe concerté. Dans un tel cas, les dispositions de l'alinéa e) ci-dessus s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires.

AVIS **:** *Pour ajouter un médecin au groupe concerté ou en retirer un, le médecin responsable doit remplir les sections 2 et 5 du formulaire* Engagement – Lettre d'entente n° 327 *(4413) et le transmettre à la RAMQ par courriel à l'adresse mentionnée à la section 2.*

Si l'engagement d'un médecin seul prend fin et qu'un autre médecin seul s'engage par la suite, les sections 2 (ajout et retrait) et 5 doivent également être remplies. Voir l'avis sous l'article 3.01 d) pour les autres situations impliquant un médecin seul.

g) Parmi les médecins du groupe concerté, un médecin responsable est désigné afin d'assurer au sein de l'installation l'application des modalités des présentes. Les activités administratives du médecin responsable du groupe concerté sont rémunérées de la façon prévue à l'article 5.00 des présentes.

4.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI ASSURE LA PRESTATION DE SERVICE

4.01 Le médecin qui assure la prestation de service continue telle que défini dans la présente lettre d'entente, sans égard à son mode de rémunération dans l'installation visée par l'engagement du groupe concerté, peut réclamer, selon une formule de l'acte, le paiement d'un ou plusieurs forfaits, sur une base trimestrielle. Ces forfaits sont versés en contrepartie du respect de l'engagement du groupe concerté durant le trimestre en cause. Les modalités suivantes s'appliquent :

a) Le montant du forfait est de 34 $ au 1er avril 2018 et de 34,35 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42138** et indiquer le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
*Voir l'*Annexe I – Installations visées par la Lettre d'entente 327.

AVIS **:** *Un incitatif à la prise à la charge globale de la clientèle est prévu pour la période du 1er juillet 2023 au 31 mars 2024. Se référer à l'article 2.01 de la* Lettre d'entente n° 386.

b) Une banque de forfaits est allouée au groupe de médecin concerté qui doit exécuter l'engagement en fonction du nombre de lits autorisés dans la mission CHSLD au permis de l'installation visée.

c) Le médecin responsable du groupe concerté répartit la banque de forfaits allouée entre les médecins qui assurent la prestation continue des services médicaux, par le biais d'un groupe concerté, en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux activités décrites aux paragraphes 3.01 a) et 3.01 b), en respect du nombre de lits pris en charge par chacun des médecins de ce groupe concerté et en respect de la banque allouée. Celle-ci ne peut être dépassée sur une base annuelle. De plus, il informe la Régie, pour chacun des médecins, du nom des patients attribués et des renseignements pertinents prévus dans le formulaire prescrit à cette fin.

AVIS **:** *Chaque médecin membre d'un groupe concerté doit transmettre à la RAMQ, au moyen du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé*, les informations sur l'identité des patients hébergés en CHSLD qu'il se fait attribuer.*

Le médecin doit attendre que le médecin responsable ait reçu la lettre de la RAMQ qui confirme la création du groupe pour le faire.

d) Les patients attribués à un médecin sont réputés inscrits aux fins du Programme de financement pour les GMF. Aux fins de l'application de ce programme, chaque patient attribué à un médecin équivaut à six patients inscrits et ils sont comptabilisés au sein du GMF auquel le médecin appartient.

De plus, chaque patient attribué à un médecin équivaut à six patients et ceux-ci sont comptabilisés aux fins de l'accès à la tarification bonifiée de la nomenclature à l'acte applicable en cabinet, à domicile, en CLSC ou en GMF-U selon des modalités définies par le comité paritaire.

AVIS **:** *Pour demander un changement de contexte de travail (adhésion à un GMF, départ d'un GMF ou modification d'un GMF), vous devez transmettre une lettre à la RAMQ en précisant le numéro d'établissement et le numéro de GMF, s'il y a lieu, ainsi que la date d'entrée en vigueur du changement.*

Par courrier
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

e) Les patients sont réputés inscrits aux fins du calcul du nombre d'inscriptions prévus à l'Entente de principe sur l'accessibilité aux services médicaux de première ligne.

f) La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

AVIS **:** *Pour tout nouveau médecin exerçant dans un CHSLD, l'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Annexe XXII *pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;*

- la situation d'entente Annexe XXIII *pour le médecin rémunéré selon le mode mixte;*

- le secteur Soins de longue durée*;*

- le mode de rémunération choisi par le médecin et inscrire le nombre d'heures, s'il y a lieu.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.02 La garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

AVIS **:** *Pour tout nouveau médecin participant à la garde en disponibilité, l'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner

- la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité;

- la case Annexe I (CISSS, CHSLD, CR).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.03 Les services médicaux effectués par le médecin sont rémunérés selon les modes de rémunération prévus à l'Entente.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN RESPONSABLE DU GROUPE CONCERTÉ

5.01 Les activités professionnelles du médecin responsable du groupe concerté incluent notamment le recrutement des médecins qui formeront le groupe concerté, et le suivi des signatures des engagements des médecins du groupe. Le médecin responsable du groupe concerté prépare, à la demande du chef du département clinique de médecine générale de l'établissement ou du médecin qu'il désigne à cette fin, les horaires des médecins membres du groupe concerté et découlant de la prestation continue des services médicaux dans l'installation (incluant la garde en disponibilité) et sa transmission aux instances de l'établissement, au comité paritaire et à la Régie. De plus, il participe au Comité de vérification de la pertinence et du respect des transferts en centre hospitalier. Aussi, il assiste les instances de l'installation ou de l'établissement de façon à ce que le groupe concerté de médecins intègre les recommandations émises à l'égard des transferts en centre hospitalier.
En outre, le médecin responsable doit aviser la Régie de toute modification à la liste des médecins faisant partie du groupe concerté et plus spécifiquement de toute arrivée et départ de médecin au moyen du formulaire prescrit par les parties.

AVIS **:** *Pour toute modification à la liste des médecins faisant partie du groupe concerté, le médecin responsable doit remplir le formulaire* Engagement – Lettre d'entente nº 327 *(4413) et le transmettre à la RAMQ par courriel à l'adresse mentionnée sur le formulaire.*

5.02 Les activités professionnelles du médecin responsable du groupe concerté décrites au paragraphe 5.01 ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un nombre de forfaits, sur une base trimestrielle, à chaque installation, selon le nombre de lits au permis de l'installation et selon les modalités suivantes :

Nombre de lits	Forfaits trimestriels
Entre 1 et 99 lits	5
Entre 100 et 199 lits	10
Deux cents (200) lits ou plus	20

5.03 Le montant du forfait est de 67,65 $ au 1er avril 2018 et de 68,35 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42139** et indiquer le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.04 Le nombre de forfaits trimestriels est octroyé par le comité paritaire lors de la demande d'adhésion à la présente entente.

5.05 Le médecin responsable du groupe concerté se prévaut d'au moins 60 % des forfaits prévus au paragraphe 5.02. Il est responsable de la répartition des forfaits résiduels entre les médecins qui l'assistent dans la réalisation des activités décrites au paragraphe 5.01 ci-dessus

5.06 La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

6.00 COMITÉ DE VÉRIFICATION DE LA PERTINENCE ET DU RESPECT DES TRANSFERTS EN CENTRE HOSPITALIER DES PATIENTS HÉBERGÉS

6.01 Un comité de vérification de la pertinence et du respect des transferts en centre hospitalier est formé au sein de chaque installation dans laquelle un groupe de médecins assure la prestation de service continue de services médicaux et ayant adhéré à la présente lettre d'entente. Ce comité est composé du directeur des services professionnels de l'établissement ou du représentant qu'il désigne, du chef du département clinique de médecine générale, d'un représentant du CMDP ainsi que du médecin responsable du groupe concerté ou d'un médecin du même groupe concerté qu'il désigne à cette fin.

6.02 Le comité a pour fonction d'analyser et d'évaluer la pertinence des transferts en centre hospitalier des patients hébergés dans le CHSLD. À cette fin, le comité exerce, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les attributions suivantes :

a) Il établit la liste des conditions médicales pour lesquelles un transfert en centre hospitalier est pertinent eu égard au niveau de soins;

b) Il apporte, reçoit et entend tout dossier de patient en CHSLD pour lequel un transfert n'était pas attendu en regard de sa condition clinique ou son niveau de soins;

c) Il fait des recommandations au président directeur général de l'établissement ainsi qu'au groupe de médecins concerté sur les correctifs à apporter en regard de l'entente et sur la pertinence des dossiers révisés;

d) Il fait des recommandations au président directeur général de l'établissement ainsi qu'au groupe de médecins concerté qui assure la prestation continue des services médicaux sur les moyens à mettre en œuvre pour s'assurer de la pertinence des transferts.

7.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

7.01 Une demande d'adhésion est formulée au comité paritaire par le représentant dûment désigné de l'établissement avec l'accord des médecins du groupe concerté qui va assurer la prestation continue des services médicaux incluant la garde en disponibilité. La demande d'adhésion, une fois qu'elle est complète, est transmise, au moyen d'un formulaire unique prescrit à cette fin, au comité paritaire. Elle doit être déposée avant le trimestre où l'engagement débute, à défaut de quoi l'engagement débutera au trimestre suivant.

7.02 La demande d'adhésion est accompagnée des renseignements et documents suivants :

- copie des formulaires d'engagements dûment remplis de chacun des médecins qui font partie du groupe concerté de médecins visés aux présentes;

- date du début de la prise en charge par le groupe de médecins. L'engagement débute le premier jour du trimestre complet (1er avril, 1er juillet, 1er octobre ou 1er janvier) lorsque le groupe concerté respecte les conditions de la présente lettre d'entente;

- nom du médecin désigné comme médecin responsable du groupe concerté.

7.03 La demande de retrait est formulée au comité paritaire par le médecin responsable. Cette demande doit préciser la date de fin de l'adhésion du groupe à la présente lettre d'entente. Le comité paritaire en informe immédiatement la Régie.

7.04 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Lors de l'adhésion du groupe, il transmet à la Régie et à l'établissement le nom de l'établissement visé, le nom des médecins faisant partie du groupe concerté, la date de début et, le cas échéant, la date de fin de l'engagement, le nom du médecin responsable et des médecins qui l'assistent ainsi que le nombre de forfaits alloué à chacun d'eux, le cas échéant, le nombre de forfaits alloué au médecin responsable du groupe concerté. Il informe également la Régie du nombre de forfaits alloués au groupe concerté.

b) Il fait le suivi de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

7.05 Le président directeur général ou le directeur général ou le directeur des services professionnels de l'établissement informe le comité paritaire du non-respect de l'engagement du groupe de médecins concerté pour un trimestre donné.

8.00 NON-RESPECT DE L'ENGAGEMENT

8.01 Le fait pour le groupe concerté de médecins de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf les cas agréés par le comité paritaire, l'obligation pour chacun des médecins de rembourser à la Régie la totalité des forfaits pour le trimestre donné qui lui ont été payés conformément aux modalités prévues par le paragraphe 4.01 de la présente lettre d'entente.

9.00 AUTRE DISPOSITION

9.01 Malgré les dispositions de l'alinéa c) du paragraphe 3.01 relatives à la formation d'un groupe concerté, un médecin peut s'engager à assurer la prestation continue des services médicaux auprès de l'ensemble des personnes hébergées dans une installation d'un établissement ayant la mission d'un CHSLD. Pour ce faire, le médecin doit respecter l'ensemble des conditions prévues au paragraphe 3.01 sous réserve de ce qui suit.

En ce qui a trait à la condition relative à la prestation continue des services médicaux 24/7 tous les jours de l'année, le médecin doit s'assurer, qu'en tout temps pertinent durant une période où il s'absente, de pouvoir recourir à un ou des médecins qui s'engage (nt), à leur tour, à assurer, à sa place, la prestation continue des services auprès de la clientèle, et ce, conformément aux dispositions de la présente lettre d'entente.

Le médecin visé par la présente disposition peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente, à l'exception de celle prévue à l'article 5.00. Il est également soumis aux dispositions de l'article 8.00 en cas de non-respect de l'engagement par lui-même ou par un médecin appelé à le remplacer durant une période où il s'absente.

10.00 DISPOSITION TRANSITOIRE

10.01 Un groupe concerté de médecins qui a adhéré à la présente lettre d'entente entre 1er avril 2018 et le 31 mars 2019 est assujetti à l'ensemble des dispositions de la présente à partir du 1er avril 2019.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2018 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de _____2018.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des établissements visés par la Lettre d'entente n° 327

(paragraphe 1.02)

AVIS **:** *Voir la liste des installations visées par la* Lettre d'entente n° 327*.*

ANNEXE II

Formulaire d'engagement
(paragraphe 3.01 de la Lettre d'entente n° 327)

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Engagement – Lettre d'entente n° 327 *(4413).*

CONSIDÉRANT les dispositions de la Lettre d'entente n° 327;

CONSIDÉRANT QUE la Lettre d'entente n° 327 a pour objectif d'assurer la garde en disponibilité, l'accessibilité, la prise en charge globale et la continuité de services auprès des personnes hébergées d'un Centre d'hébergement en soins de longue durée (CHSLD);

CONSIDÉRANT qu'un groupe de médecins dont je fais partie a demandé d'être reconnu afin d'assurer la prestation continue de services médicaux dans une installation d'un CHSLD;

CONSIDÉRANT QUE le paragraphe 3.01 d) de la Lettre d'entente n° 327 prévoit que chaque médecin du groupe doit souscrire un engagement en la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes;

Le médecin ci-après identifié reconnaît avoir pris connaissance des dispositions de la Lettre d'entente n° 327 et déclare les accepter :

Je, soussigné, _____ n° de professionnel :_____

Je reconnais faire partie depuis le (date) _____ du groupe de médecins qui a demandé au comité paritaire d'être reconnu afin d'assurer la prestation continue des services au bénéfice des patients hébergés au CHSLD suivant :

Nom du CHSLD :_____ Ville :_____

N° de l'établissement : _____

En contrepartie de la reconnaissance par le comité paritaire du groupe concerté de médecins dont je fais partie, je m'engage :

i) à ce que le groupe de médecins dont je fais partie assure la prestation continue des services au bénéfice des patients hébergés au CHSLD identifié ici-haut;

ii) à participer de façon active à la garde en disponibilité, la prise en charge et la prestation continue des services en assumant personnellement la prestation des services pour la période qui m'a été assignée par le médecin responsable du groupe concerté du CHSLD visé;

iii) dans l'éventualité où je ne pourrais respecter mon engagement au cours d'une journée ou une période prolongée, à effectuer toutes les démarches nécessaires afin de me faire remplacer par un autre médecin, membre du groupe ou non, afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins selon les modalités définies à la Lettre d'entente n° 327;

Je reconnais en cas de non-respect de l'engagement du groupe concerté, que l'ensemble des médecins du groupe devront rembourser le total des forfaits décrits au paragraphe 4.01 de la Lettre d'entente n° 327 pour le trimestre visé, sauf les cas autorisés par le comité paritaire.

J'autorise, de plus, la Régie de l'assurance maladie du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire aux fins de l'application de la Lettre d'entente n° 327.

Par : Dr_____ Signé à _____date_____

LETTRE D'ENTENTE No 328

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DE LA LETTRE D'ENTENTE No 327

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu de la Lettre d'entente n° 327;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts récurrents découlant de la mise en œuvre de la Lettre d'entente n° 327;

CONSIDÉRANT que les parties désirent effectuer un suivi de l'évolution des coûts de cette lettre d'entente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Mesures visées

1. Les mesures visées par la présente lettre d'entente sont celles prévues à la Lettre d'entente n° 327 concernant certaines modalités particulières applicables pour la prestation continue de services médicaux dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD.

Financement

2. Pour la période comprise entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019, par le montant de 6,4 M$ non récurrent accordé dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023. À compter du 1er avril 2019, un montant de 6,4 M$ récurrent provenant des sommes allouées aux paragraphes 8.01 b) et d) de l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts récurrents de la Lettre d'entente n° 327.

Suivi

3. Les parties conviennent d'assurer le respect des coûts récurrents et d'effectuer un suivi de l'évolution de la Lettre d'entente n° 328 de façon régulière.

4. Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées. Toute non-atteinte dégagée, au cours d'une année, sera affectée selon des modalités à être identifiées par les parties. Le remboursement d'un dépassement constaté au cours d'une année est assuré à même les montants accordés dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023. Ce remboursement doit être effectué dans l'année suivante à celle où l'on a observé le dépassement.

5. Les parties conviennent d'identifier l'existence ou non et d'évaluer, le cas échéant, le montant de toute non-atteinte dégagée par suite de la désinscription de tout patient hébergé dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD.

6. Advenant que les parties constatent une telle non-atteinte, celle-ci sera affectée selon des modalités à être identifiées par les parties.

Mise en vigueur

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce____e jour de _____2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 329

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'ACCORD-CADRE 2015-2023 POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2014-2015 POUR LES MÉDECINS AYANT ADHÉRÉ AU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE OU SON ÉQUIVALENT OU QUI ONT EXERCÉ DANS UN SERVICE D'URGENCE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent de 42,4 M $ est versé aux médecins en pratique ou retraités pour les services dispensés au cours de l'année budgétaire 2014-2015 à l'exception de ceux dispensés hors Québec, de ceux dispensés dans le cadre de l'expertise CNESST ainsi que de la rémunération versée aux médecins décédés.

2. De façon plus spécifique, le montant mentionné à l'article 1 est versé selon les modalités suivantes :

a) Un montant versé pour les heures travaillées durant la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015 par les médecins ayant adhéré au mode de rémunération mixte et visés aux montants forfaitaires prévus aux Lettres d'entente nos 276, 278, 279, 284, 288, 289, 290.

Ce montant forfaitaire représente 19,2 M $;

b) 6,8 % de la rémunération versée aux médecins exerçant dans un service d'urgence pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015. Ce montant forfaitaire représente 23,2 M $;

Le tout en excluant les services spécifiés à l'article 1. Il est entendu qu'il ne peut y avoir de dépassement de la présente lettre d'entente et le pourcentage pourrait être modifié en conséquence.

3. Le montant mentionné à l'article 1 provient du 60 M $ prévu au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023.
4. La Régie est avisée du numéro de pratique des médecins visés pour ce versement ainsi que le montant qui leur est attribué.
5. Sur réception de l'avis prévu à l'article précédent, la Régie procède aux paiements le ou vers le 4 mai 2018.
6. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.
7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2018 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour _____2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 330

AYANT POUR OBJET DES MODALITÉS SUPPLÉMENTAIRES DE RÉMUNÉRATION POUR LES ACTIVITÉS EN TOXICOMANIE DANS UN CHSGS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

1.01 Sous réserve des conditions prévues par la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes dans un programme de toxicomanie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisées et qui détient un avis de nomination dans ce secteur se prévaut des modalités de rémunération supplémentaires prévues par la présente lettre d'entente.

1.02 Les modalités de rémunération supplémentaires accordées en vertu de la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus exclusivement pour ses activités dans le secteur visé.

1.03 Le médecin visé par la présente utilise le registre électronique des consultations de la Régie pour y inscrire les visites de patients visés, dans la mesure où ces patients détiennent une carte d'assurance maladie. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

AVIS **:** *Inscrire les visites de patients dans le menu de gauche* Gestion des consultations *du service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé ainsi que l'information suivante :*
- le numéro d'assurance maladie du patient;
- la date de service;
- le numéro de l'établissement (0XXX0).
L'inscription d'une consultation au registre doit être effectuée dans les 90 jours suivant l'année d'application.
Au besoin, voir le guide de l'utilisateur disponible dans le service en ligne.

2.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SUPPLÉMENTAIRES

2.01 Le médecin visé reçoit une prime de 38,70 $ au 1er juillet 2018 et de 39,10 $ au 1er octobre 2019. Elle s'applique sur les heures dans un programme de toxicomanie décrites aux paragraphes 3.02 a) et 4.01 c) de l'Annexe XXII de l'Entente. Cette prime remplace le montant prévu à ces paragraphes.

Aucune telle prime n'est versée au médecin adhérent au Régime B des honoraires fixes.

3.00 AUTRES DISPOSITIONS

3.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables ne s'appliquent pas à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente.

3.02 Les majorations applicables en vertu des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services.

3.03 Les dispositions de la présente lettre d'entente ne s'appliquent pas aux médecins rémunérés en vertu de l'Entente particulière relative au Grand-Nord, de l'Entente particulière relative aux régions 17 et 18 ainsi qu'au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, de l'Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau, ainsi que l'Entente particulière relative au Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles.

3.04 Les montants prévus aux présentes sont sujet à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

3.05 Malgré les paragraphes 1.03 et 3.01 de l'Annexe XXII de l'Entente générale, le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le Régime B dans un secteur visé peut, dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de la présente, modifier son adhésion à ce régime, sans égard à la date de renouvellement de sa nomination.

4.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce _____jour de _____2018

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 331

AYANT POUR OBJET UN MONTANT FORFAITAIRE À VERSER DÉCOULANT DE LA NOUVELLE MODALITÉ DE RÉMUNÉRATION DANS UN PROGRAMME DE TOXICOMANIE AU SEIN D'UN CHSGS INTRODUITE DANS LE CADRE DE L'AMENDEMENT No 169

ATTENDU QUE la nouvelle modalité de rémunération dans le cadre du programme de toxicomanie au sein d'un CHSGS et de sa mise en vigueur le 1er juillet 2018;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période du 1er avril 2015 au 30 juin 2018 en fonction de certaines conditions énoncées à la présente lettre d'entente.

2.00 Le montant forfaitaire s'ajoute à la rémunération de l'ensemble des heures d'activités professionnelles facturées selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les services professionnels dans un programme de toxicomanie au sein d'un CHSGS durant la période visée. Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de gardes sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie, de même que les heures effectuées lorsque le médecin était adhérent au Régime B des honoraires fixes.

3.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure retenue selon le mode du tarif horaire ou le régime A des honoraires fixes.

4.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

5.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er avril 2019.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce_____e jour de_____2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 332
ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

CONCERNANT CERTAINES PROBLÉMATIQUES D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX PRIORITAIRES

CONSIDÉRANT qu'aux termes des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). (« La Loi »), il relève du DRMG d'établir la liste des activités médicales particulières (AMP) prioritaires pour son territoire et que la Loi stipule que, dans le cadre d'une entente, les parties peuvent prévoir des modulations relatives au niveau de participation du médecin selon le nombre d'années de pratiques et qu'à cet égard, les parties ont convenu de telles modulations au paragraphe 4.3 *l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* (« Entente particulière sur les AMP »);

CONSIDÉRANT que les dispositions du paragraphe 4.3 de l'*Entente particulière sur les AMP* stipulent que le médecin qui compte quinze (15) ans ou plus de pratique peut, à la demande du DRMG, être appelé à participer à des AMP, et pour ce, la demande du DRMG doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de quinze (15) ans de pratique;

CONSIDÉRANT qu'actuellement, il appert que des régions sont confrontées à de graves pénuries d'effectifs médicaux dans des secteurs faisant partie de la liste des AMP prioritaires des DRMG et que cette situation se traduit par des problématiques d'accessibilité importantes pour la dispensation des services médicaux dans les secteurs prioritaires de l'*Entente particulière sur les AMP*;

CONSIDÉRANT qu'en raison de l'absence d'effectifs médicaux dans certains secteurs prioritaires, il est nécessaire, de façon exceptionnelle, afin de garantir l'accès aux services médicaux de convenir de modalités particulières pour faciliter aux DRMG l'exercice des responsabilités qui lui sont dévolues dans le cadre du paragraphe 4.3 de l'*Entente particulière sur les AMP* ainsi que de la Loi;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

La présente lettre d'entente vise la mise en place, pour la période s'échelonnant entre le 1er mai 2018 au 30 avril 2019, de modalités particulières afin d'accroître et améliorer l'accès à un médecin de famille dans les secteurs admissibles à l'*Entente particulière sur les AMP*, et ce, pour les fins de la mise en application du paragraphe 4.3 de cette entente particulière.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. CONDITIONS D'APPLICATION DE LA PRÉSENTE LETTRE D'ENTENTE

a) Le DRMG de la région doit constater une pénurie grave d'effectifs médicaux dans des secteurs prioritaires pour sa région.

b) Le DRMG doit avoir rendu disponibles les AMP dans le cadre de la liste régionale d'activités proposées dans le ou les secteurs ciblés depuis au moins six (6) mois. Un tel délai peut toutefois être révisé sur approbation du comité paritaire lors de pénurie grave et subite d'effectifs médicaux.

c) Le DRMG doit effectuer des démarches auprès des médecins de moins de quinze (15) ans de pratique et que malgré celles-ci, aucun médecin ou un nombre insuffisant de médecin de moins de quinze (15) ans de pratique s'est manifesté, en cours d'engagement aux AMP, pour demander une modification de cet engagement afin d'aller supporter un secteur prioritaire en pénurie grave d'effectifs médicaux. Il doit notamment expédier une lettre individuelle, à tous les médecins de moins de quinze (15) ans de pratique de son territoire qui n'ont pas terminé leur engagement de deux (2) ans. Advenant qu'aucun médecin ou si un nombre insuffisant de médecins ne répondent à l'appel, le DRMG doit solliciter par lettre individuelle l'ensemble des médecins de quinze (15) ans ou plus de pratique de son territoire et les informer de la légitimité de procéder à la désignation d'un médecin de quinze (15) ans ou plus de pratique.

d) Dans le cas où un nombre insuffisant de médecins de quinze (15) ans et plus de pratique n'aient répondu positivement, dans les quinze (15) jours de son envoi, à la lettre de sollicitation mentionnée au sous-paragraphe précédent, le DRMG doit acheminer une demande au comité paritaire chargé de l'application de l'Entente particulière sur les AMP en exposant le secteur pour lequel une pénurie grave est invoquée. La demande doit être accompagnée des éléments permettant au comité paritaire de constater cette pénurie et les démarches faites.

e) Dans les quinze (15) jours suivant la réception de la demande du DRMG, le comité paritaire confirme son autorisation auprès du DRMG à se prévaloir des dispositions de l'article 4 de la présente lettre d'entente pour le secteur identifié par ce dernier.

4. PROCESSUS RELATIFS À LA MISE EN VIGUEUR DES DISPOSITIONS D'APPLICATION

a) Une fois l'autorisation obtenue par le comité paritaire, le DRMG peut à tout moment et ce, malgré l'article 4.6 de l'Entente particulière sur les AMP réviser l'engagement aux AMP à un médecin de quinze (15) ans et plus de pratique. Cette révision doit se faire en respect des éléments suivants :

i) Le DRMG doit tenter de prioriser, tout d'abord, les médecins ayant des activités dans le secteur vi).

a. Il doit cibler les médecins ayant le moins d'années de pratique parmi ceux qui ont quinze (15) ans ou plus de pratique et appliquer une formule progressive établie en fonction du nombre d'années de pratique.

b. Il doit s'assurer que les médecins ciblés ont les compétences requises pour le secteur ciblé.

ii. Dans la mesure du possible, le DRMG favorisera l'octroi d'AMP mixtes afin d'éviter les découvertures de services dans les autres secteurs d'activités.

iii. La modification de l'engagement est effective pour une durée d'au plus six (6) mois et est renouvelable pour une autre période maximale de six (6) mois, si les dispositions de la présente lettre d'entente sont toujours en vigueur.

iv) La distance maximale entre le lieu de pratique principale du médecin et l'installation à laquelle il est assignée correspond, en faisant les adaptations nécessaires, aux distances prévues au paragraphe 4.1.3 a) de l'*Entente particulière relative aux AMP*.

v) Interpeller le directeur des services professionnels de l'établissement visé afin de faire l'arrimage concernant notamment le processus de nomination du ou des médecins concernés.

b) Une fois l'engagement modifié par le DRMG et le médecin avisé, les dispositions de l'*Entente particulière sur les AMP* s'appliquent à compter de la date où le DRMG a avisé le médecin de la modification de ses AMP. Le volume d'activités à accomplir doit correspondre à la moitié de celui qui s'applique au médecin ayant moins de quinze (15) ans de pratique.

c) Le DRMG donne au médecin concerné un délai d'au plus un (1) mois pour réorganiser sa pratique avant qu'il ne commence ses nouvelles activités.

d) Malgré l'article 5.1 de l'*Entente particulière sur les AMP*, les modalités de base d'application de la réduction pour un médecin dont l'engagement a été modifié en vertu de la présente lettre d'entente s'appliquent dès le premier trimestre complet où il est constaté, par le DRMG, le non-respect du volume d'activités apparaissant à son engagement.

e) Un médecin peut porter à l'attention du comité paritaire toute situation mettant en cause l'application de la présente lettre d'entente.

5. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er mai 2018 et elle prend fin le 30 avril 2019. Elle est renouvelable annuellement, si besoin est. Les parties déterminent soixante (60) jours avant la terminaison de la présente lettre d'entente si celle-ci sera renouvelée ou non et en informent la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21e jour de septembre 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 333

Concernant l'affectation d'une non-atteinte non récurrente, au 31 mars 2017, découlant de la mise en œuvre de l'Amendement no 151

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les parties conviennent d'établir une non-atteinte non récurrente de 7,3 M$, au 31 mars 2017, découlant du financement alloué, en vertu de la Lettre d'entente n° 280, pour assurer les coûts des modifications et bonifications convenues dans le cadre de l'Amendement n° 151.
2.00 Les parties conviennent que le montant identifié à l'article 1.00 ci-dessus, est affecté au financement d'une partie des coûts découlant des augmentations tarifaires prévues dans le cadre de l'Amendement n° 170.
3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur de l'Amendement n° 170 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21e jour de septembre 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 334

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'Amendement No 170.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2017 au 30 juin 2018, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'Amendement nº 170, à l'exception de ceux prévus à l'article 1 B) de cet amendement. La période visée du forfaitaire pour les articles 1 K) a), 1 K) b), 14 A) et 14 N) est du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017.

2.00 Ces montants sont déterminés selon les modalités à convenir entre les parties. Ils sont versés aux dates suivantes :

- Pour la période du 1er avril 2017 au 31 décembre 2017, le ou vers le 1er octobre 2018;
- Pour la période du 1er janvier 2018 au 31 mars 2018, le ou vers le 1er décembre 2018;
- Pour la période du 1er avril 2018 au 30 juin 2018, le ou vers le 15 janvier 2019;

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente générale.
4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé _____,ce ____e jour de_____ 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 335

Concernant la rémunération des médecins formateurs et participants pour la formation se rapportant à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ)

CONSIDÉRANT l'importance de former les médecins au dossier médical électronique afin de favoriser une utilisation efficiente du DMÉ et ainsi optimiser l'environnement professionnel du médecin;

CONSIDÉRANT la nécessité d'établir les modalités de rémunération pour une (1) journée de formation dédiée au dossier médical électronique, et ce, autant pour les médecins participants que pour les médecins formateurs.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

MÉDECIN PARTICIPANT

1. Le médecin participant qui respecte les critères mentionnés à l'article 17.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* peut se prévaloir d'une (1) journée de formation dédiée au dossier médical électronique, tel que prévu à la présente lettre d'entente. Toutefois, aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, la comptabilisation du nombre de patients inscrits au nom d'un médecin prévue à l'alinéa 2 du paragraphe 17.01 de cette entente particulière s'effectue au 1er décembre précédant chaque année d'application.

2. Les formations admissibles à la présente lettre d'entente doivent être préparées et données par un organisme agréé par le Collège des médecins du Québec en développement professionnel continu et apparaissant en Annexe I de l'Annexe XIX de l'Entente. Elles doivent également donner droit à des crédits de catégorie 1 pour les médecins participants.

3. Les dispositions de la présente lettre d'entente s'appliquent sur la base d'une année civile.

AVIS **:** *Pour le médecin à honoraires fixes, cette lettre d'entente s'applique selon l'année bilan de l'annexe VI, soit du 1er mai au 30 avril.*

La journée de formation prévue par la présente lettre d'entente non utilisée au cours de l'année civile pour laquelle elle est attribuée ne peut être utilisée au cours des années subséquentes.

4. La journée de formation visée par les dispositions de la présente lettre d'entente comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation.

AVIS **:** *Pour le forfait de médecin participant, utiliser :*

*- le code de facturation **19991** pour chaque période d'au moins 6 heures;*

*- le code de facturation **19992** pour chaque période d'au moins 3 heures.*

Indiquer :

- les heures de début et de fin de l'activité de formation;

- le lieu de pratique du médecin.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis

AVIS **:** *Les pièces justificatives relatives à la formation doivent être conservées pendant 5 ans. La RAMQ peut les demander pour vérification.*

5. Sous réserve des dispositions de l'article 6 et de l'article 8 des présentes, le médecin qui participe à une activité de formation dans le cadre de la présente lettre d'entente a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 702 $ au 1er janvier 2018 et de 709 $ au 1er octobre 2019 pour chaque journée complète et de 351 $ au 1er janvier 2018 et de 354,50 $ au 1er octobre 2019 pour chaque demi-journée.

6. Le médecin rémunéré à honoraires fixes reçoit son traitement conformément au paragraphe 5.04 de l'annexe VI de l'Entente pour la journée de formation prévue à la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Pour le médecin participant en région non désignée, utiliser le code de congé* ***85****.*

De plus, le nombre de jours de perfectionnement prévu à l'Annexe VI n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

Aux fins de l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de l'Annexe VI, la journée pendant laquelle le médecin rémunéré à honoraires fixes se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente est réputée être une journée de formation au sens du paragraphe 4.11 de l'Annexe VI de l'Entente.

7. Le médecin participant qui réclame le paiement de cette allocation ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de la période d'activité où il participe à une formation et en facture le montant. Il ne peut, de plus, facturer des honoraires ou quel qu'autre montant en vertu des Annexes XII ou XIX, outre les frais de déplacements tel que décrit à l'article 8 a) et b) de la présente lettre d'entente, le cas échéant.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, pour tout autre service facturé le jour de la formation, indiquer les heures de début et de fin sur la facture de services médicaux.*

8. Pour le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues au paragraphe 5.3 a) de la section II de l'annexe XII de l'Entente, l'allocation forfaitaire prévue à l'article 4 de la présente lettre d'entente remplace l'indemnité prévue à l'Annexe XII. Le médecin rémunéré à honoraires fixes reçoit son traitement.

AVIS **:** *Pour le médecin à honoraires fixes participant en région désignée, utiliser le code de congé* ***86****.*

De plus, le nombre de jours de ressourcement ou de perfectionnement prévu à l'Annexe XII n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

Peu importe le mode de rémunération, le médecin bénéficiant des mesures de ressourcement prévues au paragraphe 5.3 a) de la section II de l'Annexe XII a droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3 alinéa b) de la section II de l'Annexe XII de l'Entente;

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) et :*

- remplir la section Déplacement*;*

- inscrire Formation se rapportant à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) – Lettre d'entente nº 335 *dans la section* Renseignements complémentaires.

Joindre les pièces justificatives.

b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3 alinéa c) de la section II de l'Annexe XII de l'Entente.

AVIS **:** *Pour l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour, utiliser le formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) et :*

- remplir la section Ressourcement et perfectionnement*;*

- inscrire Formation se rapportant à l'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) – Lettre d'entente n° 335 à *la section* Renseignements complémentaires.

9. Pour le médecin qui bénéficie du programme de formation continue de l'Annexe XIX de l'Entente, la présente lettre d'entente remplace l'allocation forfaitaire prévue au paragraphe 4.01 de l'Annexe XIX de l'Entente.

De plus, le nombre de jours de formation prévu à l'Annexe XIX de l'Entente n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

10. Aux fins de cette lettre d'entente, la webdiffusion en direct de cette journée de formation est réputée être une journée de formation tenue au Québec lorsque la plateforme de webdiffusion est en mesure de confirmer et d'émettre une preuve de la présence en ligne du médecin et de sa durée pendant la période de formation.

11. En faisant les adaptations nécessaires à sa situation pour bénéficier des dispositions de rémunération de la présente lettre d'entente, le médecin participant doit les réclamer à la Régie dans les quatre-vingt-dix jours (90) de la date de la formation suivie. À cette fin, il doit transmettre à la Régie le formulaire prescrit à cette fin. Le médecin doit conserver les pièces justificatives requises durant une période de cinq (5) ans à compter de la date du paiement.

AVIS **:** *Aucun formulaire n'est requis.*

MÉDECIN FORMATEUR

12. Le médecin formateur qui dispense une formation dans le cadre de la présente lettre d'entente a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 886,50 $ au 1er janvier 2018 et de 895,50 $ au 1er octobre 2019 pour chaque période d'au moins six (6) heures. Toute période de formation moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes effectuées par rapport au minimum de six (6) heures.

AVIS **:** *Pour le forfait de médecin formateur, utiliser le code de facturation* ***19993*** *et indiquer les heures de début et de fin de l'activité.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Pour la même période, le médecin formateur rémunéré à honoraires fixes doit inscrire le code de congé sans rémunération* ***87*** *sur la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

13. Le médecin formateur qui réclame le paiement de cette allocation ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de la période d'activité où il dispense une formation et en facture le montant. Il ne peut, de plus, facturer des honoraires ou quel qu'autre montant en vertu des Annexes XII ou XIX.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode mixte, pour tout autre service facturé le jour de la formation, indiquer les heures de début et de fin sur la facture de services médicaux.*

14. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 12 ci-dessus, le médecin formateur doit avoir été reconnu comme tel par l'un des organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation médicale et énumérés à l'Annexe I de l'Annexe XIX. Le Comité paritaire informe la Régie des médecins reconnus formateurs.

DISPOSITIONS DIVERSES

15. Aucune majoration prévue à l'Entente générale ne s'applique à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente.

16. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2018.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce ____e jour de _____2018.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 336

Concernant des modalités particulières applicables pour la prestation continue de services médicaux dans le cadre des soins intensifs à domicile (SIAD) en CLSC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet la mise en place de modalités particulières visant à favoriser une prise en charge globale et une continuité de services médicaux par une équipe médicale auprès de patients pris en charge par l'équipe SIAD en CLSC. Cette prise en charge est effective jusqu'à stabilisation de l'état de santé ou jusqu'à la fin de vie pour les usagers qui présentent des signes de déclin ou de décompensation rapprochés, incluant les usagers en soins palliatifs..

1.02 Aux fins de la présente lettre d'entente, les activités professionnelles du médecin dans le cadre du SIAD s'adressent exclusivement à des patients qui sont incapables de quitter leur domicile pour accéder aux soins médicaux requis par leur état et qui sont dans l'une des deux situations suivantes :

- instabilité de leur état de santé et un requis aigus de soins;
- détérioration soudaine qui requiert une évaluation médicale rapide et une intensification du suivi et de la surveillance clinique.

1.03 L'Annexe I fait état des équipes médicales désignées par le comité paritaire aux fins de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Voir la liste des CLSC désignés à l'annexe I de la Lettre d'entente nº 336.*

1.04 L'Annexe III fait état de la banque maximale de forfaits alloués par jour à chaque CISSS ou CIUSSS pour les activités professionnelles du médecin reliées à la prestation de services continue visée par la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Voir la banque maximale de forfaits alloués par jour à chacun des établissements à l'annexe III de la* Lettre d'entente nº 336.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 CONDITIONS D'APPLICATION

3.01 Les modalités de rémunération prévues à l'article 4.00 des présentes s'appliquent lorsque l'ensemble des conditions suivantes sont respectées :

a) L'équipe médicale SIAD doit assurer la prestation continue de services médicaux aux personnes prises en charge par l'équipe SIAD d'un CLSC. Elle doit assurer cette prestation pour le compte d'un CLSC ou d'un regroupement de CLSC.

b) La prestation continue implique que le groupe de médecins avec qui le médecin assure la prestation continue de services médicaux pour la clientèle visée par la présente lettre d'entente assume la garde médicale de deuxième ligne, et ce, 24/7 tous les jours de l'année.

c) La prestation continue de service implique également que le médecin membre de l'équipe médicale SIAD s'engage à se rendre au domicile d'un patient lorsque la condition clinique de celui-ci le requiert.

Aussi, cette prestation implique que l'équipe médicale SIAD collabore et assure le soutien aux autres professionnels du soutien à domicile au sein du CLSC ou du regroupement de CLSC pour la clientèle prise en charge par l'équipe SIAD.

d) La prestation implique également que l'équipe médicale SIAD participe à l'évaluation des services SIAD dans son établissement incluant les différents indicateurs qui seront mis en place par les instances du CISSS ou du CIUSSS.

e) Le médecin doit être reconnu par le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes, à titre de membre de l'équipe médicale SIAD qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux pour la clientèle prise en charge par l'équipe SIAD faisant partie d'un CLSC ou d'un regroupement de CLSC, et ce, pour toute la durée de la période d'adhésion de l'équipe médicale SIAD.

f) Le médecin doit, en tout temps pertinent aux présentes, être rémunéré selon le mode de rémunération mixte instauré dans le cadre du programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs instauré dans le CLSC visé ou au mode de rémunération à l'acte et détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement pour exercer au sein de l'équipe médicale SIAD du soutien à domicile.

Toutefois, le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes pour ses activités au programme de soutien à domicile au sein de la même installation de CLSC et qui, de façon complémentaire, participe à l'équipe SIAD est dispensé de cette exigence pour le temps qu'il détient une telle nomination.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes.*
Utiliser le code d'activité ***002390****.*
*Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'*annexe XX*.*

g) Chaque médecin membre de l'équipe médicale SIAD doit souscrire un engagement au moyen d'un formulaire prescrit par les parties lequel est reproduit en Annexe II de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Engagement – Lettre d'entente n° 336 *(4428).*
Un seul formulaire par équipe médicale SIAD est nécessaire.

h) L'engagement de service de l'ensemble des médecins de l'équipe médicale SIAD doit permettre d'assurer la prestation continue de services médicaux pour la période prévue à l'alinéa e) ci-dessus.

i) Advenant qu'un médecin ne peut assurer la prestation de services médicaux au cours d'une journée ou d'une période plus longue, il doit effectuer les démarches nécessaires conjointement avec le médecin responsable de l'équipe médicale SIAD et les autres médecins membres de l'équipe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation de services médicaux au cours de son absence.

AVIS **:** *Si le médecin remplaçant ne fait pas partie de l'équipe médicale SIAD, le médecin responsable doit remplir les sections 1, 4 et 5 du formulaire* Modification d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) existante *(4445) et le transmettre à la RAMQ par courriel à l'adresse mentionnée au bas du formulaire.*

Dans un tel cas, le médecin remplaçant identifié afin d'assurer la prestation des services médicaux peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.01 en lieu et place du médecin qu'il remplace.

j) Le médecin peut, durant la période d'engagement de l'équipe médicale SIAD, joindre l'équipe pour assurer par le biais de celle-ci, la prestation continue de services médicaux aux personnes prises en charge par l'équipe SIAD au sein de l'installation visée par l'adhésion. Pour ce faire, le médecin doit respecter les conditions énoncées à l'article 3.00 de la présente. Dans un tel cas, le médecin peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 4.00 et à l'article 5.00, le cas échéant.

De même, un médecin peut, pendant la durée de l'adhésion, se retirer de l'équipe médicale SIAD. Dans un tel cas, les dispositions de l'alinéa i) ci-dessus s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires.

AVIS **:** *Pour ajouter un médecin à l'équipe médicale SIAD ou en retirer un, le médecin responsable doit remplir les sections 1, 2 et 5 du formulaire* Modification d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) existante *(4445) et le transmettre à la RAMQ par courriel à l'adresse mentionnée au bas du formulaire*.

k) Parmi les médecins de l'équipe médicale SIAD, un médecin responsable est désigné afin d'assurer au sein du CLSC ou du regroupement de CLSC l'application des modalités des présentes. Les activités administratives du médecin responsable de l'équipe médicale SIAD sont rémunérées de la façon prévue à l'article 5.00 des présentes.

4.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI ASSURE LA PRESTATION DE SERVICE

4.01 Le médecin qui assure la prestation de services continus telle que définie dans la présente lettre d'entente, incluant le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes, peut réclamer le paiement d'un ou plusieurs forfaits, sur une base trimestrielle.

Ces forfaits couvrent les activités professionnelles du médecin reliées à la prestation continue de service au sens de la présente lettre d'entente. Ils couvrent celles qui sont reliées au temps que le médecin consacre aux échanges avec le patient sur sa condition, pour le temps qu'il consacre pour les communications pour les soins du patient avec le médecin traitant, avec un médecin spécialiste ou avec d'autres professionnels de la santé ainsi que pour sa garde médicale de deuxième ligne. De plus, ces forfaits rémunèrent le temps consacré par le médecin pour le complètement de formulaires requis pour la prescription d'aides techniques et plan d'intervention liés à cette pratique auprès de la clientèle SIAD.

Les modalités suivantes s'appliquent :

a) Le montant du forfait est de 41,00 $ au 1er septembre 2018 et de 41.40 $ à compter du 1er octobre 2019.

Avis : *Utiliser le code de facturation* ***42148*** *et indiquer le nombre de forfaits***.**

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les forfaits trimestriels peuvent être facturés à tout moment dans un trimestre donné en respectant le délai de 90 jours suivant la date du service figurant sur la facture.

Pour les services rendus à un patient pris en charge par une équipe SIAD, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé dans le cadre des soins intensifs à domicile en CLSC (LE 336)**.

Pour le médecin rémunéré selon le ***mode mixte****, ajouter :*

- l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de soutien à domicile en CLSC incluant les soins palliatifs** *pour préciser le secteur de pratique;*

- l'heure de début.

b) Une banque maximale de forfaits par jour est allouée à chaque CISSS ou CIUSSS tel que prévu par l'Annexe III. Le comité paritaire approuve la répartition proposée par le CISSS ou le CIUSSS des équipes médicales projetées pour son territoire. Un maximum de six (6) forfaits par jour peut être alloué à une équipe médicale SIAD.

c) Le médecin responsable de l'équipe médicale SIAD répartit, en respect de la banque allouée pour son équipe et de la prestation effective du ou des médecins au cours d'une journée donnée, les forfaits entre les médecins qui assurent la prestation continue en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux activités professionnelles ci-haut énumérées et en tenant compte du nombre de patients SIAD pris en charge par chacun des médecins de l'équipe.

4.02 Un supplément est accordé lorsque le médecin doit se déplacer au domicile d'un patient pris en charge par l'équipe SIAD pour effectuer la prise en charge d'un patient ou une évaluation équivalente. Ce supplément peut être réclamé lors de la facturation de certains actes, en fonction du mode de rémunération du médecin pour ses activités au sein du SIAD.

Le médecin rémunéré au mode de rémunération mixte réclame le supplément lors de la facturation de l'acte d'évaluation globale d'un patient complexe (code **15904**).
Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte réclame le supplément lors de la facturation de la visite à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie à l'occasion de la prise en charge du patient ou lorsque des changements importants de la situation du patient exigent une évaluation comparable.
Le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes réclame le supplément lors de la visite à domicile auprès d'un patient à l'occasion de laquelle il en effectue la prise en charge du patient ou lorsque des changements importants de la situation du patient exigent une évaluation comparable.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré :*

*- selon le mode mixte, utiliser le code de facturation **42149**;*

*- à l'acte, à tarif horaire ou à honoraires fixes, utiliser le code de facturation **42150**;*

Le montant du supplément est de 128,90 $ au 1er septembre 2018 et de 130,20 $ au 1er octobre 2019.
Le médecin qui se prévaut du présent supplément ne peut réclamer les suppléments des paragraphes 4.12 A), B) ou C) ou 13.01 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.
4.03 Chaque patient en perte sévère d'autonomie attribué à un médecin équivaut à douze (12) patients inscrits et ceux-ci sont comptabilisés aux fins de l'accès à la tarification bonifiée de la nomenclature à l'acte applicable en cabinet, à domicile, en CLSC, en GMF ou en GMF-U.
4.04 La garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

AVIS **:** *Pour tout nouveau médecin participant à la garde en disponibilité, l'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne:

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité*;*

- puis sélectionner Annexe I (CISSS, CHSLD, CR) *dans* Informations additionnelles.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.05 La rémunération prévue aux paragraphes 4.01 et 4.02 est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN RESPONSABLE DE L'ÉQUIPE MÉDICALE SIAD

5.01 Les activités professionnelles du médecin responsable de l'équipe médicale SIAD incluent notamment le recrutement des médecins qui formeront l'équipe médicale SIAD, et le suivi des signatures des engagements des médecins membres de l'équipe. Le médecin responsable de l'équipe médicale SIAD répartit les forfaits entre les médecins conformément à l'alinéa c) du paragraphe 4.01 des présentes. Il prépare les horaires des médecins membres de l'équipe médicale SIAD et découlant de la prestation continue des services médicaux auprès des patients SIAD (incluant la garde en disponibilité) et voit à sa transmission aux instances de l'établissement.
En outre, le médecin responsable doit aviser la Régie de toute modification à la liste des médecins faisant partie de l'équipe médicale SIAD et plus spécifiquement de toute arrivée et départ de médecin au moyen du formulaire prescrit par les parties.

AVIS **:** *Pour toute modification à la liste des médecins faisant partie de l'équipe médicale SIAD, le médecin responsable doit remplir le formulaire* Modification d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) existante *(4445) et le transmettre à la RAMQ par courriel à l'adresse mentionnée à la section correspondante du formulaire.*

5.02 Les activités professionnelles du médecin responsable de l'équipe médicale SIAD décrites au paragraphe 5.01 ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de forfaits, sur une base trimestrielle, et ce, en fonction du nombre de forfaits quotidiens alloués à l'équipe médicale SIAD :

- Un (1) à trois (3) forfaits quotidiens : Cinq (5) forfaits;
- Quatre (4) à six (6) forfaits quotidiens : Dix (10) forfaits.

5.03 Le montant du forfait est de 70,05 $ au 1er septembre 2018 et de 70,75 $ au 1er octobre 2019.

Avis : *Utiliser le code de facturation **42151** et indiquer le nombre de forfaits par trimestre.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Les forfaits trimestriels peuvent être facturés à tout moment dans un trimestre donné en respectant le délai de facturation de 90 jours depuis la date de service figurant sur la facture.

5.04 La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

6.00 AUTRE DISPOSITION

6.01 Malgré les dispositions du paragraphe 2.06 de l'Annexe XXIII de l'Entente, la rémunération versée en vertu des paragraphes 4.01, 4.02 et 5.03 est payable à 100 % de son tarif de base.

7.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

7.01 Une demande d'adhésion est formulée au comité paritaire par le représentant dûment désigné de l'établissement avec l'accord des médecins membres de l'équipe médicale SIAD qui va assurer la prestation continue des services médicaux incluant la garde en disponibilité. La demande d'adhésion, une fois qu'elle est complète, est transmise au moyen d'un formulaire unique prescrit à cette fin, au comité paritaire.

7.02 La demande d'adhésion est accompagnée des renseignements et documents suivants :

- copie des formulaires d'engagements dûment complété par chacun des médecins qui font partie de l'équipe médicale SIAD visé aux présentes;
- date du début de la prise en charge par l'équipe médicale SIAD;
- nombre de patients annuels pris en charge par l'équipe médicale SIAD dans chacun des CLSC;
- nom du médecin désigné comme médecin responsable de l'équipe médicale SIAD.

7.03 La demande de retrait est formulée au comité paritaire par le médecin responsable. Cette demande doit préciser la date de fin de l'adhésion de l'équipe médicale SIAD à la présente lettre d'entente. Le comité paritaire en informe immédiatement la Régie.

7.04 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il reçoit et approuve le plan projetant la répartition des forfaits sur chaque territoire de CISSS ou de CIUSSS;

b) Il autorise les équipes proposées;

c) Lors de l'adhésion de l'équipe médicale SIAD, il transmet à la Régie et à l'établissement, le nom de l'établissement visé, le nom des médecins faisant partie de l'équipe médicale SIAD, la date de début de l'adhésion, le nom du médecin responsable et le nombre de forfaits qui lui est alloué et le nombre de forfaits alloués à l'équipe médicale;

d) Il fait le suivi de la présente lettre d'entente et il fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

7.05 Le président directeur général ou celui qu'il désigne comme représentant ou le directeur des services professionnel de l'établissement informe le comité paritaire du non-respect de l'engagement des médecins membres de l'équipe médicale SIAD pour un trimestre donné.

8.00 NON-RESPECT DE L'ENGAGEMENT

8.01 Le fait pour l'équipe médicale SIAD de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf les cas agréés par le comité paritaire, l'obligation pour chacun des médecins de rembourser à la Régie la totalité des forfaits pour le trimestre donné qui lui ont été payés conformément aux modalités prévues par le paragraphe 4.01 a) de la présente lettre d'entente.

9.00 AUTRE DISPOSITION

9.01 Malgré les dispositions de l'alinéa e) du paragraphe 3.01 relatives à la formation d'une équipe médicale SIAD, un médecin peut s'engager à assurer la prestation continue des services médicaux auprès de l'ensemble des personnes prises en charge par l'équipe SIAD au sein de l'installation visée par la présente lettre d'entente. Pour ce faire, le médecin doit respecter l'ensemble des conditions prévues au paragraphe 3.01 sous réserve de ce qui suit.

En ce qui a trait à la condition relative à la prestation continue des services médicaux 24/7 tous les jours de l'année, le médecin doit s'assurer, qu'en tout temps pertinent durant une période où il s'absente, de pouvoir recourir à un ou des médecins qui s'engage (nt), à leur tour, à assurer, à sa place, la prestation continue de services auprès de la clientèle, et ce, conformément aux dispositions de la présente lettre d'entente.

Le médecin visé par la présente disposition peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente, à l'exception de celle prévue à l'article 5.00. Il est également soumis aux dispositions de l'article 8.00 en cas de non- respect de l'engagement par lui-même ou par un médecin appelé à le remplacer durant la période où il s'absente.

10.00 DISPOSITION TRANSITOIRE

10.01 Une équipe médicale SIAD qui a adhéré à la présente lettre d'entente entre le 1er septembre 2018 et le 31 août 2019 est assujettie à l'ensemble des dispositions de la présente lettre d'entente à partir du 1er septembre 2019.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2018 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce e jour de 2019.

DANIELLE McCANN
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Annexe III

Banque de forfaits par jour allouée à chaque CISSS ou CIUSSS

CISSS et CIUSSS	Nombre de forfaits
CISSS du Bas-Saint-Laurent	16
CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	12
CIUSSS de la Capitale-Nationale	22
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	18
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	18
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	12
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	12
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	12
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	12
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	12
CISSS de l'Outaouais	12
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	8
CISSS de la Côte-Nord	8
CRSSS de la Baie-James	0
CISSS de la Gaspésie	8
CISSS des Îles	0
CISSS de Chaudière-Appalaches	14
CISSS de Laval	12
CISSS de Lanaudière	12
CISSS des Laurentides	18
CISSS de la Montérégie-Centre	10
CISSS de la Montérégie-Est	10
CISSS de la Montérégie-Ouest	10
Ensemble du Québec	**268**

LETTRE D'ENTENTE No 337

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DÉCOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE No 336

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

FINANCEMENT

1.00 Un montant récurrent de 5 M$ provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 pour assurer le financement des mesures prévues à la Lettre d'entente nº 336. Ce montant sert à financer les soixante-huit (68) équipes médicales SIAD, telles que définies à la Lettre d'entente nº 336, que le Ministère de la Santé et des Services sociaux entend déployer au cours des prochaines années.

2.00 Pour la période du 1er septembre 2018 au 31 mars 2019, les coûts récurrents des trente (30) premières équipes médicales SIAD implantées sont estimés à 1,65 M$ et, à compter du 1er avril 2019, les coûts récurrents annuels sont estimés à 3,30 M$. Dans l'éventualité où le montant de 1,65 M$ est insuffisant pour financer les trente (30) premières équipes médicales SIAD pour la période du 1er septembre 2018 au 31 mars 2019, sous réserve du paragraphe 6.00 des présentes, le coût excédentaire sera financé à même le montant identifié à l'article 1.00, sans dépasser 3,30 M$.

3.00 La somme résiduelle de 1,50 M$ sert à financer, au fur et à mesure de leur implantation, chacune des trente-huit (38) autres équipes médicales qui seront déployées dans le réseau et ayant adhérées à la Lettre d'entente nº 336.

SUIVI

4.00 Les parties conviennent d'assurer un suivi régulier des coûts découlant de la Lettre d'entente nº 336 pour ce qui est du montant alloué à l'article 1.00 de la présente lettre d'entente.

5.00 S'il s'avère que les parties constatent au 31 mars 2020 que la somme de financement allouée à cette mesure prévue à l'article 1.00 ci-dessus n'a pas été entièrement versée, le résiduel de cette somme doit être affecté aux fins qu'elles détermineront pour la valorisation des soins à domicile et à assurer leur accessibilité, selon des modalités à convenir entre les parties.

6.00 Advenant que pour une année d'application, les parties constatent un dépassement du montant alloué à l'article 1.00 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent de revoir les modalités d'applications prévues pour cette mesure et/ou revoir la tarification des mesures.

MISE EN VIGUEUR

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21e jour de septembre 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 338

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DÉCOULANT D'UNE NOMENCLATURE D'ACTES EN CABINET ET EN CLSC ASSOCIÉE À UN PROBLÈME COMPLEXE MUSCULO-SQUELETTIQUE ET INTRODUITE DANS LE CADRE DE L'AMENDEMENT No 174

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu dans le cadre de l'Amendement n° 174 d'une nomenclature des actes spécifiques applicable en cabinet et en CLSC pour les visites associées à un problème complexe musculo-squelettique;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts récurrents découlant de la mise en œuvre de cette nomenclature des actes;

CONSIDÉRANT que les parties désirent effectuer un suivi de l'évolution des coûts de cette lettre d'entente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

FINANCEMENT

1. À compter du 1er octobre 2018, un montant de 2,9 M $ récurrent provenant des sommes allouées dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts annuels liés aux articles 1 A) a), 1 A) b) et 1 B) de l'Amendement n° 174.

SUIVI

2. Les parties conviennent d'assurer le respect des coûts récurrents des mesures financées par la présente lettre d'entente de façon régulière.

3. Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées. Le remboursement d'un dépassement constaté au cours d'une année est assuré à même les montants accordés dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023. Ce remboursement doit être effectué dans l'année suivante à celle où l'on a observé le dépassement. Advenant que les parties constatent une non-atteinte, celle-ci sera versée selon les modalités identifiées par la Fédération, lesquelles seront entérinées par les parties.

MISE EN VIGUEUR

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce _____e jour de _____2018.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 339

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES DANS LE CADRE D'UNE CLINIQUE D'HIVER

CONSIDÉRANT que durant la période hivernale, il y a un accroissement important des besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT qu'une clinique d'hiver a pour mission d'offrir des services médicaux supplémentaires à l'ensemble de la population, qu'elle soit inscrite ou non à un médecin de famille, en particulier aux patients référés par le service d'urgence d'un établissement;

CONSIDÉRANT qu'une clinique d'hiver pour être désignée doit répondre aux exigences d'admissibilité attendues par le MSSS en termes d'offre de services;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui vont exercer dans les cliniques d'hiver;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 La rémunération prévue à l'article 1.2 et à l'article 1.3 c) de la présente lettre d'entente s'applique exclusivement pour les services dispensés durant les plages horaires dédiées pour les activités de la clinique d'hiver et selon l'horaire convenu avec l'établissement. En dehors des plages horaires dédiées pour les activités de la clinique d'hiver, les services dispensés par un médecin sont rémunérés selon l'Entente générale.

1.2 À compter de la date de mise en opération d'une clinique d'hiver dans un territoire, le médecin affecté aux activités de cette clinique est rémunéré selon les modalités suivantes:

a) les services dispensés dans un cabinet privé désigné comme une clinique d'hiver sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicable en cabinet;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé dans une clinique d'hiver**.

ii) ou pour le forfait horaire au montant de 184,30 $ auquel s'ajoute, si le médecin assume des frais de cabinet, une compensation horaire au montant de 62,15 $.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **42048** pour le forfait horaire;*

*- le code de facturation **42049** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*

- la durée de l'activité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) les services dispensés dans une clinique d'hiver dans un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé dans une clinique d'hiver**.

ii) ou pour le forfait horaire au montant de 184,30 $;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***42048*** *et indiquer la durée de l'activité.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

c) Le médecin qui détient une nomination de l'établissement désignée clinique d'hiver et qui exerce, selon le mode de rémunération mixte, le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut conserver ce mode pour ses activités à la clinique d'hiver.

AVIS **:** ***Rémunération mixte***
Pour les services rendus durant les plages horaires d'une clinique d'hiver, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé dans une clinique d'hiver**.

AVIS **:** *Lorsque le médecin choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :*
- utiliser la nature de service habituelle avec le code d'activité ***XXX298*** *Service cliniques d'hiver;*
- inscrire le numéro d'établissement correspondant à la normination.

d) Lorsque le médecin est rémunéré selon le forfait horaire, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, il doit utiliser le registre électronique de consultations de la Régie pour y inscrire les visites des patients. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

1.3 Autres dispositions

a) Les services dispensés dans une clinique d'hiver sont sujets à l'application des majorations déjà prévues à l'article 4.00 de l'Annexe XX de l'Entente générale.

AVIS **:** *Les heures donnant droit à une majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.*
Facturer le forfait horaire sur 2 lignes distinctes.

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une clinique d'hiver, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la Section I de l'Annexe XII.

AVIS **:** *Le médecin qui exerce dans une clinique d'hiver désignée en cabinet ou en CLSC et qui ne répond pas déjà à l'une des conditions du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII doit informer la RAMQ de sa situation par lettre :*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

c) Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin pour les services dispensés dans une clinique d'hiver du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 154,80 $. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **42050**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Si le site de la clinique d'hiver est déjà reconnu comme un GMF-R, la présente disposition remplace l'article 4.00 de *l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau.*

AVIS **:** *Facturer le forfait codifié **42050** pour cette période.*
*Durant la période où le GMF-R est désigné comme clinique d'hiver, les forfaits codifiés **19893** (de 18 h à 22 h du lundi au vendredi) et **19894** (de 8 h à 22 h les samedi, dimanche et jour férié) prévus à l'EP 54 – GMF-R en horaires défavorables ne doivent pas être facturés.*

d) Les services dispensés dans une clinique d'hiver sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période en cause.

e) Le comité paritaire informe la RAMQ de :

i) la liste des cliniques d'hiver, par région;

AVIS **:** *Voir la liste des cliniques d'hiver.*

ii) de la date de début et de fin du fonctionnement de chaque clinique d'hiver.

La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées en tant que GMF, GMF-R ou cabinet en pratique de groupe.

La clinique d'hiver en établissement est réputée, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS.

f) La visite d'un patient effectuée dans le cadre d'une clinique d'hiver n'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité tel que défini au paragraphe 15.06 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

g) Le médecin ayant participé à une clinique d'hiver et dont le taux d'assiduité aurait été affecté peut saisir le comité paritaire selon les modalités prévues au paragraphe 15.04 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Le comité paritaire doit s'assurer que le médecin n'a subi aucun préjudice de par sa participation à une telle clinique.

2. Évaluation et suivi

2.1 Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente lettre d'entente, le comité paritaire en effectue le suivi. Il est notamment responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente eu égard à ses objectifs. Plus spécifiquement, il évalue si la présente lettre d'entente a contribué de façon efficiente aux besoins de soins de première ligne de la population visée. À cette fin, le comité paritaire procède à cette évaluation à l'aide de données pertinentes, telles que notamment, les données de facturation et celles colligées dans le registre électronique de consultation prévu à l'article 1.2 d) de la présente lettre d'entente.

Le comité fait rapport aux parties négociantes du résultat de son évaluation de la situation et il peut recommander, s'il y a lieu, des correctifs à apporter à la présente lettre d'entente.

Pour la première année d'application de la présente lettre d'entente, les travaux du comité paritaire débutent le 3 juin 2019. Aux termes des travaux effectués, le comité présentera aux parties négociantes ses constats et les recommandations qu'il propose, et ce, au plus tard le 15 septembre 2019.

3. Financement

3.1 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.2 a) et de l'article 1.2 b) sont financés à même l'enveloppe globale. Ce coût sera fixé, à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts estimés.

3.2 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.3 c) sont financés à même l'enveloppe globale. Ce coût sera fixé, à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts réels observés.

4. Mise en vigueur et durée de la lettre d'entente

4.1 La présente lettre d'entente prend effet le 14 janvier 2019 et se termine le 1er mai 2019.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 340

Ayant pour objet des modalités particulières de rémunération pour les activités de gériatrie ambulatoire réalisées en CHSGS, en CHSLD ou en CLSC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

1.01 Sous réserve des conditions prévues par la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes désigné par un comité paritaire constitué à cette fin et qui détient un avis de nomination dans le secteur d'activité de gériatrie ambulatoire ou de psychogériatrie ambulatoire de deuxième ligne (incluant un hôpital de jour) dans un CHSGS, dans un CHSLD ou dans un CLSC par ce même comité paritaire, se prévaut des modalités de rémunération spécifique prévues par la présente lettre d'entente.

Ne sont pas visés par les présentes des cliniques externes ambulatoires tertiaires de gériatrie pouvant être situés dans un milieu désigné.

1.02 Les modalités de rémunération accordées en vertu de la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus exclusivement pour ses activités dans le secteur visé, et ce, de façon distincte de son choix de mode de rémunération pour d'autres activités dans la même installation.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 340.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** ***Pour la rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire****, utiliser les codes d'activité suivants.*

En CHSGS ou en CHSLD
*- **285015** Examens relatifs à l'hépatite C*
*- **285030** Services cliniques*
*- **285032** Rencontres multidisciplinaires*
*- **285043** Tâches médico-administratives et hospitalières*
*- **285055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
*- **285063** Garde sur place*
*- **285070** Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis*
*- **285071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires*

Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
*- **285080** Participation du médecin de famille (TH seulement)*
*- **285097** Plan d'intervention pour le patient*
*- **285098** Services de santé durant le délai de carence*
*- **285132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

En CLSC
*- **286015** Examens relatifs à l'hépatite C*
*- **286030** Services cliniques*
*- **286031** Étude de dossiers*
*- **286032** Rencontres multidisciplinaires*
*- **286037** Planification – Programmation – Évaluation*
*- **286043** Tâches médico-administratives et hospitalières*
*- **286055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
*- **286063** Garde sur place*
*- **286071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires*

Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
*- **286079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
*- **286098** Services de santé durant le délai de carence*
*- **286132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

1.03 Le médecin visé par la présente utilise le registre électronique des consultations de la Régie pour y inscrire les visites de patients visés. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

2.00 MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.01 Le médecin visé reçoit un montant de 23,95 $ au 1er juin 2019 et de 24,20 $ au 1er octobre 2019 qui s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturés pour les services visés aux présentes. Ce montant s'additionne aux modalités décrites aux paragraphes 3.02 a) et 4.01 a) de l'Annexe XXII de l'Entente, les activités étant réputées admissibles à ces modalités selon la nature du milieu au sein duquel les activités sont exercées. Ce montant est versé au médecin trimestriellement, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

Le médecin adhérent au Régime B des honoraires fixes ne peut bénéficier de ce montant.

3.00 AUTRES DISPOSITIONS

3.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables ne s'appliquent pas aux modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente.

3.02 Les majorations applicables en vertu des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services.

3.03 Les dispositions de la présente lettre d'entente ne s'appliquent pas aux médecins rémunérés en vertu de *l'Entente particulière relative au Grand-Nord*, de *l'Entente particulière relative aux régions 17 et 18* ainsi qu'au *Centre de santé de la Basse-Côte-Nord,* de *l'Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau,* ainsi que *l'Entente particulière relative au Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles*.

3.04 Les montants prévus aux présentes sont sujet à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

3.05 Malgré les paragraphes 1.03 et 3.01 de l'Annexe XXII de l'Entente générale, le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le Régime B dans un secteur visé peut, dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de la présente, modifier son adhésion à ce régime, sans égard à la date de renouvellement de sa nomination.

Il en va de même pour le médecin rémunéré selon le mode de l'acte pour d'autres secteurs de gériatrie ou de soins courants dans un milieu désigné.

4.00 FINANCEMENT

4.01 Le financement des coûts découlant des mesures prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

5.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

5.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23e jour de mai 2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministre Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 341

Ayant pour objet un montant forfaitaire à verser découlant de la nouvelle modalité de rémunération pour des activités réalisées dans le secteur de la gériatrie ambulatoire au sein d'un CHSGS, d'un CHSLD et d'un CLSC, introduite dans le cadre de l'Amendement no 181

ATTENDU la nouvelle modalité de rémunération dans le secteur de la gériatrie ambulatoire au sein d'un CHSGS, d'un CHSLD et d'un CLSC et de sa mise en vigueur le 1er juin 2019 ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période du 1er avril 2014 au 31 mai 2019 en fonction de certaines conditions énoncées à la présente lettre d'entente.

2.00 Le montant forfaitaire s'ajoute à la rémunération de l'ensemble des heures d'activités professionnelles facturées selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les services professionnels réalisés, par un médecin désigné, dans le secteur d'activités de gériatrie ou de psychogériatrie ambulatoire de deuxième ligne ou d'hôpital de jour au sein d'un CHSGS, d'un CHSLD et d'un CLSC désigné dans le cadre de la Lettre d'entente n° 340 durant la période visée par les présentes.

Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de gardes sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité, les activités de formation continue et les heures de fonctionnement en GMF, le cas échéant. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie, de même que les heures effectuées lorsque le médecin était adhérent au Régime B des honoraires fixes ou adhérent à l'un des modes de rémunération mixte de l'Annexe XXIII de l'Entente.

3.00 Le montant forfaitaire est de 23,15 $ par heure sur 95 % des heures retenue selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2017 et de 23,95 $ par heure sur 95 % des heures retenues entre le 1er avril 2017 et le 31 mai 2019.

Les heures retenues sont établies sur la base d'une déclaration solennelle à la Régie du médecin désigné effectuée suite à la transmission par la Régie au médecin d'un relevé de sa facturation admissible durant chacune des années civiles en cause dans chaque milieu désigné, en séparant la facturation de l'année civile 2017 en fonction des deux périodes distinctes visées par des montants forfaitaires distincts.

Le médecin doit transmettre sa déclaration à la Régie dans les 90 jours qui suivent la mise à la poste par la Régie du relevé de la facturation admissible du médecin

4.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

5.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er décembre 2019.

6.00 Les coûts découlant des modalités prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23e jour de mai 2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 342

Ayant pour objet un montant forfaitaire à verser découlant de la nouvelle modalité de rémunération dans une clinique de réfugiés désignée au sein d'un CLSC, introduite dans le cadre de l'Amendement n° 181

ATTENDU la nouvelle modalité de rémunération dans une clinique de réfugiés désignée au sein d'un CLSC et de sa mise en vigueur le 1er juin 2019 ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période du 1er avril 2014 au 31 mai 2019 en fonction de certaines conditions énoncées à la présente lettre d'entente.

2.00 Le montant forfaitaire s'ajoute à la rémunération de l'ensemble des heures d'activités professionnelles facturées selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les services professionnels réalisés, par un médecin désigné, dans une clinique de réfugiés d'un CLSC désigné au sein d'un CLSC durant la période visée par les présentes.

Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de gardes sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité, les activités de formation continue et les heures de fonctionnement en GMF, le cas échéant. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie ou adhérent à l'un des modes de rémunération mixte de l'Annexe XXIII de l'Entente.

3.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure sur 95 % des heures retenue selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2017 et de 20,70 $ par heure sur 95 % des heures retenues entre le 1er avril 2017 et le 31 mai 2019.

Les heures retenues sont établies sur la base d'une déclaration solennelle à la Régie du médecin désigné effectuée suite à la transmission par la Régie au médecin d'un relevé de sa facturation admissible durant chacune des années civiles en cause dans chaque milieu désigné, en séparant la facturation de l'année civile 2017 en fonction des deux périodes distinctes visées par des montants forfaitaires distincts.

Le médecin doit transmettre sa déclaration à la Régie dans les 90 jours qui suivent la mise à la poste par la Régie du relevé de la facturation admissible du médecin.

4.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

5.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er décembre 2019.

6.00 Les coûts découlant des modalités prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23e jour de mai 2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 343

Concernant le financement des coûts découlant de la nouvelle modalité de rémunération dans une clinique de réfugiés au sein d'un CLSC introduite dans le cadre de l'Amendement no 181

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 FINANCEMENT

1.01 Le financement des coûts découlant des mesures prévues à la nouvelle modalité de rémunération introduite à l'article 2 A) de l'Amendement n° 181 sont assurés à même les sommes prévues dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

2.00 MISE EN VIGUEUR

2.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23e jour de mai 2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 344

Concernant le versement de montants forfaitaires découlant de l'Accord-cadre 2015-2023 pour l'année budgétaire 2014-2015 pour les médecins ayant adhéré au mode de rémunération mixte ou son équivalent

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent est versé aux médecins en pratique ou retraités pour les services dispensés au cours de l'année budgétaire 2014-2015 à l'exception de ceux dispensés hors Québec, de ceux dispensés dans le cadre de l'expertise CSST ainsi que de la rémunération versée aux médecins décédés.

2. De façon plus spécifique, le montant est versé pour les heures travaillées durant la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015 par les médecins ayant adhéré au mode de rémunération mixte ou son équivalent et visés aux montants forfaitaires prévus aux Lettres d'entente nos 311, 312, 313, 314, 315, 322 et 331.

3. Les coûts découlant des modalités prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même le montant provenant du résiduel de la somme de 60 M $ prévue au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

4. Ces montants forfaitaires sont versés le ou vers le 15 décembre 2019.

5. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2019 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 345

Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de montants supplémentaires de l'article 4.15 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et du suivi de la clientèle introduits dans le cadre de l'Amendement no 183

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu dans le cadre de l'Amendement n° 183 d'une mesure visant à accorder des montants supplémentaires à l'inscription générale prévus à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts récurrents découlant de la mise en oeuvre de cette mesure;

CONSIDÉRANT que les parties désirent effectuer un suivi de l'évolution des coûts de cette lettre d'entente et d'évaluer la mise en œuvre de cette mesure en regard de l'atteinte de ses objectifs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

FINANCEMENT

1. À compter du 1er juin 2019, un montant annuel, jusqu'à concurrence de 46,4 M $ récurrent provenant des sommes allouées dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts annuels liés à cette mesure prévue à l'article 2 A) de l'Amendement n° 183.

SUIVI

2. Les parties conviennent d'assurer le respect des coûts récurrents de la mesure financée par la présente lettre d'entente de façon régulière.

3. Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées. Le remboursement d'un dépassement constaté au cours d'une année est assuré à même les montants accordés dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023. Ce remboursement doit être effectué dans l'année suivante à celle où l'on a observé le dépassement Advenant que les parties constatent une non-atteinte, celle-ci sera versée selon les modalités identifiées par la Fédération, lesquelles seront entérinées par les parties.

MISE EN VIGUEUR

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce _____e jour de _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 346

Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de la mesure de majoration des suppléments relatifs à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille et introduite à l'article 2 B) de l'Amendement no 183

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu dans le cadre de l'Amendement n° 183 d'une mesure de majoration des suppléments relatifs à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille prévus aux paragraphes 4.12 A), 4.12 B), 4.12 C), 13.01 et 13.02 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle;*

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts non récurrents découlant de la mise en œuvre de cette mesure;

CONSIDÉRANT que les parties désirent effectuer un suivi de l'évolution des coûts de cette lettre d'entente et d'évaluer la mise en œuvre de cette mesure en regard de l'atteinte de ses objectifs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

FINANCEMENT

1. À compter du 1er mai 2019, un montant annuel de 41,5 M $ non récurrent provenant des sommes allouées dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts annuels liés à cette mesure prévue à l'Amendement n° 183.

SUIVI

2. Les parties conviennent d'assurer le respect des coûts non récurrents de la mesure financée par la présente lettre d'entente de façon régulière.

3. Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées. Tout dépassement constaté au cours d'une année est assuré à même les montants accordés dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023 à moins que la Fédération décide de mettre fin à la mesure avant son terme. Advenant que les parties constatent une non-atteinte, celle-ci sera versée selon les modalités identifiées par la Fédération, lesquelles seront entérinées par les parties.

MISE EN VIGUEUR

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2019 et se termine le 30 avril 2021.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce _____e jour de _____2019

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 347

Ayant trait au versement d'un montant forfaitaire découlant de l'application de l'Amendement No 185.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2019 au 30 septembre 2019, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'Amendement N° 185, à l'exception de ceux prévus aux articles 1 B), 1 K) a), 1 K) b), 13 A) et 13 L) de cet amendement.

2.00 Ce montant est versé le ou vers le 1er mars 2020 selon les modalités à convenir entre les parties.

3.00 Le montant forfaitaire ainsi versé est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé _____,ce ____e jour de_____ 2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 348

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application du paragraphe 2 c) de la Lettre d'entente no 203.

CONSIDÉRANT que dans le cadre de la Lettre d'entente n° 203 les parties ont convenu pour certaines activités de la santé publique, à l'exception de la santé et la sécurité du travail, d'allouer, à compter du 1er avril 2009, une enveloppe annuelle totale de 20 000 forfaits de soutien à la première ligne et répartie entre chaque direction régionale de la santé publique, à l'Institut national de santé publique du Québec et à la direction générale de santé publique;

CONSIDÉRANT qu'en vertu du paragraphe 2 c) de la Lettre d'entente n° 203 les parties ont convenu que tout montant résiduel provenant de l'enveloppe annuelle totale de forfaits de soutien à la première ligne serait versé aux médecins exerçant en santé publique selon des modalités à convenir entre les parties;

CONSIDÉRANT que pour la période comprise entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2014, l'enveloppe de 20 000 forfaits applicable sur une base annuelle n'a pas été entièrement versée aux médecins visés;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2009 au 31 mars 2014, un montant de 757 004 $ est versé, sous forme forfaitaire, et réparti entre les médecins, sans égard à leur mode de rémunération, selon le nombre de forfaits de santé publique versé à chacun d'eux durant la période visée et découlant des dispositions du paragraphe 5.09.02 de l'*Entente particulière relative à la santé publique*. Ce montant représente le total des forfaits inutilisés pour la période visée.

2.00 Les montants forfaitaires sont assujettis aux majorations de l'Annexe XII.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

4.00 Ces montants forfaitaires sont versés le ou vers le 1er novembre 2019.

5.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____,ce____ejour de _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 349

Concernant la création d'un forum de discussions sur la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec (ci-après nommé « le Forum »)

CONSIDÉRANT le processus de négociation, médiation et règlement prévu à l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'Entente générale pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023 intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'ajouter une étape préalable à ce processus afin de discuter globalement de la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec en regard du mandat octroyé au Forum dans le cadre de la présente lettre d'entente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Création d'un Forum

1.01 Les parties conviennent de mettre en place un Forum dont le mandat est décrit aux présentes.

1.02 Ce Forum est constitué de représentants à la fois de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (ci-après nommée « la FMOQ »), du Secrétariat du conseil du trésor (ci-après nommé « le SCT ») ainsi que du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après nommé « le MSSS »).

2.00 Mandat du Forum

2.01 Le Forum a pour mandat de :

a) Réviser et convenir, s'il y a lieu, d'un mode de rémunération par capitation des médecins omnipraticiens afin de favoriser la prise en charge et d'améliorer l'accès aux soins de première ligne. Notamment, seront discutés dans le cadre de ce mandat :

- le ou les modèles de rémunération en tenant compte des particularités du Québec;
- l'implication des autres professionnels de la santé de première ligne;
- la proposition des indicateurs de performance et l'établissement des cibles à atteindre lesquels devront être convenus par les parties aux présentes sur la base de la probabilité, la raisonnabilité, la fiabilité et l'efficacité.

b) Discuter, faire le suivi du rapport de l'Institut canadien sur l'information de la santé (ci-après nommé « l'ICIS ») et arriver à une entente sur l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens du Québec et ceux de l'Ontario, s'il y a lieu;

c) Discuter et arriver à une entente sur l'écart de rémunération, s'il y a lieu, entre les médecins omnipraticiens du Québec et les médecins spécialistes du Québec.

3.00 Porte-paroles

3.01 Toutes propositions officielles formulées par chacune des parties en vue de convenir d'ententes dans le cadre de ce Forum seront présentées par les porte-paroles suivants :

a) Me Philippe Desrosiers agit à titre de porte-parole de la FMOQ;
b) M. Reda Diouri agit à titre de porte-parole pour le SCT.

4.00 Autres modalités de fonctionnement du Forum

4.01 Les parties conviennent que le Forum débute le 19 mars 2019 et qu'il se termine le 31 décembre 2019.

4.02 Toutefois, la date d'échéance du 31 décembre 2019 est reconduite automatiquement de 30 jours en 30 jours, à moins que la reconduction soit dénoncée par l'une des parties.

4.03 Les parties conviennent conjointement de toutes autres modalités de fonctionnement du Forum.

5.00 Fin des travaux du Forum

5.01 Le Forum prend fin à la survenance d'une des situations suivantes :

a) En date du 31 décembre 2019; ou

b) De la dénonciation de sa reconduction automatique par l'une des parties; ou

c) S'il n'y a pas d'ententes sur l'ensemble du mandat octroyé dans le cadre de ce Forum; ou

d) Au moment où les parties conviennent que des ententes sont intervenues sur l'ensemble du mandat octroyé dans le cadre de ce Forum.

6.00 Confidentialité

6.01 Tous les échanges, propositions, contre-propositions, exploratoires ou non, verbaux ou écrits, formulés dans le cadre de travaux du Forum ne peuvent être utilisés ultérieurement et ne peuvent être d'aucune façon utilisés à titre de précédent ou d'admission pouvant servir à des représentations ultérieures, et ce, devant quelconque forum, instance, tribunal ou autres.

7.00 Mise en vigueur et durée

7.01 La présente lettre d'entente prend effet à compter du 19 mars 2019 et prend fin à la survenance d'une des situations prévues au paragraphe 5.01 des présentes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce _____è jour de _____2019.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère responsable de l'administration gouvernementale
et président du Conseil du trésor

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LETTRE D'ENTENTE No 350

Concernant certaines modalités de rémunération applicables dans le cadre d'une clinique d'hiver

CONSIDÉRANT que durant la période hivernale, il y a un accroissement important des besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT qu'une clinique d'hiver a pour mission d'offrir des services médicaux supplémentaires à l'ensemble de la population, qu'elle soit inscrite ou non à un médecin de famille, en particulier aux patients référés par le service d'urgence d'un établissement;

CONSIDÉRANT qu'une clinique d'hiver doit, pour être désignée, répondre aux exigences d'admissibilité attendues par le MSSS en termes d'offre de services et avoir fait l'objet d'une recommandation favorable par l'établissement concerné;

CONSIDÉRANT qu'une clinique d'hiver doit s'inscrire en cohérence avec les besoins populationnels d'un territoire de CISSS ou de CIUSSS;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui vont exercer dans ces cliniques d'hiver;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 La rémunération prévue à l'article 1.2 et à l'article 1.3 c) de la présente lettre d'entente s'applique exclusivement pour les services dispensés durant les plages horaires dédiées pour les activités de la clinique d'hiver et selon l'horaire convenu avec l'établissement. En dehors de ces plages horaires dédiées, les services dispensés par un médecin sont rémunérés selon l'Entente générale.

1.2 À compter de la date de mise en opération d'une clinique d'hiver dans un territoire, le médecin affecté aux activités de cette clinique est rémunéré, de façon exclusive, selon les modalités suivantes :

a) les services dispensés dans un cabinet privé désigné clinique d'hiver sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicable en cabinet;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé dans une clinique d'hiver**.

ii) ou pour le forfait horaire au montant de 184,30 $ auquel s'ajoute, si le médecin assume des frais de cabinet, une compensation horaire au montant de 62,15 $.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **42048** pour le forfait horaire;*
*- le code de facturation **42049** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*
- la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) les services dispensés dans une clinique d'hiver dans un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé dans une clinique d'hiver**.

ii) ou pour le forfait horaire au montant de 184,30 $ auquel s'ajoute, si le médecin assume des frais de cabinet, une compensation horaire au montant de 62,15 $.

AVIS **:** *Le médecin dont la pratique habituelle est en cabinet et qui rend des services en établissement selon la présente lettre d'entente peut bénéficier d'une compensation horaire pour les frais de cabinet.*

Inscrire :
*- le code de facturation **42048** pour le forfait horaire;*
*- le code de facturation **42049** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*
- la durée de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

c) Le médecin qui détient une nomination de l'établissement désignée clinique d'hiver et qui exerce, selon le mode de rémunération mixte, le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut conserver ce mode pour ses activités à la clinique d'hiver.

AVIS : *Lorsque le médecin choisit de maintenir son mode habituel de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, il doit :*

*- utiliser la nature de service habituelle avec le code d'activité **XXX298*** **Service cliniques d'hiver***;*

- inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

AVIS **:** ***Rémunération mixte***

Pour les services rendus durant les plages horaires d'une clinique d'hiver, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé dans une clinique d'hiver**.

d) Lorsque le médecin est rémunéré selon le forfait horaire, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, il doit utiliser le registre électronique de consultations de la Régie pour y inscrire les visites des patients. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

1.3 Autres dispositions

a) Les services dispensés dans une clinique d'hiver sont sujets à l'application des majorations déjà prévues à l'article 4.00 de l'Annexe XX de l'Entente générale.

AVIS **:** *Les heures donnant droit à une majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.*

S'il y a lieu, le forfait horaire doit être facturé sur 2 lignes distinctes.

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une clinique d'hiver, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la Section I de l'Annexe XII.

AVIS **:** *Le médecin qui exerce dans une clinique d'hiver désignée en cabinet ou en CLSC et qui ne répond pas déjà à l'une des conditions du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII doit informer la RAMQ de sa situation par lettre :*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 646-8110

c) Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin pour les services dispensés dans une clinique d'hiver du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 154,80 $. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **42050**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de l'activité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Si le site de la clinique d'hiver est déjà reconnu comme un GMF-R, la présente disposition remplace l'article 4.00 de l'*Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau.*

AVIS **:** *Facturer le forfait codifié **42050** pour cette période.*
*Durant la période où le GMF-R est désigné clinique d'hiver, les forfaits codifiés **19893** (de 18 h à 22 h du lundi au vendredi) et **19894** (de 8 h à 22 h les samedi, dimanche et jour férié) prévus à l'EP 54 – GMF-R en horaires défavorables ne doivent pas être facturés.*

d) Les services dispensés dans une clinique d'hiver sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période en cause.

e) Le comité paritaire informe la RAMQ de :

i) la liste des cliniques d'hiver, par région;

AVIS **:** *Voir la liste des cliniques d'hiver.*

ii) de la date de début et de fin du fonctionnement de chaque clinique d'hiver.

La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées en tant que GMF, GMF-R ou cabinet en pratique de groupe.

La clinique d'hiver en établissement est réputée, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS.

f) La visite d'un patient effectuée dans le cadre d'une clinique d'hiver n'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité tel que défini au paragraphe 15.06 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

g) Le médecin ayant participé à une clinique d'hiver et dont le taux d'assiduité aurait été affecté peut saisir le comité paritaire selon les modalités prévues au paragraphe 15.04 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Le comité paritaire doit s'assurer que le médecin n'a subi aucun préjudice de par sa participation à une telle clinique.

2. Évaluation et suivi

2.1 Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente lettre d'entente, le comité paritaire en effectue le suivi. Il est notamment responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente eu égard à ses objectifs. Plus spécifiquement, il évalue si la présente lettre d'entente a contribué de façon efficiente aux besoins de soins de première ligne de la population visée. À cette fin, le comité paritaire procède à cette évaluation à l'aide de données pertinentes, telles que notamment, les données de facturation et celles colligées dans le registre électronique de consultation prévu à l'article 1.2 d) de la présente lettre d'entente.

Le comité fait rapport aux parties négociantes du résultat de son évaluation de la situation et, s'il y a lieu, fait des recommandations.

3. Financement

3.1 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.2 a) et de l'article 1.2 b) sont financés à même l'enveloppe globale. Ce coût sera fixé, à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts estimés.

3.2 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.3 c) sont financés à même l'enveloppe globale. Ce coût sera fixé, à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts réels observés.

4. Mise en vigueur et durée de la lettre d'entente

4.1 La présente lettre d'entente prend effet le 2 décembre 2019 et se termine le 31 mars 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2019

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 351

Concernant certaines modalités visant à favoriser l'installation de médecins dans certains territoires de réseaux locaux de service en pénurie grave d'effectifs médicaux

CONSIDÉRANT les besoins en effectifs médicaux dans certains territoires de réseaux locaux de services dans les régions visés à l'Annexe XII de l'Entente;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de venir supporter les régions dont les besoins en effectifs médicaux sont importants;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir de conditions visant à favoriser l'installation des médecins omnipraticiens qui vont exercer dans ces territoires;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les modalités relatives à l'attribution et au versement de forfaits d'installation pour favoriser l'installation de médecins dans les territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en pénurie grave d'effectifs visés par les dispositions de l'Annexe XII de l'Entente. La définition du découpage territorial est celle de l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* (paragraphe 1.01 et annexe IV). Ci-après, le terme réseau local de services de santé et de services sociaux "RLS" couvre tous les RLS visés par les dispositions de l'Annexe XII de l'Entente.

2.00 CONDITIONS APPLICABLES À LA DÉTERMINATION DE L'ACCESSIBILITÉ DES FORFAITS

2.01 Les RLS identifiés par le comité paritaire comme étant admissibles à l'octroi de forfaits d'installation, en vertu d'une pénurie grave, doivent répondre aux conditions ci-après énoncées :

a) Le pourcentage de la couverture des besoins en effectifs médicaux est inférieur au seuil fixé par le comité paritaire et ce, selon la méthode de calcul déterminée par ce dernier;

b) Un ou des établissements du RLS ont eu recours au mécanisme de dépannage de façon soutenue et significative l'année précédant l'octroi des forfaits d'installation;

c) Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) de la région socio-sanitaire n'est pas comblé;

d) Le RLS visé n'est pas en mesure de bénéficier des modalités de la Lettre d'entente n° 285 relative à la desserte intra régionale.

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DU MÉDECIN

3.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

a) Il n'a pas détenu d'avis de conformité dans le RLS visé dans les vingt-quatre (24) mois précédant sa demande d'installation ou, pour le médecin qui détenait un avis de conformité dans la région antérieure au 1er juillet 2016, il ne doit pas avoir eu une pratique principale dans le RLS visé par la demande de forfait d'installation dans les vingt-quatre (24) mois précédant la demande;

b) Il doit obtenir du DRMG du territoire où il désire s'installer un avis de conformité selon l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux;*

c) Il s'engage à pratiquer de façon régulière et significative, tel que défini au paragraphe 5.01 ci-dessus, pour une période continue de vingt-quatre (24) mois, dans le RLS. Pour qu'une période de douze (12) mois soit comptabilisée, elle doit inclure 200 jours de pratique significative;

d) Il s'engage à exécuter les activités médicales particulières auxquelles il est assujetti dans le territoire du DRMG qui lui alloue un forfait d'installation;

e) Il s'engage à détenir un statut de membre actif au sein de l'installation du RLS visé;

f) Il autorise la Régie à transmettre au comité paritaire les données pertinentes concernant sa rémunération;

g) Aux fins de la présente lettre d'entente, il doit signer un engagement et notamment, y préciser la date effective du début de sa pratique régulière dans le RLS.

3.02 Exceptionnellement, pour des motifs jugés valables, le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine, permettre qu'un médecin déroge à des dispositions du paragraphe 3.01 et du paragraphe 5.01.

4.00 CONDITIONS APPLICABLES AUX PROJETS VISANT L'INSTALLATION DE MÉDECINS

4.01 Pour être admissible aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, une demande doit être présentée par le DRMG et doit répondre aux conditions ci-après énoncées :

a) Elle vise l'installation d'un médecin dans un RLS faisant partie du territoire du DRMG;

b) Le RLS visé est en pénurie grave d'effectifs médicaux sur le territoire et a été identifié par le comité paritaire comme étant admissible au versement de forfaits d'installation.

5.00 PRATIQUE RÉGULIÈRE ET PRATIQUE SIGNIFICATIVE

5.01 Un médecin est considéré pratiquer de façon régulière et significative dans un RLS visé par la présente lettre d'entente lorsqu'il y effectue au moins 75 % de sa pratique totale dans le cadre du régime d'assurance maladie en termes de jours de pratique. Un jour de pratique est comptabilisé comme tel lorsque le médecin a réalisé une facturation d'au moins 523 $ dans la journée. Un demi-jour de pratique est comptabilisé lorsque le médecin a réalisé une facturation d'au moins 261,50 $ dans la journée.

Le calcul se fait sur la base de douze (12) mois à compter de la date effective de son installation dans un RLS ou partie de celui-ci visé par la présente lettre d'entente.

Toutefois, un médecin qui, au cours de la période de son engagement, s'absente pour un congé de maternité ou d'adoption, sans égard à sa durée, ou pour une invalidité totale temporaire de plus de treize (13) semaines consécutives, voit la date de fin de son engagement de vingt-quatre (24) mois visé au paragraphe 3.01 c) de la présente lettre d'entente reporté du nombre de jours équivalent à la durée de son absence. Le médecin avise la Régie de la date de début et de la fin de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, le médecin doit transmettre à la Régie un certificat médical justifiant son absence.

AVIS **:** *Faire parvenir une lettre à la RAMQ en indiquant :*
- la raison de l'absence;
- la date de début de l'absence;
- la date de retour prévue.
Le médecin doit aviser la RAMQ de la date réelle de son retour dans les meilleurs délais. Si l'absence est en raison d'un congé d'invalidité, il doit joindre un certificat d'arrêt de travail signé par le médecin traitant.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

6.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DU VERSEMENT DU FORFAIT D'INSTALLATION

6.01 Aux fins de la présente lettre d'entente, le médecin qui s'installe dans un RLS visé par la présente lettre d'entente a droit au versement d'un forfait d'installation au montant de 50 000 $.

6.02 Le forfait d'installation est versé en deux versements égaux de 25 000 $. Le premier versement est effectué dans les trois (3) mois suivant le début de la pratique du médecin dans le RLS et le deuxième versement est effectué douze (12) mois suivant ce début de pratique.

6.03 Le forfait d'installation versé en vertu de la présente lettre d'entente est sujet à l'application de l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

6.04 Au cours de sa pratique, un médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du forfait d'installation prévu par la présente lettre d'entente.

7.00 NON-RESPECT DE L'ENGAGEMENT

7.01 Sauf circonstances exceptionnelles soumises à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui ne respecte pas l'engagement qu'il a souscrit aux termes de la présente lettre d'entente est tenu de rembourser à la Régie la totalité du forfait d'installation qui lui a été versé conformément aux modalités prévues par l'article 6.00 ci-dessus.

8.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

8.01 En prévision de l'attribution annuelle des forfaits d'installation, le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Au plus tard le 31 août il transmet au DRMG visé la liste des RLS de leur territoire qui sont admissibles à la présente lettre d'entente en y indiquant le nombre de forfaits disponible du 1er avril au 31 mars de l'année suivante;

b) Il soutient le DRMG dans la validation de l'admissibilité du médecin au forfait d'installation selon les conditions du paragraphe 3.01;

c) Il reçoit copie de l'engagement écrit du médecin;

d) Il transmet à la Régie les informations pertinentes à l'application des dispositions de la présente lettre d'entente;

e) Il informe la Régie de la date effective du début de pratique du médecin dans le RLS concerné;

f) Il décide de l'application de l'article 7.00 et il transmet à la Régie l'information pertinente;

g) Il peut, exceptionnellement, octroyer à un RLS confronté à une pénurie grave d'effectifs médicaux des forfaits supplémentaires en cours d'année. Cette pénurie grave ne devait pas être prévisible lors de l'octroi initial des forfaits. La demande de forfait supplémentaire doit être acheminée par écrit au comité paritaire par le DRMG en y précisant les informations nécessaires permettant au comité de constater cette pénurie grave imprévisible. Le comité paritaire avise le DRMG de sa décision.

9.00 FONCTIONS DU DRMG

9.01 Le DRMG remplit les fonctions suivantes :

a) Il présente le ou les candidatures retenues pour l'octroi d'un forfait d'installation au comité paritaire;

b) Il confirme par écrit au médecin désigné la disponibilité d'un forfait d'installation;

c) Il fait signer au médecin l'engagement prévu au paragraphe 3.01 g) de la présente lettre d'entente et en transmet un exemplaire au comité paritaire;

d) Il avise le comité paritaire en cas de non-respect de l'engagement d'un médecin.

10.00 ÉVALUATION ET SUIVI

10.01 Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente lettre d'entente, le comité paritaire en effectue le suivi. Les parties conviennent de procéder annuellement à une évaluation du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par la présente lettre d'entente et, le cas échéant, d'apporter les correctifs requis.

Le comité fait rapport aux parties négociantes du résultat de son évaluation de la situation et, s'il y a lieu, fait des recommandations.

11.00 FINANCEMENT

11.01 Le financement des coûts découlant des mesures prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

12.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

12.01 La présente lettre d'entente prend effet le 1er décembre 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale, à moins que la Fédération décide d'y mettre un terme, auquel cas, les parties en avisent la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2019

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 352

Concernant la rémunération du médecin qui assume la fonction de chef d'équipe en traumatologie (Trauma Team Leader) dans un centre de traumatologie désigné

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les conditions de rémunération du médecin qui assume l'ensemble des tâches reliées à la fonction de chef d'équipe en traumatologie dans un centre de traumatologie de niveau tertiaire, pour la clientèle adulte et pédiatrique, désigné en vertu du Programme québécois de traumatologie et reconnu par les parties négociantes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

3.01 Le médecin qui assume la fonction de chef d'équipe en traumatologie doit notamment :

a) assurer le leadership et la coordination de l'ensemble des actions posées auprès d'un traumatisé par une équipe soignante à partir de la prise en charge à l'urgence et lors du parcours diagnostique et thérapeutique;

b) assurer directement la coordination clinique des actions de réanimation, de stabilisation et de réalisation du bilan lésionnel des victimes de traumatismes sévères dès leur arrivée à l'urgence, ainsi que l'orientation vers les unités de soins appropriées;

c) coordonner la transmission de l'information pertinente aux médecins consultants ainsi qu'aux personnes et services impliqués et voir au respect des marqueurs systémiques et cliniques établis ainsi que des protocoles en vigueur au programme de traumatologie de son établissement.

4.00 RÉMUNÉRATION

4.01 Le médecin qui agit à titre de chef d'équipe en traumatologie au sein d'un centre de traumatologie de niveau tertiaire pour la clientèle adulte et pédiatrique désigné en vertu du Programme québécois de traumatologie et qui détient une nomination pour ces activités reçoit un montant forfaitaire en fonction de la durée de sa période d'activités.

Le montant forfaitaire est établi à 900 $ pour une disponibilité immédiate continue de vingt-quatre (24) heures. Toutefois, dans la mesure où la fonction de chef d'équipe en traumatologie est répartie entre des médecins pour assurer la couverture d'une période de vingt-quatre (24) heures, le montant forfaitaire peut être établi à 450 $ par période de douze (12) heures et à 300 $ par période de huit (8) heures. Une disponibilité immédiate continue s'entend d'une disponibilité du médecin dans un délai maximum de vingt (20) minutes à compter du moment où il est appelé à prendre en charge un patient traumatisé à l'urgence.

AVIS **:** ***Pour une période de disponibilité immédiate continue de 24 heures****, inscrire :*
- le code de facturation ***42176****;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde en disponibilité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour une période de disponibilité de 12 heures*, inscrire :*
- le code de facturation ***42177****;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde en disponibilité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour une période de disponibilité de 8 heures*, inscrire :*
- le code de facturation ***42178****;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde en disponibilité.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.02 S'ajoutent à ce montant la rémunération des services médicaux payables en vertu des dispositions de l'Entente générale et, le cas échéant, de l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements*, à l'exception de ceux prévus à l'article 5.00 de la présente.

4.03 Le nombre maximal de forfaits payables par établissement pour le chef d'équipe en traumatologie est limité à l'équivalent d'un (1) forfait par période de vingt-quatre (24) heures (ou par périodes équivalentes à vingt-quatre (24) heures).

4.04 Durant la période pour laquelle le médecin se prévaut d'un montant forfaitaire prévu pour le chef d'équipe en traumatologie, s'il dispense des services sur place à l'urgence visée, le montant forfaitaire n'est pas modifié. Si l'installation est adhérente à l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements*, le montant du forfait pour le chef d'équipe de traumatologie n'est alors pas sujet au pourcentage applicable aux services selon cette entente particulière.
Advenant que le médecin dispense des services sur place de nuit à des patients et qu'il se prévale de ce fait du forfait prévu au paragraphe 1.4 du Préambule général de l'Annexe V, le montant du forfait pour le chef d'équipe en traumatologie n'est alors pas sujet au pourcentage décrit à ce paragraphe.

5.00 LIMITATIONS

5.01 Le médecin qui réclame le paiement d'un montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente ne peut réclamer, au cours de la même période, de rémunération pour une autre garde en disponibilité de quelque nature.

6.00 RESPONSABILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS

6.01 L'établissement visé par la présente avise la Régie des médecins qui détiennent une nomination les habilitant à agir comme chef d'équipe en traumatologie.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2020 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 353

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DES DISPOSITIONS DU PARAGRAPHE 3.1 A) SECOND ALINÉA DE LA LETTRE D'ENTENTE No 269 ET AYANT TRAIT AUX MAJORATIONS DE L'ANNEXE XX DE L'ENTENTE APPLICABLES DANS UN CDÉ OPÉRÉ DANS UN SERVICE D'URGENCE OU DANS UNE CLINIQUE EXTERNE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un ajustement à la rémunération est effectué auprès des médecins en pratique dans un CDÉ qui est opéré dans un service d'urgence ou dans une clinique externe, et ce, pour la période comprise entre le 28 février et le 30 septembre 2020.

2. De façon plus spécifique, la rémunération du médecin visé est ajustée conformément aux dispositions du paragraphe 3.1 a) second alinéa de la Lettre d'entente n° 269, et ce, pour les heures travaillées en horaires défavorables durant la période du 28 février au 30 septembre 2020.

3. Les heures retenues sont établies sur la base d'une déclaration solennelle à la Régie du médecin désigné effectuée suite à la transmission par la Régie au médecin d'un relevé de sa facturation admissible pour la période entre le 28 février et le 30 septembre 2020.
Le médecin doit transmettre sa déclaration à la Régie dans les 90 jours qui suivent la mise à la poste par la Régie du relevé de la facturation admissible du médecin.

4. Ces montants forfaitaires sont versés le ou vers le 30 juin 2021.

5. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2020 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministére de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 354

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES DÉCOULANT DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION SOUS LA RESPONSABILITÉ DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET INTRODUITE DANS LE CADRE DE L'AMENDEMENT No 190.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Financement

1. À compter du 1er avril 2020, un montant récurrent de 704 000 $ est consacré annuellement au financement des coûts supplémentaires découlant de la mise en œuvre de l'*Entente particulière ayant pour objet les conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un établissement de détention sous la responsabilité du Ministère de la Sécurité publique du Québec* et introduite dans le cadre de l'Amendement nº 190.

2. Les modalités de financement des coûts supplémentaires des mesures visées à l'article 1 ci-dessus sont les suivantes :

a) D'abord, par le montant de 500 000 $ récurrent provenant de la fermeture des inscriptions de tous les patients hébergés en CHSLD;

b) Ensuite, par un montant de 204 000 $ récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023.

Suivi

3. Les parties conviennent d'assurer le respect des coûts récurrents des mesures financées par la présente lettre d'entente de façon régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaire, le cas échéant.

Mise en vigueur

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce ____e jour de _____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 355

AYANT POUR OBJET DES MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION POUR LES ACTIVITÉS RÉALISÉES DANS LA CLINIQUE DE PLAIES COMPLEXES DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

1.01 En vertu des présentes, le médecin qui exerce au sein de la clinique de plaies complexes de l'Hôtel-Dieu de Lévis se prévaut du mode de rémunération à tarif horaire pour ses activités au sein de cette clinique. De plus, il se prévaut des modalités spécifiques prévues par la présente lettre d'entente.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***
*Utiliser le numéro d'installation **0XXX3**, ou selon les instructions de facturation reçues, et les codes d'activité suivants :*
*- **288015** Examens relatifs à l'hépatite C;*
*- **288030** Services cliniques;*
*- **288032** Rencontres multidisciplinaires;*
*- **288043** Tâches médico-administratives et hospitalières;*
*- **288055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice);*
*- **288098** Services de santé durant le délai de carence.*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir le paragraphe 4.02 de l'Annexe XX pour les services rémunérés à tarif horaire, les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

1.02 Les modalités de rémunération accordées en vertu de la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus autant pour ses activités en clinique externe qu'auprès de patients admis, exclusivement pour ses activités dans le secteur visé, et ce, de façon distincte de son choix de mode de rémunération pour d'autres activités dans la même installation.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné. Sur le formulaire accessible par le service en ligne :*
- sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 355*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

1.03 Le médecin visé par la présente utilise le registre électronique des consultations de la Régie pour y inscrire les visites de patients visés. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

2.00 MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.01 Le médecin visé reçoit un montant de 23,05 $ au 1er janvier 2021 qui s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services visés aux présentes. Ce montant est versé au médecin trimestriellement, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

3.00 AUTRES DISPOSITIONS

3.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables ne s'appliquent pas au montant forfaitaire décrit au paragraphe 2.00 de la présente lettre d'entente.

3.02 Les montants prévus aux présentes sont sujets à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

4.00 FINANCEMENT

4.01 Le financement des coûts découlant des mesures prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

5.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

5.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 356

AYANT POUR OBJET DES MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION POUR LES ACTIVITÉS RÉALISÉES DANS UNE CLINIQUE DE LA DOULEUR DÉSIGNÉE EN CHSGS

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

1.01 Sous réserve des conditions prévues par la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes qui exerce au sein d'une clinique de la douleur en centre hospitalier désignée en vertu de *l'Entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme spécifique en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* et qui détient une nomination dans ce secteur d'activité se prévaut des modalités de rémunération spécifiques prévues par la présente lettre d'entente.

1.02 Les modalités de rémunération accordées en vertu de la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus autant pour ses activités en clinique externe qu'auprès de patients admis, pour l'évaluation, la gestion et le traitement de patients souffrants de douleur chronique, et ce, de façon distincte de son choix de mode de rémunération pour d'autres activités dans la même installation.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
289312 *Évaluation – clinique douleur;*
289313 *Gestion – clinique douleur;*
289314 *Traitement patients – clinique douleur.*

Ces modalités ne visent pas les activités d'évaluation, de gestion et de traitement de la douleur dans le cadre d'une nomination pour les soins palliatifs, sans égard au mode de rémunération s'appliquant alors aux activités du médecin.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné. Sur le formulaire accessible par le service en ligne :*
- sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 356*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

1.03 Le médecin visé par la présente utilise le registre électronique des consultations de la Régie pour y inscrire les visites de patients visés. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

2.00 MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

2.01 Le médecin visé reçoit un montant de 21,90 $ au 1er janvier 2021 qui s'ajoute à la rémunération de toutes les heures d'activités professionnelles facturés pour les services visés aux présentes. Ce montant est versé au médecin trimestriellement, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

3.00 AUTRES DISPOSITIONS

3.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables ne s'appliquent pas aux modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente.

3.02 Les montants prévus aux présentes sont sujets à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

4.00 FINANCEMENT

4.01 Le financement des coûts découlant des mesures prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

5.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

5.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____-ce_____ième jour de _____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 357

AYANT POUR OBJET UN MONTANT FORFAITAIRE À VERSER DÉCOULANT DE LA NOUVELLE MODALITÉ DE RÉMUNÉRATION DANS UNE CLINIQUE DE LA DOULEUR EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, INTRODUITE DANS LE CADRE DE L'AMENDEMENT No 190

ATTENDU la nouvelle modalité de rémunération dans une clinique de la douleur désignée au sein d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et de sa mise en vigueur le 1er janvier 2021;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période du 1er avril 2014 au 31 décembre 2020 en fonction de certaines conditions énoncées à la présente lettre d'entente.

2.00 Pour bénéficier du montant forfaitaire, durant la période visée le médecin ne doit pas avoir adhéré au mode mixte pour ses activités dans la clinique de la douleur au sein de l'installation où il exerce en clinique de la douleur.

Le montant forfaitaire s'ajoute à la rémunération de l'ensemble des heures d'activités professionnelles facturées selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les services professionnels dans une clinique de la douleur désignée au sein d'un centre hospitalier durant la période visée par les présentes.

Toutefois, sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue. Dans le cas des honoraires fixes, sont de plus exclues les heures rémunérées lors de vacances ou de congés fériés chômés et de journées de maladie, de même que les heures effectuées lorsque le médecin était adhérent au Régime B des honoraires fixes.

3.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure sur 95 % des heures retenues selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2017, de 20,70 $ par heure sur 95 % des heures retenues entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2019 et de 20,95 $ par heure sur 95 % des heures retenues entre le 1er avril 2019 et le 31 décembre 2020.

Les heures retenues sont établies sur la base d'une déclaration solennelle à la Régie du médecin désigné effectuée suite à la transmission par la Régie au médecin d'un relevé de sa facturation admissible durant chacune des années civiles en cause dans chaque milieu désigné, en séparant la facturation des années civiles 2017 et 2019 en fonction des périodes distinctes visées par des montants forfaitaires distincts. Le médecin doit transmettre sa déclaration à la Régie dans les 90 jours qui suivent la mise à la poste par la Régie du relevé de la facturation admissible du médecin.

4.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

5.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er octobre 2021.

6.00 Le financement des coûts découlant des mesures prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce_____jour de_____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecinsomnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 358

AYANT POUR OBJET DES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION POUR LES ACTIVITÉS DE GÉRIATRIE À DOMICILE (CLINIQUE MOBILE) PAR LES MÉDECINS DU SERVICE DE GÉRIATRIE DU PAVILLON SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE DU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Attendu que le service de gériatrie a fermé plus du tiers des lits du service et, à même le personnel médical du service, assure depuis l'hospitalisation à domicile de patients souffrants d'une condition aiguë qui nécessiteraient autrement une admission en gériatrie de courte durée au sein de la même installation;

Attendu que l'organisation en cause fait l'objet d'un projet de recherche sur cinq (5) ans pour documenter son efficacité comme alternative à l'hospitalisation;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

1.01 Sous réserve des conditions prévues par la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes en gériatrie de courte durée au sein du Pavillon Saint-François d'Assise se prévaut des modalités de rémunération pour l'hospitalisation en gériatrie de courte durée, incluant les primes des paragraphes 3.02 a) et 4.01 a) de l'Annexe XXII de l'Entente générale, lors des activités au sein de la « clinique mobile ».

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

*Utiliser le code d'activité **101315** Gériatrie – Clinique mobile de l'HSFA.*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'Annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

1.02 Le médecin visé par la présente utilise le registre électronique des consultations de la Régie pour y inscrire les visites de patients visés lorsque ces visites se font en dehors de l'installation. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

2.00 AUTRES DISPOSITIONS

2.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables ne s'appliquent pas à la prime versée sur ces activités.

2.02 Les montants prévus aux présentes sont sujets à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

2.03 Malgré les paragraphes 1.03 et 3.01 de l'Annexe XXII de l'Entente générale, le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le Régime B dans un secteur visé peut, dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de la présente, modifier son adhésion à ce régime, sans égard à la date de renouvellement de sa nomination.

3.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 3 décembre 2018 et le demeure pour une période de cinq (5) ans.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 359

AYANT POUR OBJET DES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION POUR LES ACTIVITÉS À DOMICILE DES MÉDECINS DANS LE CADRE DE LA CLINIQUE EXTERNE DE GÉRIATRIE DU SERVICE DE GÉRIATRIE DU PAVILLON SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE DU CHU DE QUÉBEC- UNIVERSITÉ LAVAL

Attendu que le service de gériatrie effectuera l'évaluation de patients âgés sans médecin de famille présentant plusieurs pathologies médicales, évaluation qui s'effectuera au domicile des patients et à la clinique externe de gériatrie du service;

Attendu que l'organisation en cause fait l'objet d'un projet de recherche sur cinq (5) ans pour évaluer son efficacité comme moyen de favoriser la prise en charge de cette clientèle et de retarder son besoin d'être hébergée;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

1.01 Sous réserve des conditions prévues par la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes en gériatrie de courte durée au sein du Pavillon Saint-François d'Assise qui effectue des activités à la clinique externe de gériatrie et qui participe dans ce cadre à des évaluations à domicile se prévaut, lors de ses activités, des modalités de rémunération applicables aux patients admis en gériatrie de courte durée, incluant les primes décrites aux paragraphes 3.02 a) et 4.01 a) de l'Annexe XXII de l'Entente générale.

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

*Utiliser le code d'activité **101316** Gériatrie – Visite à domicile de l'HSFA.*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'Annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

1.02 Le médecin visé par la présente utilise le registre électronique des consultations de la Régie pour y inscrire les visites de patients visés lorsque ces visites se font à domicile. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

2.00 AUTRES DISPOSITIONS

2.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables ne s'appliquent pas à la prime sur ces activités.

2.02 Les montants prévus aux présentes sont sujets à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

2.03 Malgré les paragraphes 1.03 et 3.01 de l'Annexe XXII de l'Entente générale, le médecin rémunéré à honoraires fixes selon le Régime B dans un secteur visé peut, dans les trois (3) mois qui suivent la mise en vigueur de la présente, modifier son adhésion à ce régime, sans égard à la date de renouvellement de sa nomination.

3.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 6 janvier 2020 et le demeure pour une période de cinq (5) ans.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2021

CHRISTIAN DUBÉ	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 360

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'ACCORD-CADRE 2015-2023 POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2013-2014 POUR LES MÉDECINS AYANT ADHÉRÉ AU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE OU SON ÉQUIVALENT

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent est versé aux médecins en pratique ou retraités pour les services dispensés au cours de l'année budgétaire 2013-2014 à l'exception de ceux dispensés hors Québec, de ceux dispensés dans le cadre de l'expertise CNESST ainsi que de la rémunération versée aux médecins décédés.

2. De façon plus spécifique, le montant est versé pour les heures travaillées durant la période du 1er avril 2013 au 31 mars 2014 par les médecins ayant adhéré au mode de rémunération mixte ou son équivalent et visés aux montants forfaitaires prévus aux Lettres d'entente nos 276, 279, 284, 288, 289 et 290.

3. Les coûts découlant des modalités prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même le montant provenant du résiduel de la somme de 60 M$ prévue au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

4. La Régie est avisée du numéro de pratique des médecins visés pour ce versement ainsi que le montant qui leur est attribué.

5. Sur réception de l'avis prévu à l'article précédent, la Régie procède aux paiements le ou vers le 30 juin 2021.

6. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2021 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour _____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 361

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'ACCORD-CADRE 2015-2023 POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2013-2014 POUR LES MÉDECINS AYANT ADHÉRÉ AU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE OU SON ÉQUIVALENT

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent est versé aux médecins en pratique ou retraités pour les services dispensés au cours de l'année budgétaire 2013-2014 à l'exception de ceux dispensés hors Québec, de ceux dispensés dans le cadre de l'expertise CNESST ainsi que de la rémunération versée aux médecins décédés.

2. De façon plus spécifique, le montant est versé pour les heures travaillées durant la période du 1er avril 2013 au 31 mars 2014 par les médecins ayant adhéré au mode de rémunération mixte ou son équivalent et visés aux montants forfaitaires prévus aux Lettres d'entente nos 312, 313,314, 315, 322 et 331.

3. Les coûts découlant des modalités prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même le montant provenant du résiduel de la somme de 60 M$ prévue au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

4. Ces montants forfaitaires sont versés le ou vers le 30 juin 2021.

5. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2021 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour _____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 362

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'ACCORD-CADRE 2015-2023 POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2013-2014 POUR LES MÉDECINS AYANT ADHÉRÉ AU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE OU SON ÉQUIVALENT

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un montant non récurrent est versé aux médecins en pratique ou retraités pour les services dispensés au cours de l'année budgétaire 2013-2014 à l'exception de ceux dispensés hors Québec, de ceux dispensés dans le cadre de l'expertise CNESST ainsi que de la rémunération versée aux médecins décédés.

2. De façon plus spécifique, le montant est versé pour les heures travaillées durant la période du 1er avril 2013 au 31 mars 2014 par les médecins ayant adhéré au mode de rémunération mixte ou son équivalent et visés aux montants forfaitaires prévus aux Lettres d'entente nos 341 et 342.

3. Le montant forfaitaire est de 23,15 $ par heure sur 95 % des heures retenues selon le mode du tarif horaire ou des honoraire fixes entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014.

Les heures retenues sont établies sur la base de la déclaration solennelle à la Régie du médecin désigné effectuée suite à la transmission par la Régie au médecin d'un relevé de sa facturation admissible pour la période du 1er avril 2013 au 31 mars 2014.

Le médecin doit transmettre sa déclaration à la Régie dans les 90 jours qui suivent la mise à la poste par la Régie du relevé de la facturation admissible du médecin.

4. Les coûts découlant des modalités prévues par la présente lettre d'entente sont assurés à même le montant provenant du résiduel de la somme de 60 M$ prévue au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023. Ces coûts sont fixés en fonction des coûts réels observés.

5. Ces montants forfaitaires sont versés le ou vers le 30 juin 2021.

6. Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2021 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 363

CONCERNANT LA NÉGOCIATION RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DÉCOULANT DE L'ADOPTION D'UN NOUVEAU RÈGLEMENT RELATIF AUX INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPS-PL).

Considérant les Lettres d'entente n°s 213, 229 et 300 et des Accords n°s 709 et 733 intervenus entre les parties;

Considérant le Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées adopté le 9 décembre 2020 par décret portant le numéro 1347-2020;

Considérant l'entrée en vigueur de ce règlement le 25 janvier 2021;

Considérant la nécessité de revoir les modalités de rémunération des médecins convenues entre les parties à la lumière des nouvelles activités pouvant être exercées par les IPS-PL;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1. Engagement

1.1 Les parties s'engagent à revoir les conditions et les modalités applicables au médecin qui intègre une IPS-PL dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans un GMF-U ainsi que celles applicables dans le cadre de l'intégration d'une IPS-PL dans un CHSLD, et ce, en respect du nouveau cadre règlementaire.

2. Délai

2.1 Les échanges entre les parties seront entrepris dans les meilleurs délais pour se terminer au plus tard le 31 octobre 2024. Les parties peuvent convenir de prolonger cette date d'un commun accord.

3. Disposition transitoire

3.1 D'ici à la conclusion des nouvelles conditions et modalités de rémunération, les parties conviennent de maintenir celles applicables actuellement et demandent à la Régie de les appliquer jusqu'à avis contraire des parties.

4. Entrée en vigueur

4.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 25 janvier 2021.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____^{e} jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE No 364

CONCERNANT L'UTILISATION DE L'ORCHESTRATEUR DE RENDEZ-VOUS (HUB)

CONSIDÉRANT le déploiement de l'orchestrateur de rendez-vous (Hub) et la volonté quant à son utilisation chez les médecins de famille;

CONSIDÉRANT la nécessité de circonscrire les objectifs visés par cette mesure, de définir l'utilisation des renseignements et d'offrir des garanties aux médecins;

CONSIDÉRANT que les médecins adhérant aux programmes GMF et GMF-AR sont sollicités pour déposer la totalité de leur offre de service dans l'orchestrateur de rendez-vous (Hub);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. But visé

1.1 Le MSSS souhaite évaluer l'équilibre entre l'offre médicale de première ligne et la demande de la population par l'utilisation des renseignements contenus dans le Hub.
1.2 Il est entendu que les renseignements contenus à l'orchestrateur ne peuvent, sous aucune considération, être utilisés par le MSSS envers un médecin ou son groupe, que ce soit sur une base locale, régionale ou nationale, et ce, à quelque autre fin que celles spécifiées à la présente.

2. Objectifs spécifiques

2.1 Les renseignements contenus à l'orchestrateur sont utilisés spécifiquement et restrictivement pour :
i. Aider le médecin et son groupe à améliorer l'offre de service sur une base individuelle et collective;
ii. Guider les parties dans une meilleure répartition des effectifs sur le territoire;
iii. Planifier et organiser l'offre de service sur une base régionale ou nationale;
iv. Accroître le travail interprofessionnel;
v. Permettre le suivi du respect des obligations générales des groupes étant prévues au programme GMF, GMF-AR et au cadre de gestion GMF-U;
vi. Appliquer et administrer, conformément aux mécanismes habituels, la ou les mesures de rémunération convenues entre les parties s'appuyant sur des renseignements contenus au Hub.

3. Offre totale

3.1 L'offre totale est définie comme étant le dépôt sur l'orchestrateur de la totalité de l'offre de rendez-vous et de sans rendez-vous d'un médecin.
3.2 Il est entendu que le médecin demeure le seul responsable et détient la pleine autonomie quant à la gestion de ses rendez-vous sur l'orchestrateur ainsi que l'offre qu'il souhaite y rendre visible et accessible à la population.

4. Garanties

4.1 Le MSSS garantit que les renseignements contenus à l'orchestrateur sont confidentiels et que leur utilisation pour les fins visées par la lettre d'entente sont dépersonnalisés.
4.2 Le MSSS garantit la fonctionnalité de l'orchestrateur, la synchronicité de l'offre de service en temps réel et s'assure que sa bonne utilisation par le médecin ne lui cause pas préjudice dans le cadre des services offerts. Il est par ailleurs reconnu que des arrêts planifiés sont nécessaires à des fins d'entretien de l'orchestrateur.

Le MSSS s'assure également que l'orchestrateur est sécuritaire et pourvu des protections nécessaires contre notamment, les attaques informatiques ou les interventions par des tiers.
4.3 Le MSSS garantit que toute adhésion à l'orchestrateur préserve l'autonomie professionnelle du médecin et que celui-ci n'est pas un outil de contrôle.
4.4 Dans le but de faciliter les échanges entre les parties sur toute problématique ou tout enjeu découlant de l'orchestrateur, le *Comité de suivi Hub* est mis en place et est constitué de représentants des deux parties. Ce comité persiste au-delà de l'implantation.
Le MSSS garantit que les corrections priorisées par le *Comité de suivi Hub* sont effectuées en cours d'implantation progressive du nouveau système jusqu'à son déploiement final.

5. Renseignements

5.1 Conformément à la législation applicable et selon le processus habituel, il est entendu que chaque partie bénéficie des renseignements dépersonnalisés contenus à l'orchestrateur.
5.2 Les parties conviennent d'échanger, sur une base régulière, leurs analyses et leurs conclusions découlant de ces renseignements.

6. Application

6.1 La présente lettre d'entente s'applique également à tout médecin qui adhère à l'orchestrateur hors programmes GMF / GMF-AR, et ce, en faisant les adaptations nécessaires.

7. Mise en vigueur

7.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 11 décembre 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce __ième jour de _____ 2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 365

Concernant le financement découlant de l'Amendement no 193 introduisant des nouvelles modalités en lien avec les activités médico-administratives.

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de l'Amendement n° 193, d'implanter des nouvelles modalités en lien avec les activités médico-administratives;

ATTENDU que les parties conviennent d'établir ces modalités dans l'*Entente particulière relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin nommé chef du département clinique de médecine générale et, de ceux qui l'assistent, d'un établissement*, l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF),* l'*Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement*, l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF-AR)*le *Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités médico-administratives en lien avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)* dont les modifications et l'introduction sont prévues à l'Amendement n° 193 ainsi que la rémunération du chef du service d'ÉVAQ prévue à la *Lettre d'entente n° 188*;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement

1. Un montant de 14,7 M$ récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 ainsi qu'un montant de 1,8 M$ provenant des sommes allouées résultant de l'abolition de la garde en disponibilité en GMF dans le cadre de l'Amendement n° 184 sont retenus pour financer les coûts découlant de l'Amendement n° 193.

II- Suivi

2. Afin d'assurer le respect des coûts de l'Amendement n° 193, les parties conviennent d'effectuer un suivi de ces mesures au cours des trois années suivant la mise en vigueur du présent amendement et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_____ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 366

Concernant le financement des coûts découlant de la prime de responsabilité introduite au paragraphe 3.04 de l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du Centre de santé Chibougamau

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 À compter du 1er avril 2022, un montant de 246 744 $ provenant des sommes allouées dans le cadre de l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts liés à la prime de responsabilité allouée au paragraphe 3.04 de *l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du Centre de santé Chibougamau*

2.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2022 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce ____ième jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 367

CONCERNANT DES MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI DISPENSE DES SERVICES DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE DE CLINIQUE D'URGENCES MINEURES IMPLANTÉ À L'HÔPITAL JEFFERY HALE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet la mise en place d'un projet pilote de Clinique d'urgences mineures de l'Hôpital Jeffery Hale et comprend la détermination de certaines conditions particulières de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans le cadre de ce projet pilote.

2.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.01 La présente lettre d'entente couvre la période comprise entre le 15 mai 2022 et le 14 mai 2023, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.

2.02 Le médecin affecté à la dispensation des services médicaux sur place au sein de la Clinique d'urgences mineures de l'Hôpital Jeffery Hale est rémunéré, de manière exclusive, en faisant les adaptations nécessaires, selon les modalités de rémunération spécifiques au Régime B, pour une installation du groupe 3, telles que prévues à l'article 6.00 de l'*Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements*.

***AVIS* :** *Se référer aux instructions de facturation de l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements, Régime B groupe III*.

2.03 La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général.

2.04 Les périodes couvertes par la rémunération prévue à la présente lettre d'entente sont limitées du lundi au dimanche, de 8 h à 0 h.

3.00 COMITÉ PARITAIRE

3.01 Outre les fonctions qui lui sont dévolues par l'article 32.00 de l'Entente générale, le comité paritaire est responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente, d'en faire le suivi et l'analyse.

3.02 Le comité paritaire fait état de son évaluation quant au suivi et à l'analyse de la présente lettre d'entente aux parties négociantes, lesquelles s'engagent à convenir de modalités de rémunération permanentes advenant la pérennité du modèle de clinique d'urgences mineures.

4.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 mai 2022 et prend fin le 14 mai 2023, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.

***AVIS* :** *La présente lettre d'entente est prolongée du 15 mai 2023 au 14 mai 2024 et du 15 mai 2024 au 14 mai 2025*.

***AVIS* :** *Une nouvelle période d'application de la* Lettre d'entente n° 367 *est en vigueur du 15 mai 2024 au 14 mai 2025*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce _____jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 368 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

VISANT À ACCROÎTRE L'ACCÈS À L'OFFRE DE SERVICES EN PREMIÈRE LIGNE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ

CONSIDÉRANT la problématique d'accessibilité aux services médicaux de première ligne au Québec et la volonté des parties de travailler de concert afin de régler cette problématique de façon satisfaisante;
CONSIDÉRANT l'objectif partagé par les deux parties d'accroître l'offre de services médicaux en première ligne;
CONSIDÉRANT qu'il est impératif de favoriser l'accès à un médecin de famille à toute personne inscrite ou non à un médecin de famille, et ce, au bon endroit et au bon moment;
CONSIDÉRANT l'importance d'outiller adéquatement les autorités régionales aux fins de soutien et d'accompagnement des médecins de famille afin de répondre, par la pratique collaborative interprofessionnelle, à la demande de la population inscrite ou non;
CONSIDÉRANT le déploiement des Guichets d'accès à la première ligne (GAP) par le MSSS sur l'ensemble des territoires;
CONSIDÉRANT que les parties souhaitent revoir le modèle de prise de rendez-vous traditionnel qui est moins favorable à un accès aux soins au bon endroit et au bon moment et que pour ce, l'accès adapté est reconnu comme étant un mode d'organisation efficient et nécessaire à déployer dans tous les milieux de première ligne;
CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un équilibre entre la demande et l'offre de service à la population en première ligne, et ce, en facilitant l'accès à un médecin de famille à toute personne inscrite ou non, qui présente un besoin de santé nécessitant une visite au bon professionnel dans un temps opportun;
CONSIDÉRANT le Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé ayant pour objectif prioritaire de donner accès à un médecin de famille ou à un professionnel de la santé en première ligne, notamment par l'inscription de groupe;
CONSIDÉRANT la volonté des parties de mettre de l'avant des changements structurants menant vers un éventuel mode de rémunération à capitation devenant la norme pour les médecins de première ligne;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. INSCRIPTION DE GROUPE : MESURE D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE POUR LES PATIENTS EN ATTENTE AU GAMF

AVIS : *Voir la page Web* Inscription d'un groupe de patients auprès d'un groupe de médecins.

1.1 La mesure implique que les médecins, et leurs professionnels, qui exercent dans un lieu d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, GMF-U en cabinet, CLSC, GMF-U en établissement (ci-après désigné sous le vocable « cabinet »), s'engagent collectivement et sur une base volontaire, à offrir leurs services à un nombre de patients actuellement en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).
1.2 Les patients inscrits en groupe deviennent inscrits au cabinet et ne sont plus considérés orphelins ni en attente au GAMF.
1.3 L'offre de service aux patients inscrits en groupe est dirigée par le GAP de la région ou sous-région. Le GAP agit comme interface entre les besoins des patients inscrits en groupe et l'offre de rendez-vous des cabinets leur étant destinée.

1.4 Chaque DRMG, accompagné d'un comité de médecins créé pour l'assister, identifie des groupes de médecins désirant recevoir un nombre de patients du GAMF. Les DRMG et les groupes de médecins de territoires limitrophes peuvent collaborer à la distribution des patients en attente au GAMF. Les PDG des CISSS et des CIUSSS sont également co-responsables de la démarche.
Aux fins de mobilisation sur le terrain, chaque DRMG est chargé de distribuer les patients en attente au GAMF de sa région aux médecins participant à la mesure qui exercent dans les lieux d'inscriptions de première ligne du territoire.
1.5 La cible de patients à inscrire collectivement représente 500 000 patients en attente au GAMF et la priorité est donnée aux patients vulnérables identifiés A, B et C au GAMF.
Aux fins de détermination de la cible de patients à inscrire en groupe par le cabinet, le DRMG identifie auprès des cabinets de son territoire la contribution que chacun d'eux confirme être en mesure d'effectuer dans le cadre de la présente mesure. Le DRMG conviendra d'une entente avec les médecins du cabinet afin de déterminer le nombre de patients que le cabinet accepte d'inscrire en groupe. Le DRMG informe le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) des ententes prises sur le territoire et le GACO en informe la RAMQ. Celle-ci déclenche alors l'inscription de groupe auprès des patients visés.
Au plus tard le 30 juin 2022, chaque DRMG confirme au ministre le nombre de patients qui sera inscrit en groupe sur son territoire, en détaillant le tout par milieu et en fonction du jalon un identifié à l'article 1.8. Le même exercice est effectué au 30 septembre 2022 pour le jalon deux et au 31 janvier 2023 pour le jalon trois du même article.
1.6 L'offre médicale requise est d'une (1) plage de rendez-vous par année par patient prévu au contrat d'engagement du groupe, soit l'équivalent de 0,25 plage par trimestre. Ces plages de rendez-vous sont distribuées par trimestre et doivent être communiquées au GAP par l'orchestrateur. Les médecins rencontrent leurs obligations que les plages soient utilisées ou non par le GAP.
« Nonobstant à ce qui est prévu précédemment, le DRMG peut, selon les besoins de sa région, autoriser un pourcentage de distribution différent pour les trimestres débutant le 1er décembre 2023 et le 1er mars 2024. Le total des plages de sans rendez-vous dans ces trimestres doit correspondre au nombre attendu à l'engagement. »

AVIS **:** *Pour se prévaloir de cette modalité, le DRMG doit acheminer au préalable une lettre d'autorisation à la RAMQ en indiquant le pourcentage de distribution des plages de rendez-vous offertes pour le groupe de médecins. Pour toutes questions, se référer à son DRMG.*

1.7 La proportion de patients identifiés A, B ou C qui composent le lot de patients provenant du GAMF distribué à un cabinet doit refléter la priorité identifiée à l'article 1.5.
1.8 La cible attendue de la distribution de patients en attente au GAMF et d'inscriptions de groupe identifiées à l'article 1.5 des présentes doit être atteinte au plus tard le 31 mars 2023, représentant 500 000 plages de rendez-vous additionnelles destinées aux patients inscrits en groupe sur base annuelle.
Aux fins de suivi de l'évolution dans l'offre de service aux patients sans médecin de famille, la progression des cibles s'effectue de la façon suivante :

- Au 31 juillet 2022, un minimum de 50 % de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente;
- Au 31 décembre 2022, un minimum de 75 % de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente;
- Au 31 mars 2023, 100 % de la cible de patients inscrits en groupe est atteint, incluant l'offre de service médicaux conséquente.

1.9 La Régie informe, par écrit, chacun des patients inscrits par un groupe, du nom et du lieu du cabinet auprès duquel il est inscrit ainsi que les coordonnées et informations pertinentes de leur GAP.

1.10 L'offre de service aux patients visés par une inscription de groupe est la même dont bénéficient les patients inscrits à l'un ou l'autre des médecins de ce cabinet, sans toutefois se voir attribuer spécifiquement à un médecin.
Le fait pour un patient d'être inscrit en groupe n'empêche pas un médecin de l'inscrire individuellement, auquel cas les modalités et conditions de rémunération liées à l'inscription individuelle d'un patient en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle* s'appliquent comme si le patient provenait du GAMF.
1.11 La prise de rendez-vous, selon le cas, au médecin ou à un professionnel du cabinet, est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par les DRMG. Toutefois, dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.
1.12 Le cabinet tient un registre des consultations de rencontres de chaque professionnel du cabinet avec les patients inscrits au cabinet. Le registre est transmis à la Régie à la fin de chaque trimestre. Les consultations captées par un autre système ou registre équivalent ne sont pas visées par la présente modalité.
1.13 Les médecins participant à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle.
Les modalités suivantes s'appliquent :
1) Le nombre de forfaits alloués correspond au nombre de patients pris au GAMF prévu à l'engagement du groupe.
2) Aux fins de l'application de la présente mesure, les trimestres se répartissent comme suit :

- 1er trimestre : 1er juin 2022 au 31 août 2022;
- 2e trimestre : 1er septembre 2022 au 30 novembre 2022;
- 3e trimestre : 1er décembre 2022 au 28 février 2023;
- 4e trimestre : 1er mars 2023 au 31 mai 2023;
- 5e trimestre : 1er juin 2023 au 31 août 2023;
- 6e trimestre : 1er septembre 2023 au 30 novembre 2023;
- 7e trimestre : 1er décembre 2023 au 29 février 2024;
- 8e trimestre : 1er mars 2024 au 31 mai 2024;

3) La détermination du nombre de forfaits en cours de trimestre se fait sur la base du contrat d'engagement, et ses addenda, conclu entre le groupe de médecins et le DRMG. En cas de modification du contrat d'engagement en cours de trimestre par addendum, c'est le nombre de patients le plus élevé qui sert de référence pour la détermination du nombre de forfaits applicable à ce trimestre.
4) Le montant du forfait est de 30 $ par trimestre.
5) Les forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Le rapport généré par le hub est transmis au médecin responsable désigné par le groupe de médecins, à une adresse courriel qui respecte les exigences de sécurité du réseau de la santé.
6) Suivant le constat à l'effet que le groupe se qualifie à la mesure de rémunération et afin d'assurer l'application des modalités de rémunération, un médecin responsable, désigné par le groupe de médecins, répartit les forfaits entre les médecins en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés aux patients inscrits.
Le médecin réclame les forfaits alloués à la Régie.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42251**.*

Utiliser un maximum de 1000 forfaits par ligne de facture :
- le total des forfaits facturés correspond au nombre de patients alloués à chaque médecin par le médecin responsable;
- la date du forfait correspond à la dernière journée du trimestre. En cas d'absence prolongée, la date du forfait correspond à la journée qui précède la date de début du congé.
Un forfait égale un patient inscrit au groupe.

Dans le cas où un médecin travaille dans plus d'un site d'un GMF, le forfait doit être facturé dans le site auprès duquel le patient a été attribué, et ce, peu importe où le patient a été vu.

Les trimestres sont les suivants :

- *juin, juillet et août;*
- *septembre, octobre et novembre;*
- *décembre, janvier et février;*
- *mars, avril et mai.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les services rendus au patient doivent être facturés selon le lieu réel de dispensation.

7) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.
8) De façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le versement des forfaits au groupe de médecins pour le premier trimestre est lié à l'atteinte de l'offre médicale qui sera mesurée pour le deuxième trimestre. Ainsi, les forfaits du premier trimestre et du deuxième trimestre seront versés simultanément. Pour bénéficier de la présente disposition, le groupe de médecins ne doit toutefois pas avoir réduit le nombre de patients inscrits en groupe au deuxième trimestre.
1.14 Le médecin, dans le cadre d'une visite dédiée aux patients inscrits de groupe, bénéficie de la modalité d'exception suivante :
Au lieu de la tarification de la visite ponctuelle mineure et de la visite ponctuelle complexe, normalement applicables dans le cadre du sans rendez-vous, il peut réclamer la visite de suivi prévue pour les patients inscrits vulnérables ou non vulnérables apparaissant au paragraphe 2.2.6 A c) 3) du Préambule général.

AVIS **:** *Pour un patient inscrit en groupe, utiliser l'élément de contexte* **Patient inscrit en groupe selon la LE – Accès à l'offre de services en première ligne** *pour la facturation des visites de suivi et des visites ponctuelles mineures ou complexes paraissant aux alinéas 3), 4) et 5) du paragraphe 2.2.6 A c).*

AVIS **:** *Pour la compensation des frais de cabinet du médecin qui rend des services au sans rendez-vous le jour même, utiliser :*
- le code de facturation ***19928*** *(services rendus à au moins 10 patients);*
- le code de facturation ***19929*** *(services rendus à au moins 20 patients);*
- l'élément de contexte **GMF – Sans rendez-vous** *ou* **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

La compensation des frais de cabinet doit être demandée sur une facture différente de celle pour les services rendus à un patient inscrit en groupe.

1.15 L'inscription de groupe est considérée comme une inscription individuelle aux fins des subventions prévues aux programmes GMF. Les visites médicales des patients inscrits en groupe sont considérées aux fins de la mesure 8.4 du programme GMF.
1.16 Lors du départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de pratique, de son déménagement ou de son décès, les patients qui n'ont pu être inscrits individuellement aux autres médecins du cabinet en vertu de la Lettre d'entente n° 304 peuvent être inscrits en groupe, en tout ou en partie, à ce même milieu afin d'assurer la continuité de services. À cet effet, les modalités de la présente entente trouvent application pour ces patients désormais inscrits en groupe. L'inscription de groupe n'ouvre toutefois pas à l'application des modalités de la Lettre d'entente n° 304.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Entente pour l'inscription de patients à un groupe de médecins – Lettre d'entente n° 368 *(4517)*.

1.17 La prestation de service collective qui ne répondra pas aux attentes fera échec au versement des forfaits. Lorsque la RAMQ constate, dans le cadre de ses contrôles, qu'au cours d'un trimestre que la prestation de services collective n'a pas répondu aux attentes, elle récupère l'ensemble des forfaits versés durant un trimestre donné. À cette fin, le médecin responsable conserve copie des rapports reçus à titre de pièces justificatives pour la rémunération de la présente mesure.

2. MESURE D'ACCÈS AUX PATIENTS SANS MÉDECIN DE FAMILLE

AVIS **:** *Voir la page Web* Réservation de plages de sans rendez-vous en GMF-AR.

2.1 Le résiduel des autres patients en attente au GAMF ainsi que ceux qui sont orphelins, mais non-inscrits au GAMF sont dirigés vers une offre réservée de sans rendez vous populationnel des cliniques adhérentes auGMF-AR ayant pour effet de diminuer la consommation de services médicaux de ces patients aux urgences. Le médecin rencontre son obligation que les plages soient utilisées ou non.
2.2 Afin de mobiliser l'offre de services médicaux nécessaires en réponse aux besoins de ces patients, les parties conviennent qu'une combinaison d'offre existante de plages de sans rendez-vous médicaux et d'offre additionnelle permet de couvrir les besoins des patients sans médecin de famille dans les différents milieux.
2.3 Pour le résiduel des patients en attente au GAMF, composé des patients en attente au GAMF n'ayant pas été inscrits en groupe ainsi que ceux qui s'y inscriront par la suite, les médecins des cabinets du territoire s'assurent, via l'orchestrateur, de réserver à l'usage du GAP le nombre de plages de sans rendez-vous médical nécessaire en réponse aux besoins médicaux déterminé au niveau local par les DRMG et les PDG.
La prise de rendez-vous est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par les DRMG. Dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.

Aux fins de l'application de la présente disposition, le médecin informe le GAP du nombre annuel de plages qu'il réserve.

2.4 Pour les patients sans médecin de famille non-inscrits au GAMF et ceux inscrits à un autre lieu d'inscription, ceux-ci sont dirigés vers le sans rendez vous populationnel selon les mécanismes habituels.

2.5 Les médecins participant à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle. Les forfaits alloués correspondent au nombre de visites effectuées trimestriellement auprès de la clientèle inscrite à un autre lieu d'inscription et auprès des patients orphelins.

Les modalités suivantes s'appliquent :

1) Aux fins de l'application de la présente mesure, les trimestres se répartissent comme suit :

- 1er trimestre : 1e juin 2022 au 31 août 2022;
- 2e trimestre : 1er septembre 2022 au 30 novembre 2022;
- 3e trimestre : 1er décembre 2022 au 28 février 2023;
- 4e trimestre : 1er mars 2023 au 31 mai 2023;
- 5e trimestre : 1er juin 2023 au 31 août 2023;
- 6e trimestre : 1er septembre 2023 au 30 novembre 2023;
- 7e trimestre : 1er décembre 2023 au 29 février 2024;
- 8e trimestre : 1er mars 2024 au 31 mai 2024;

2) Les forfaits sont les suivants :

Nombre de visites de patients inscrits ailleurs ou orphelins	Forfait trimestriel par médecin
25 à 62	625 $
63 à 124	1 250 $
125 à 187	3 750 $
188 à 249	6 250 $
250 à 312	8 750 $
313 à 374	11 250 $
375 et plus	13 750 $

3) Ces forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par la Régie. Cette validation s'effectue le dernier jour du trimestre d'application.

4) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

2.6 Les visites d'un patient orphelin ou inscrit ailleurs effectuées pour un suivi en dehors de la mission AR du GMF sont comptabilisées aux fins de la présente mesure et du Programme GMF-AR.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Visite rendue ailleurs qu'en GMF-AR en suivi de la première visite effectuée en GMF-AR** *sur les visites qui suivent la première visite faite en GMF-AR pour un même patient.*

2.7 Le médecin qui inscrit à son nom un patient orphelin ou inscrit ailleurs avec un indicateur d'admissibilité lors d'une visite au sans rendez-vous du GMF-AR est réputé avoir inscrit un patient comme s'il avait été attribué par le GAMF. Dans un tel cas, le médecin bénéficie des modalités prévues à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Patient inscrit dans le cadre de la mesure d'accès aux patients sans médecin de famille** *si le médecin a inscrit un patient auprès de lui dans le GMF-AR et qu'il veut utiliser les codes de facturation* ***19957, 19959*** *ou* ***19960****.*

2.8 De façon exceptionnelle, les patients inscrits en groupe ailleurs qu'au lieu de consultation du GMF-AR sont comptabilisés pour les fins de la présente mesure.

3. MESURE D'ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN POUR LES PATIENTS INSCRITS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

AVIS **:** *Voir la page Web* Forfait pour consultation en temps opportun.

3.1 La mesure doit permettre aux patients inscrits ayant une condition urgente ou semi urgente d'avoir accès à leur médecin de famille ou leur groupe tel que défini à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle* dans un court délai ayant pour effet de diminuer la consommation de services médicaux de ces patients aux services de sans rendez-vous populationnel de première ligne et aux urgences.

3.2 Chaque médecin de famille ayant une pratique de prise en charge est appelé, sur une base volontaire, à ajuster sa pratique de sorte que soit réservé un nombre de plages accessibles pour les besoins de consultation à court terme de ses patients selon les principes souples de l'accès adapté. Ces plages de rendez-vous sont accessibles directement aux patients inscrits ainsi que, aux fins de réorientation, aux services d'urgence et dans les lieux de première ligne autres que leur lieu d'inscription. L'évaluation de la pertinence des besoins de consultation à court terme des patients inscrits relève de leur lieu d'inscription et des partenaires des urgences ou autres lieux de première ligne. À cet égard, les autorités régionales partagent les outils qui seront développés en matière de gestion de la pertinence.

3.3 La définition d'une visite en accès en temps opportun est la suivante :
Visite réalisée par le médecin dont la plage de rendez-vous a été ouverte au plus trente-six (36) heures avant, ou au plus soixante-douze (72) heures avant.

3.4 Les cibles associées au changement de pratique vers l'accès adapté sont évolutives afin de faciliter la gestion du changement.

3.4.1 Pour le premier trimestre de la mesure, soit pour la période comprise entre le 1er juin 2022 au 31 août 2022, un minimum de 10 % des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.

3.4.2 Pour le deuxième trimestre de la mesure, soit pour la période comprise entre le 1er septembre 2022 au 30 novembre 2022, un minimum de 15% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.

3.4.3 Pour le troisième trimestre de la mesure, soit pour la période comprise entre le 1er décembre 2022 et le 28 février 2023, un minimum de 20% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.

3.4.4 Pour le quatrième trimestre de la mesure soit pour la période comprise entre le 1er mars 2023 et 31 mai 2023 et les trimestres suivants, un minimum de 30% des visites réalisées par le médecin doit être des visites en accès en temps opportun, dont au moins le tiers en 0-36 h.

3.5 La mesure de l'atteinte des cibles se réalise de la façon ci-après :

- L'indicateur d'accès en temps opportun est mesuré de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre de visites réalisées en accès en temps opportun par le médecin auprès de sa clientèle inscrite individuellement et celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe}}{\text{Nombre total des visites réalisées par le médecin auprès de sa clientèle inscrite individuellement et celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe}} > = X\ \%$$

- La proportion d'accès en moins de 36 heures est mesurée de la façon suivante :

Nombre de visites en temps opportun (0-36 h) réalisées
par le médecin auprès de sa clientèle inscrite individuellement
et celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe

_____ > = 33%
Nombre total de visites en temps opportun (0-72 h)
réalisées par le médecin
auprès de sa clientèle inscrite individuellement et
celle inscrite individuellement à un médecin de son groupe

3.6 Les plages offertes sont déployées par le système électronique de prise de rendez-vous du médecin et de son groupe sur l'orchestrateur (hub) de rendez-vous dont la mise en œuvre est de la responsabilité du MSSS. À cet égard, la FMOQ s'engage à son entière participation à cette technologie.
Le médecin et son cabinet demeurent les seuls responsables d'informer les patients des moyens permettant l'accès à ces plages de rendez-vous en accès opportun.
3.7 Les médecins participant à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle. Les forfaits alloués correspondent au nombre de patients inscrits ayant le statut d'actifs ou non en tenant compte des cibles identifiées à l'article 3.4. Le nombre de patients est établi au premier jour du mois précédant chaque trimestre d'application.

AVIS **:** *Lorsque le médecin reçoit le rapport concernant les données de l'orchestrateur, il constate qu'il respecte les seuils établis.*

*Utiliser le code de facturation **42252**.*

La date du forfait correspond à la dernière journée du trimestre. En cas d'absence prolongée, la date du forfait correspond à la journée qui précède la date de début du congé.

La RAMQ déterminera le montant à payer selon le nombre de patients inscrits auprès du médecin.

Les trimestres sont les suivants :

- *juin, juillet et août;*
- *septembre, octobre et novembre;*
- *décembre, janvier et février ;*
- *mars, avril et mai.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les modalités suivantes s'appliquent :
1) Les forfaits sont les suivants :

Nombre de patients inscrits actifs ou non	Forfait trimestriel par médecin
100 à 249	250 $
250 à 499	625 $
500 à 749	1 250 $
750 à 999	2 500 $
1 000 à 1 249	3 750 $
1 250 à 1 499	5 000 $
1 500 à 1 749	6 250 $
1 750 à 1 999	7 500 $
2 000 et plus	8 750 $

2) Ces forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte des cibles de l'article 3.4 mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Le rapport généré par l'orchestrateur attestant de l'atteinte ou non des cibles, est transmis au médecin à une adresse courriel qui respecte les exigences de sécurité du réseau de la santé. À cette fin, le médecin conserve copie des rapports reçus à titre de pièces justificatives pour la rémunération de la présente mesure.
3) Le médecin réclame le paiement des forfaits à la Régie. Ces forfaits sont payés en contrepartie du respect des cibles identifiées à l'article 3.4.
4) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.
5) De façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le médecin qui rencontre la cible lors du deuxième trimestre est réputé avoir rencontré la cible du premier trimestre. Les forfaits du premier et du deuxième trimestre seront versés simultanément.

4. COMITÉ DE SUIVI

4.1 Un comité composé de représentants du MSSS et de la FMOQ est constitué pour assurer le suivi régulier de l'évolution des cibles et de l'effet des mesures des présentes sur l'accès en première ligne.
4.2 Les principaux éléments du mandat du comité de suivi sont notamment les suivants :
4.2.1 Analyser les données nécessaires, incluant les visites constatées aux services d'urgence des établissements et les données provenant de l'orchestrateur;
4.2.2 Apprécier l'offre de services médicaux aux patients inscrits en groupe;
4.2.3 Assurer le suivi et l'évaluation de l'adéquation entre l'offre de rendez-vous médicaux et les besoins à combler en sans rendez-vous pour la population sans médecin de famille;
4.2.4 Évaluer l'impact de l'accès en temps opportun sur l'accès;
4.2.5 Assurer que les médecins participants bénéficient d'un environnement favorable à la réalisation de cette mesure en tenant compte des points identifiés à l'article 5.1;
4.2.6 Assurer le suivi des obligations qui incombent à la RAMQ;
4.2.7 Évaluer l'impact des mesures sur la demande de service des patients;
4.2.8 Favoriser et soutenir l'évolution des inscriptions individuelles et de groupe dans le temps.
4.3 Les DRMG et les responsables des GAP sont invités à contribuer aux travaux d'évaluation de ce comité.
4.4 Le comité recommande aux parties contractantes les ajustements pertinents.

« Pour les fins exclusives de la présente entente, le comité de suivi est considéré comme un comité paritaire aux fins de l'Entente générale.

Le comité peut examiner la situation d'un médecin selon le contexte factuel qui lui est présenté et les données pertinentes disponibles, et il recommande aux parties contractantes la dérogation qu'il juge pertinente.

Dans le cadre de son mandat, le comité de suivi a le pouvoir de recommander toute dérogation à la présente entente.

Les parties contractantes disposent des recommandations du comité de suivi et en informent la RAMQ par lettre administrative, le cas échéant. »

5. ENVIRONNEMENT FAVORABLE

5.1 Le MSSS et les établissements favorisent un environnement propice à la réalisation de la présente lettre d'entente, soit :

- Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal des GAP;
- Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal de l'orchestrateur de rendez-vous;
- Favoriser les AMP exclusives en prise en charge et viser, après évaluation des impacts, un moratoire sur les demandes concernant les activités médicales particulières du secteur vi) de l'article 361 de la LSSSS;
- Favoriser le recrutement de nouveaux médecins auprès des groupes de médecins adhérant à la mesure 1;
- Favoriser le maintien des ressources humaines prévues aux programmes GMF et GMF AR;
- Favoriser les corridors d'accès en médecine spécialisée;
- Favoriser le maintien des plateaux techniques;
- Favoriser la conclusion d'une entente sur la collaboration avec les IPS-PL.

6. DURÉE DES MESURES PRÉVUES PAR LA PRÉSENTE LETTRE D'ENTENTE

6.1 Les mesures prévues aux articles 1, 2 et 3 des présentes demeurent en vigueur jusqu'à l'introduction du nouveau mode de rémunération basé sur la capitation.
6.2 Les parties reprennent, au forum approprié et au moment opportun, les échanges permettant de convenir et mettre en œuvre le mode de rémunération à capitation pour une mise en application souhaitée en 2023.

7. DIVERS

7.1 Pour les médecins participant à la mesure prévue à l'article 1, 2 ou 3, il est entendu de suspendre les impacts financiers du taux d'assiduité individuel tel que défini au paragraphe 15.06 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ainsi que le taux d'assiduité collectif prévu aux Programmes GMF et GMF-AR jusqu'à l'entrée en vigueur du mode de rémunération par capitation.
Dans l'éventualité où le médecin participant à l'une des mesures de la présente lettre d'entente n'atteint pas les cibles convenues au cours d'un ou de plusieurs trimestres, les suppléments prévus au paragraphe 15.01 de l'entente particulière mentionnée précédemment sont versés au prorata des trimestres réalisés.
7.2 La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale.

8. PRISE D'EFFET

8.1 La présente lettre d'entente prend effet le 1er juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :
i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;
Ou,
ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2022.

LETTRE D'ENTENTE No 368 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n 204

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 369 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DECOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE No 368

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 368, d'implanter des nouvelles modalités visant à accroître l'offre de service en première ligne et l'interdisciplinarité;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement
1. Un montant de 298,1 M$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 368.
II- Suivi
2. De façon plus spécifique, les coûts découlant de la visite de suivi prévue à l'article 1.14 de la Lettre d'entente n° 368 sont financés comme suit :
2.1 Un premier 50 % des coûts est financé à même le financement prévu à la présente lettre d'entente;

2.2 Le second 50 % des coûts est financé hors enveloppe ou par l'évolution de la pratique, en cas de résiduel des sommes de l'enveloppe budgétaire globale en lien avec ce pourcentage de rajustement, et ce, de façon exceptionnelle et malgré l'article 3.7 de l'Annexe IX.

3. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 368, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
4. Advenant une non-atteinte monétaire ou des cibles de la Lettre d'entente n° 368, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.
III- Durée
5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :

i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;
Ou,
ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_____ ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 370 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES AU MÉDECIN QUI EXERCE EN DEUXIÈME LIGNE ET DÉCOULANT DE L'ENTENTE DE PRINCIPE MSSS-FMOQ AFIN D'ACCROÎTRE L'ACCÈS A L'OFFRE DE SERVICES EN PREMIERE LIGNE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1er juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement sur la base des services dispensés en établissement en excluant les milieux d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, GMF-U en cabinet, CLSC et GMF-U en établissement), les services dispensés prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille*, le montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle*, les montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements, les activités dispensées hors Québec et celles dans le cadre de l'expertise CNESST.
Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1er juin 2022 au 31 mai 2023 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement le ou vers le 30 novembre 2022, le ou vers le 28 février 2023, le ou vers le 31 mai 2023 et le ou vers le 31 août 2023;
b) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1er juin 2023 au 31 mai 2024 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement respectivement le ou vers le 30 novembre 2023, le ou vers le 28 février 2024, le ou vers le 31 mai 2024 et le ou vers le 31 août 2024;
c) Le taux applicable aux fins du calcul de ces montants forfaitaires prévus aux alinéas a) et b) ci-dessus correspond à 21,6

- i)le montant des services identifiés au premier alinéa de la présente disposition;
- ii) le montant des services identifiés à l'article 2 de la Lettre d'entente n° 376.

2.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et elle se termine à l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 371 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DÉCOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE No 370

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 370, de verser un montant forfaitaire trimestriellement pour les services dispensés en établissement, en excluant les milieux d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, GMF-U en cabinet, CLSC et GMF-U en établissement), au cours de la période visée;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement
1. Un montant de 160,8 M$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015 2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 370.
II- Suivi
2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 370, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de cette mesure et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 370, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.
III- Durée
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et elle se termine le 31 mai 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_____ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 372 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'ENTENTE DE PRINCIPE MSSS-FMOQ AFIN D'ACCROÎTRE L'ACCÈS A L'OFFRE DE SERVICES EN PREMIERE LIGNE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1er juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement sur la base des services dispensés dans les milieux d'inscription de première ligne (cabinet GMF, cabinet non GMF, GMF-U en cabinet, CLSC et GMF-U en établissement) des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé désignés par arrêté du ministre à l'Annexe XII , à l'exception de ceux prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, de ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille*, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'*Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle*, des montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements, les activités dispensées hors Québec et celles découlant de la CNESST.
Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1er juin 2022 au 31 mai 2023 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement le ou vers le 30 novembre 2022, le ou vers le 28 février 2023, le ou vers le 31 mai 2023 et le ou vers le 31 août 2023;
b) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1er juin 2023 au 31 mai 2024 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement le ou vers le 30 novembre 2023, le ou vers le 28 février 2024, le ou vers le 31 mai 2024 et le ou vers le 31 août 2024;
c) Ce forfait correspond au différentiel à combler entre le taux de majoration en cabinet et celui en établissement conformément aux modalités de l'Annexe XII.

2.00 En cas d'impact négatif de la présente lettre d'entente observable sur la main-d'œuvre médicale œuvrant en établissement dans l'un ou l'autre des territoires visés à l'Annexe XII, le ministre peut, après en avoir discuté avec la FMOQ, suspendre la mesure, par lettre administrative envoyée à la Régie. Les parties analysent alors la situation et procèdent à la révision des modalités afin de solutionner les enjeux.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et elle se termine au plus tard le 31 mai 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 373 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DÉCOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE No 372

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 372, de verser un montant forfaitaire trimestriellement pour les services dispensés dans les milieux d'inscription prévus à l'Annexe XII de l'Entente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement
1. Un montant de 22,9 M$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015 2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 372.
II- Suivi
2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 372, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 372, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.
III- Durée
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et le demeure pour une période de deux ans à moins qu'il en soit décidé autrement, le tout conformément aux dispositions de l'article 3 de la Lettre d'entente n° 372.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_____ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 374 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

VISANT À ACCROÎTRE L'ACCÈS EN SANS RENDEZ-VOUS POPULATIONNEL DANS LES MILIEUX NON GMF

CONSIDÉRANT la mesure d'accès aux patients sans médecin de famille prévue à la Lettre d'entente n° 368 pour les milieux de pratique en GMF-AR;
CONSIDÉRANT qu'il est souhaitable de favoriser également l'accès à la clientèle sans médecin de famille dans les milieux hors GMF afin d'accroître l'offre de service en première ligne;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les patients en attente au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ainsi que ceux qui sont orphelins, mais non-inscrits au GAMF, peuvent être dirigés vers une offre réservée de sans rendez-vous populationnel des cabinets ou CLSC non adhérents aux programmes GMF et GMF-AR.

2.00 La mesure implique que les médecins visés participant à la mesure conviennent avec le DRMG d'une entente qui détermine pour chaque trimestre d'application le nombre de plages que les médecins acceptent d'offrir au sans rendez-vous populationnel.
Pour ce faire, les médecins d'un cabinet ou d'un CLSC visé s'assurent, via l'orchestrateur, de réserver à l'usage du guichet d'accès première ligne (GAP), le nombre de plages de sans rendez-vous médical convenu avec le DRMG de son territoire.

3.00 Le médecin rencontre son obligation que les plages soient utilisées ou non.

4.00 La prise de rendez-vous est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou, à défaut, selon le plan de contingence établi localement par le DRMG.

5.00 Dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet ou le CLSC, auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin.

6.00 Aux fins de l'application de la présente mesure, le médecin informe le GAP du nombre de plages annuelles qu'il réserve.

7.00 Pour les patients sans médecin de famille non-inscrits au GAMF, ceux-ci sont dirigés vers le sans rendez-vous populationnel selon les mécanismes habituels. La prise de rendez-vous est sous la responsabilité de la clinique selon son fonctionnement habituel en sans rendez-vous populationnel.

8.00 Les médecins qui participent à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle.
Les modalités suivantes s'appliquent :

1) Le forfait alloué au groupe correspond au nombre de plages offertes trimestriellement par l'ensemble des médecins participants. Un médecin responsable, désigné par les médecins qui participent à la mesure, répartit le forfait trimestriel entre les médecins en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés.
2) Aux fins de l'application de la présente mesure, les trimestres se répartissent comme suit :
   - 1er trimestre : 1er juin 2022 au 31 août 2022;
   - 2e trimestre : 1er septembre 2022 au 30 novembre 2022;
   - 3e trimestre : 1er décembre 2022 au 28 février 2023;

- 4e trimestre : 1er mars 2023 au 31 mai 2023;
- 5e trimestre : 1er juin 2023 au 31 août 2023;
- 6e trimestre : 1er septembre 2023 au 30 novembre 2023;
- 7e trimestre : 1er décembre 2023 au 29 février 2024;
- 8e trimestre : 1er mars 2024 au 31 mai 2024.

3) Le nombre de plages offertes aux patients sans médecin de famille et le nombre de forfaits trimestriels qui lui est associé sont les suivants :

Nombre de plages offertes aux patients sans médecin de famille	Forfait trimestriel au groupe
300 à 449	5 277 $
450 à 599	7 915 $
600 à 749	10 553 $
750 à 899	13 191 $
900 à 1 049	15 829 $
1 050 à 1 199	18 467 $
1 200 à 1 349	21 106 $
1 350 à 1 499	23 744 $
1 500 à 1 649	26 382 $
1 650 à 1 799	29 020 $
1 800 à 1 949	31 658 $
1 950 et plus	34 297 $

4) Ces forfaits sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Le rapport généré par le hub est transmis au médecin responsable désigné par le cabinet, à une adresse courriel qui respecte les exigences de sécurité du réseau de la santé.

5) Suivant le constat à l'effet que les médecins du cabinet se qualifie à la mesure de rémunération et afin d'assurer l'application des modalités de rémunération, le médecin responsable répartit les forfaits en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés aux patients au sans rendez-vous populationnel.

Le médecin réclame à la Régie la part du forfait trimestriel qui lui est alloué.

AVIS **:** *Utiliser un seul et même code de facturation par lieu pour l'ensemble des médecins selon votre situation.*

Utiliser un maximum de 1000 forfaits par ligne de facture selon le montant qui vous a été accordé par le médecin responsable, en fonction du nombre de plages ayant été offertes.

La date du forfait correspond à la dernière journée du trimestre. En cas d'absence prolongée, la date du forfait correspond à la journée qui précède la date de début du congé.

Les trimestres sont les suivants :

- *juin, juillet et août;*
- *septembre, octobre et novembre;*
- *décembre, janvier et février;*
- *mars, avril et mai.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Utiliser le code de facturation selon le nombre de plages offertes aux patients sans médecin de famille :

Nombre de plages offertes aux patients sans médecin de famille	*Code de facturation à utiliser*
300 à 449	*42253*
450 à 599	*42254*
600 à 749	*42255*
750 à 899	*42256*
900 à 1 049	*42257*
1 050 à 1 199	*42258*
1 200 à 1 349	*42259*
1 350 à 1 499	*42260*
1 500 à 1 649	*42261*
1 650 à 1 799	*42262*
1 800 à 1 949	*42263*
1 950 et plus	*42264*

6) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

9.00 La présente lettre d'entente prend effet le 1er juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :
i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;
Ou,
ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 375 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COUTS DECOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE No 374

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 374, d'implanter de nouvelles modalités visant à accroître l'accès en sans rendez-vous populationnel dans les milieux hors GMF;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement
1. Un montant de 0,3 M$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 374.
II- Suivi
2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 374, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 374, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.
III- Durée
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :
i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;
Ou,
ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_____ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 376 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l' Amendement n° 204

AYANT TRAIT AU VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES AU MÉDECIN QUI EXERCE AUPRÈS DE CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES ET DÉCOULANT DE L'ENTENTE DE PRINCIPE MSSS-FMOQ AFIN D'ACCROÎTRE L'ACCÈS À L'OFFRE DE SERVICES EN PREMIÈRE LIGNE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1er juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement sur la base des services dispensés en première ligne dans les secteurs d'activité suivants :

- Enseignement
- Gériatrie ambulatoire
- Itinérance
- Interruption volontaire de grossesse
- Musculosquelettique
- Santé mentale
- Pédiatrie sociale
- Réfugiés
- Soins à domicile
- Suivi de grossesse
- Soins palliatifs
- Toxicomanie

2.00 Les parties identifient les actes sur lesquels le montant forfaitaire est applicable.

3.00 Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1er juin 2022 au 31 mai 2023 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement respectivement le ou vers le 30 novembre 2022, le ou vers le 28 février 2023, le ou vers le 31 mai 2023 et le ou vers le 31 août 2023;
b) Un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1er juin 2023 au 31 mai 2024 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé trimestriellement respectivement le ou vers le 30 novembre 2023, le ou vers le 28 février 2024, le ou vers le 31 mai 2024 et le ou vers le 31 août 2024;
c) Le taux applicable aux fins du calcul de ces montants forfaitaires prévus aux alinéas a) et b) ci-dessus correspond à 21,6

- i) le montant des services identifiés à l'article 2 de la présente entente;
- ii) le montant des services identifiés au premier alinéa de la Lettre d'entente n° 370.

4.00 Le comité paritaire peut être saisi de toute demande particulière en lien avec cette lettre d'entente dont notamment une pratique non prévue à l'article 1. Après analyse, il effectue ses recommandations aux parties négociantes pour décision.

5.00 La présente lettre d'entente prend effet le 1er juin 2022 et elle se termine à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :
i) l'introduction du nouveau mode de rémunération par capitation;

Ou,
ii) l'épuisement des sommes affectées au financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de_____ 2022.

d) Le montant forfaitaire visant les services dispensés dans le programme de soutien à domicile en CLSC, à tarif horaire ou à honoraires fixes, pour la période du 1er juin 2022 au 30 novembre 2022, est établi à partir des heures facturées par le médecin avec le code d'activité xxx404 durant la période du 1er janvier 2023 au 31 mars 2023.

Toutefois, pour le médecin n'ayant pas facturé le code d'activité visé entre le 1er janvier 2023 et le 31 mars 2023, mais ayant facturé des services à tarif horaire ou à honoraires fixes dans le programme de soutien à domicile en CLSC entre le 1er juin 2022 et le 30 novembre 2022, le montant forfaitaire est établi sur la base d'une déclaration solennelle à la Régie du médecin identifié par les parties. Cette déclaration fait suite à la transmission par la Régie au médecin identifié d'un relevé de facturation admissible quant au nombre d'heures effectuées dans le secteur en cause durant la période du 1er juin au 30 novembre 2022.

Le médecin visé doit transmettre sa déclaration à la Régie dans les 90 jours qui suivent la mise à la poste du relevé de facturation admissible du médecin.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 377 : Abrogée en date du 1er juin 2024 par l'Amendement n° 204

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COUTS DECOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE No 376

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de la Lettre d'entente n° 376, de verser un montant forfaitaire trimestriellement pour les services dispensés en première ligne auprès de clientèles spécifiques;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement
1. Un montant de 12,0 M$ non-récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2015 2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la Lettre d'entente n° 376.
II- Suivi
2. Afin d'assurer le respect des coûts de la Lettre d'entente n° 376, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier de ces mesures et d'y apporter les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant une non-atteinte monétaire découlant de la Lettre d'entente n° 376, les sommes résiduelles demeurent à l'enveloppe budgétaire et sont allouées selon les principes établis à l'Accord-cadre 2015-2023, soit par des modalités identifiées par la FMOQ.
III- Durée
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et le demeure pour une période de deux ans à moins qu'il en soit décidé autrement, le tout conformément aux dispositions de l'article 3 de la Lettre d'entente n° 376.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_____ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 378

Concernant le suivi des monitorings réalisés pour les années 2015-2016 à 2020-2021 et de l'affectation de la non-atteinte non récurrente au 31 mars 2021

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les parties conviennent de l'ensemble des monitorings pour les années 2015-2016 à 2020-2021.

2.00 Les parties conviennent qu'il n'y a plus de suivi des coûts à effectuer pour les mesures dont la date d'entrée en vigueur est le 1er avril 2018 ou avant.

3.00 Le monitoring de la Lettre d'entente n° 280 est convenu jusqu'au 31 mars 2023. Pour la récurrence de la Lettre d'entente n° 280, les parties conviennent que les discussions sont reportées à une date ultérieure.

4.00 Les parties conviennent que la totalité des non-atteintes non récurrentes évaluées à 114,4 M $ au 27 avril 2022 est affectée au financement des mesures prévues à l'*Entente de principe afin d'accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*.

Dans l'éventualité où les sommes prévues au paragraphe précédent ne sont pas toutes dépensées à l'entente de principe précitée, les sommes sont affectées selon les principes établis à l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023.

5.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2022 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce ____ième jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 379

Concernant l'adaptation des modalités de rémunération de la Section II et de la Section III de l'Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence applicables durant la période de transition des services pour la région de Montréal et Laval vers un hôpital de base et ayant trait à la négociation relative aux conditions et modalités de rémunération applicables à la suite de la période de transition

CONSIDÉRANT la mise en place d'un hôpital de base pour le soutien des services préhospitaliers d'urgence, le besoin d'adapter les modalités de rémunération existantes de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* durant une période de transition et la négociation de la rémunération de ces activités à la suite de deux périodes de transition.

ATTENDU que le ministère entend modifier l'organisation de la dispensation des services préhospitaliers d'urgence pour la région de Montréal et de Laval.
ATTENDU que la dispensation envisagée prévoit que les constats de décès à distance seront intégrés dans les activités courantes des médecins qui assurent la garde sur place à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal vers le 1er octobre 2024.
ATTENDU que la dispensation envisagée prévoit que le support médical en ligne sera pris en charge par les médecins du département de médecine préhospitalière d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal vers le 1er octobre 2023.
ATTENDU que d'ici la mise en place des modifications envisagées, deux périodes de transition de deux ans et d'un an s'appliqueront respectivement aux deux types d'activités.
ATTENDU que le transfert du support en ligne a subi des retards par rapport à l'échéancier prévu.
ATTENDU que durant la période de transition les modalités existantes de rémunération devront s'appliquer aux deux types d'activités.
ATTENDU que les parties s'entendent pour convenir de modalités permettant de rémunérer la participation des médecins, qui assurent présentement les deux types de services, à des activités de formation requises par le Collège des médecins du Québec pour leur permettre d'offrir des services médicaux à l'urgence, à l'hospitalisation de courte durée, en soins palliatifs, en soins physiques en milieu psychiatrique ou tout autre activité convenue par les parties, en s'inspirant de la Lettre d'entente n° 131.
ATTENDU que le préambule fait partie intégrante de la présente.

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Engagement

1.01 Les parties s'engagent à revoir les conditions et les modalités à l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* applicables au médecin qui rend des services dans les régions de Montréal et de Laval en respect du nouveau cadre d'organisation d'un hôpital de base fixé par le ministère.

1.02 Elles s'engagent aussi à convenir de modalités pour rémunérer la participation à des activités de formation requises de médecins déplacés des activités visées par l'Entente particulière pour leur permettre d'exercer d'autres activités médicales.

2.00 Délai

2.01 Les échanges entre les parties seront entrepris dans les meilleurs délais pour se terminer au plus tard le 30 septembre 2023. Les parties peuvent convenir de prolonger cette date d'un commun accord.

3.00 Dispositions transitoires

3.01 D'ici la conclusion des nouvelles conditions et modalités de rémunération, les parties conviennent de maintenir l'application de la Section II de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* sous réserve des adaptations suivantes :

a) À la suite du sous-alinéa 2.01 f) existant, ajouter le sous alinéa g) suivant :

g) les activités de transfert des connaissances concernant les constats de décès entre les médecins existants et les médecins qui s'intègrent à l'offre de constat de décès à compter du 1er octobre 2022.

b) Remplacer le premier alinéa du paragraphe 4.01 par le suivant :

Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé d'un contrat de services professionnels spécifiant le ou les secteur(s) d'activités où il peut exercer. Un médecin détenant une nomination de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal avec privilèges d'exercice au département de médecine préhospitalière d'urgence et sujet à une entente entre cet hôpital et Urgences-santé pour assurer la couverture des constats de décès peut aussi être rémunéré selon les dispositions de la présente section.

AVIS **:** *Utiliser le numéro d'établissement 0027X et le code d'activité* ***215160*** *– Constat de décès.*

c) Ajouter la note suivante à la fin du paragraphe 4.01 :

NOTE :Entre le 1er octobre 2022 et le 30 septembre 2024, 95 % des heures dévolues aux activités de l'alinéa 2.01 b) doivent être offertes prioritairement chaque trimestre au groupe de médecins ayant convenus d'un contrat de service avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé.

d) Remplacer le paragraphe 4.02 par le suivant :

4.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire. Ces modalités doivent faire partie du contrat de services professionnels convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé. Dans le cas du médecin détenant une nomination de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal avec privilèges d'exercice au département de médecine préhospitalière, le médecin est rémunéré de façon exclusive au tarif horaire.

3.02 D'ici la conclusion des nouvelles conditions et modalités de rémunération, les parties conviennent d'apporter l'adaptation suivante à la Section III de l'*Entente particulière relative aux services préhospitaliers d'urgence* :

a) Ajouter la note suivante à la fin du paragraphe 4.02 :

NOTE : Entre le 1er octobre 2022 et le 30 septembre 2023, 95 % des heures dévolues aux activités de l'alinéa 2.01 b) doivent être offertes prioritairement chaque trimestre au groupe de médecins qui assuraient ces services avant le 1er octobre 2022. Entre le 1er octobre 2023 et le 31 mars 2024, cette proportion est réduite à 50 %. À compter du 1er avril 2024, les activités prévues à l'alinéa 2.01 b) sont dévolues en totalité aux médecins détenant une nomination au département de médecine hospitalière d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.

4.00 Entrée en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___e jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 380

Concernant le programme de ressourcement en médecine hospitalière de soins de courte durée et de soins palliatifs pour les médecins déplacés d'Urgences-santé

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 CONDITIONS D'APPLICATION

1.01 Les dispositions de la présente lettre d'entente s'appliquent aux médecins exerçant à Urgences-santé ou au département de soins préhospitaliers d'urgence de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avant le 1er octobre 2022 et déplacés lors de la transition à un hôpital de base.

1.02 Le médecin s'adresse à un établissement de son territoire qui offre le genre de services visés par son projet de ressourcement, ou au mécanisme du dépannage lorsque son projet vise à exercer dans ce cadre de pratique, dans les deux cas dans la perspective d'exercer dans le secteur en question pour une période minimale de 3 mois. L'établissement ou le mécanisme de dépannage confirme au médecin qu'il a des besoins dans le secteur en cause.

Le médecin doit par la suite soumettre une demande au Collège des médecins du Québec pour établir les exigences de ressourcement en lien avec son projet de pratique et convenir avec celui-ci du mode de sélection des maîtres de stage. Le médecin soumet ce projet de ressourcement au comité paritaire qui est responsable de l'approuver dans la mesure où le médecin est admissible à se prévaloir à la présente.

1.03 Sauf sur dérogation du comité paritaire, est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente le médecin qui :

- Est en pratique depuis plus de trois ans;
- A participé à la couverture des constats de décès par Urgences-santé ou au support médical en ligne à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal avant et pendant la période de transition vers le modèle de l'hôpital de base à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;
- N'a pas pratiqué de façon significative dans le secteur visé par sa demande depuis plus de trois ans;
- S'inscrit dans le programme de ressourcement de la présente lettre d'entente pour la première fois;
- Répond aux exigences du Collège des médecins du Québec;
- Complète ses stages sur une période ne dépassant pas trois (3) mois, sauf sur approbation du comité paritaire.

2.00 ALLOCATIONS COMPENSATOIRES

2.01 Le médecin en stage de ressourcement reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 711,50 $ pour une période de formation de huit (8) heures.

L'allocation forfaitaire quotidienne est de 355,75 $ pour une période de formation de quatre (4) heures.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*
*- **19437** pour le stage de ressourcement pour une période de formation de 8 heures;*
*- **19438** pour le stage de ressourcement pour une période de 4 heures.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.02 Il ne peut recevoir, pour la journée pendant laquelle il se prévaut de l'allocation forfaitaire, aucune autre rémunération pour les services dispensés dans l'installation où il effectue son stage.

2.03 Pour le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet, une allocation supplémentaire de 208 $ par journée de stage ou de 104 $ par demi-journée de stage, est accordée pour compenser les frais de cabinet lorsque la journée de formation ou la demi-journée selon le cas, a lieu une journée pendant laquelle il aurait exercé en cabinet.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Aurait exercé en cabinet pendant la période du stage de ressourcement** *et l'un des codes de facturation suivant :*
*- **19437** pour une journée de stage;*
*- **19438** pour une demi-journée de stage.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.04 Les frais de déplacement et de séjour, le cas échéant, sont à la charge du médecin.

2.05 La participation aux séances de formation en ATLS, APLS et ACLS est admissible aux dispositions de la présente entente.

2.06 Les dispositions du paragraphe 1.1.3 du préambule général de l'Annexe V s'appliquent au médecin maître de stages;

2.07 Les allocations versées en vertu des présentes sont sujets au paragraphe 5.3 de l'Annexe IX;

2.08 Le médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente ne peut se prévaloir des dispositions de l'Annexe XIX relative au programme de formation continue pour les mêmes journées de formation ni, le cas échéant, de celles relatives au ressourcement prévu à l'Annexe XII.

2.09 Le médecin peut demander le remboursement des frais payés au Collège des médecins pour l'encadrement par le maître de stage à raison d'un montant pouvant aller jusqu'à 920 $ par jour de stage (taxes incluses) sur présentation de pièces justificatives.

AVIS **:** *Le médecin maître de stage s'adresse au comité paritaire lorsqu'il a des frais payés au Collège des médecins du Québec et qu'il désire un remboursement. Le comité paritaire analyse sa demande et informe la RAMQ du montant à rembourser au médecin par une lettre administrative. La RAMQ remboursera le médecin au montant demandé. Le médecin conserve ses pièces justificatives.*

3.00 PROCÉDURES

3.01 L'établissement ou le mécanisme du dépannage assume les fonctions suivantes :

- Il confirme au médecin avoir des besoins médicaux dans le secteur visé par le projet de ressourcement du médecin.

3.02 Le médecin assume les fonctions suivantes :

- Il soumet une demande d'adhésion au comité paritaire;
- Il soumet au comité paritaire, pour approbation, le programme de ressourcement du Collège des médecins, incluant le nombre de journées de stage prévu ainsi que le nom du ou des médecins maîtres de stage et le nom des installations identifiés comme lieux de formation;
- Dans les six mois de la fin du stage réussi, le médecin transmet une copie de la nomination détenue d'un établissement pour exercer dans le secteur de son programme de ressourcement et une confirmation qu'il exerce dans le secteur depuis au moins 3 mois ou une attestation comparable du comité paritaire sur le mécanisme du dépannage.

3.03 Le Collège des médecins assume les fonctions suivantes :

- Il établit le programme de ressourcement en fonction du projet du médecin;
- Il s'assure du bon déroulement du stage de ressourcement.

3.04 Le comité paritaire assume les fonctions suivantes :

- Il approuve le programme de ressourcement de l'établissement ou du Collège des médecins;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins visés par la présente lettre d'entente;
- Il évalue l'efficacité du programme de ressourcement après un an de fonctionnement.

4.00 FINANCEMENT

4.01 Un montant de 0,17 M$ non-récurrent provenant des sommes allouées à l'Accord-cadre 2015-2023 est retenu pour financer les coûts découlant de la présente lettre d'entente.

5.00 MISE EN VIGUEUR

5.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2022 et le demeure jusqu'au 30 septembre 2025.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___e jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 381

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES DANS LE CADRE D'UNE CLINIQUE DÉSIGNÉE POPULATIONNELLE (CDP)

CONSIDÉRANT que durant la période hivernale, il y a un accroissement important des besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT qu'une clinique désignée populationnelle (CDP) a pour mission d'offrir des services médicaux supplémentaires à l'ensemble de la population, qu'elle soit inscrite ou non à un médecin de famille, en particulier aux patients référés par les autorités régionales;

CONSIDÉRANT qu'une clinique désignée populationnelle doit, pour être désignée, répondre aux exigences d'admissibilité attendues par le MSSS en termes d'offre de services et avoir fait l'objet d'une recommandation favorable par l'établissement et le DRMG concernés;

CONSIDÉRANT qu'une clinique désignée populationnelle doit s'inscrire en cohérence avec les besoins populationnels d'un territoire de CISSS ou de CIUSSS;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et des modalités de rémunération des médecins omnipraticiens qui vont exercer dans ces CDP;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 La rémunération prévue à l'article 1.3 et à l'article 1.4 c) de la présente lettre d'entente s'applique exclusivement pour les services dispensés durant les plages horaires dédiées pour les activités de la CDP et selon l'horaire convenu avec l'établissement. En dehors de ces plages horaires dédiées, les services dispensés par un médecin sont rémunérés selon l'Entente générale.

1.2 Pour être désignée à la présente lettre d'entente, la CDP, doit répondre aux conditions suivantes :

1) Elle doit maintenir son offre de service habituelle;

2) Elle doit offrir au moins un bloc de 2 heures consécutives de plages dédiées pour les activités de la CDP entre 8 h 00 à 22 h 00, et ce, tous les jours de la semaine ou moins sur autorisation du comité paritaire;

3) Elle doit accepter la clientèle en provenance des services référés par les autorités régionales;

4)Elle doit avoir souscrit auprès du DRMG de son territoire, un engagement de respecter les conditions de désignation ci-haut;

1.3 À compter de la date de mise en opération d'une CDP dans un territoire, le médecin affecté aux activités de cette clinique est rémunéré, de façon exclusive, selon les modalités suivantes :

a) Les services dispensés dans une CDP cabinet privé sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicable en cabinet;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre de la LE 381 ou LE 382.**

ii) ou pour le forfait horaire au montant de 186,15 $ auquel s'ajoute, si le médecin y assume des frais de cabinet, une compensation horaire au montant de 62,75 $.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19684** pour le forfait horaire;*
*- le code de facturation **19685** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*
- l'heure de début et l'heure de fin.
*Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus lorsque le forfait (**19684)** est facturé le même jour.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) Les services dispensés dans une CDP dans un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre de la LE 381 ou LE 382.**

ii) ou pour le forfait horaire de de 186,15 $;

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19684** pour le forfait horaire;*
*- le code de facturation **19685** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*
- l'heure de début et l'heure de fin.
*Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus lorsque le forfait horaire (**19684)** est facturé le même jour.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

c) Dans le cas où, pendant une journée de dispensation de services dans la CDP d'un établissement, le médecin doit continuer d'assumer les frais de son cabinet privé, les modalités suivantes s'appliquent :

i) Lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte, les suppléments suivants s'ajoutent :

examen ordinaire ou visite ponctuelle mineure tout groupe d'âge (codes 00005, 08882, 08883, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772) : supplément de 7,65 $;

examen complet pour le patient de moins de 70 ans ou visite ponctuelle complexe pour le patient de moins de 80 ans (codes 00056, 15773, 15774, 15775, 15776) : supplément de 13,35 $;

examen complet pour le patient de 70 ans ou plus ou visite ponctuelle complexe pour le patient de 80 ans ou plus (codes 09116, 15777, 15778, 15779, 15780) : supplément de 21,45 $

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*
*- **15303** Supplément pour examen ordinaire ou visite ponctuelle mineure tout groupe d'âge;*
*- **15304** Supplément pour examen complet pour le patient de moins de 70 ans ou visite ponctuelle complexe pour le patient de moins de 80 ans;*
*- **15305** Supplément pour examen complet pour le patient de 70 ans ou plus ou visite ponctuelle complexe pour le patient de 80 ans ou plus.*
La date de service pour le supplément doit être la même que celle de l'examen.

AVIS **:** *Pour les services rendus dans une clinique désignée populationnelle (CDP), utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre de la LE 381 ou LE 382.**

ii) Lorsque les services sont rémunérés selon le forfait horaire, s'ajoute la compensation horaire de 62,75 $.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19685** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*
- l'heure de début et l'heure de fin.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

d) Lorsque le médecin est rémunéré selon le forfait horaire, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, il doit utiliser le registre électronique de consultations de la Régie pour y inscrire les visites des patients. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

e) Le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode de rémunération mixte, le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut maintenir le même mode. Il est rémunéré selon ce mode à partir de la nomination qu'il détient dans son établissement d'origine.

AVIS **:** ***Rémunération mixte***

Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel en mixte, se référer aux instructions de facturation à l'annexe I de l'Annexe XXIII.

Inscrire :

*- l'élément de contexte **Service*** **rendu selon le mode mixte dans le cadre de la LE 381**;

- le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

Sans égard au mode de rémunération pour lequel il opte lorsqu'il pratique en CDP, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes conserve le bénéfice de ses avantages sociaux prévus à l'Annexe VI de l'entente générale.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

*Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps **XXX402** Services cliniques en CDP LE 381.*

Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui ne maintient pas ce mode de rémunération doit remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

*Utiliser le code de congé **89** pour chaque journée ou demi-journée travaillée selon un autre mode de rémunération.*

1.4 Autres dispositions

-
- a) Les services dispensés dans une CDP sont sujets à l'application des majorations déjà prévues à l'article 4.00 de l'Annexe XX de l'Entente générale.

AVIS **:** *Pour la rémunération à l'acte, les heures donnant droit à une majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.*
S'il y a lieu, le forfait horaire doit être facturé sur 2 lignes distinctes.

AVIS **:** *Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'article 4.00 de l'Annexe XX pour les secteurs de dispensation permis selon l'établissement, la journée et la plage horaire.*

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une CDP, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la Section I de l'Annexe XII.

AVIS **:** *Le médecin qui exerce dans une clinique désignée populationnelle (CDP) et qui ne répond pas déjà à l'une des conditions du paragraphe 1.2 de la section I de l'Annexe XII doit informer la RAMQ de sa situation par lettre.*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

c) Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin pour les services dispensés dans une CDP du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 156,40 $. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19686**;*
- l'heure de début et l'heure de fin.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Si le site de la CDP est déjà reconnu comme un GMF-R, la présente disposition remplace l'article 4.00 de l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19686** pour cette période.*
*Durant la période où le GMF-AR est désigné en clinique désignée populationnelle (CDP), les codes de facturation **19893** (de 18 h à 22 h du lundi au vendredi) et **19894** (de 8 h à 22 h les samedi, dimanche et jours fériés) prévus à l'EP 54 – GMF-AR en horaires défavorables ne doivent pas être utilisés.*

d) Les services dispensés dans une CDP sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période en cause.

e) Le comité paritaire informe la RAMQ de :

i) la liste des CDP, par région;

AVIS **:** *Voir la liste des cliniques désignées populationnelles (CDP).*

ii) de la date de début et de fin du fonctionnement de chaque CDP.

La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées.

La CDP en établissement est réputée, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS.

f) La visite d'un patient effectuée dans le cadre d'une CDP n'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité tel que défini au paragraphe 15.06 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.

g) Le médecin ayant participé à une CDP et dont le taux d'assiduité aurait été affecté peut saisir le comité paritaire selon les modalités prévues au paragraphe 15.04 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle. Le comité paritaire doit s'assurer que le médecin n'a subi aucun préjudice de par sa participation à une telle clinique.

2. Évaluation et suivi

2.1 Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente lettre d'entente, le comité paritaire en effectue le suivi. Il est notamment responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente eu égard à ses objectifs. Plus spécifiquement, il évalue si la présente lettre d'entente a contribué de façon efficiente aux besoins de soins de première ligne de la population visée. À cette fin, le comité paritaire procède à cette évaluation à l'aide de données pertinentes, telles que notamment, les données de facturation et celles colligées dans le registre électronique de consultation prévu à l'article 1.2 d) de la présente lettre d'entente.

Le comité fait rapport aux parties négociantes du résultat de son évaluation de la situation et, s'il y a lieu, fait des recommandations.

3. Financement

3.1 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.3 a) et de l'article 1.3 b) sont financés à même l'enveloppe budgétaire globale. Ce coût sera fixé, à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts estimés.

3.2 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.4 c) sont financés à même l'enveloppe budgétaire globale. Ce coût sera fixé à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts réels observés.

4. Mise en vigueur et durée de la lettre d'entente

4.1 La présente lettre d'entente prend effet le 1er novembre 2022 et se termine 31 mars 2023, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

AVIS : *La présente lettre d'entente est prolongée :*
- du 6 au 14 avril 2023;
- du 15 au 23 avril 2023;
- du 1er septembre 2023 au 31 mars 2024;
- du 1er avril au 14 avril 2024;
- du 1er octobre 2024 au 30 avril 2025.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2022

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 382

CONCERNANT CERTAINES MODALITES DE REMUNERATION APPLICABLES DANS LE CADRE D'UN SITE NON TRADITIONNEL AMBULATOIRE (SNTA)

CONSIDÉRANT que durant la période hivernale, il y a un accroissement important des besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT qu'un site non traditionnel ambulatoire (SNTA) a pour mission d'offrir des services médicaux supplémentaires à l'ensemble de la population, qu'elle soit inscrite ou non à un médecin de famille, en particulier aux patients référés par les autorités régionales;

CONSIDÉRANT qu'un SNTA doit, pour être désignée, répondre aux exigences d'admissibilité attendues par le MSSS en termes d'offre de services et avoir fait l'objet d'une recommandation favorable par l'établissement et le DRMG concernés;

CONSIDÉRANT qu'un site non traditionnel doit s'inscrire en cohérence avec les besoins populationnels d'un territoire de CISSS ou de CIUSSS;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et des modalités de rémunération des médecins omnipraticiens qui vont exercer dans ces SNTA;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 La rémunération prévue à l'article 1.3 et à l'article 1.4 c) de la présente lettre d'entente s'applique exclusivement pour les services dispensés durant les plages horaires dédiées pour les activités du SNTA et selon l'horaire convenu avec l'établissement. En dehors de ces plages horaires dédiées, les services dispensés par un médecin sont rémunérés selon l'Entente générale.

1.2 Pour être désigné à la présente lettre d'entente, le SNTA établissement, doit répondre aux conditions suivantes :

1) Il doit offrir au moins 2 heures consécutives de plages dédiées pour les activités du SNTA entre 8 h 00 à 22 h 00, et ce, sur au moins deux jours par semaine ou moins sur autorisation du comité paritaire;

2) Il doit accepter la clientèle référée par les autorités régionales;

1.3 À compter de la date de mise en opération d'un SNTA dans un territoire, le médecin affecté aux activités de cette clinique est rémunéré, de façon exclusive, de la façon suivante :

a) Selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre de la LE 381 ou LE 382**.

ii) ou pour le forfait horaire de 186,15 $;

AVIS **:** *Inscrire* :

*- le code de facturation **19684** pour le forfait horaire;*

*- le code de facturation **19685** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*

- l'heure de début et l'heure de fin.

*Inscrire l'heure de début pour tous les services rendus lorsque le forfait horaire (**19684)** est facturé le même jour.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) Dans le cas où, pendant une journée de dispensation de services dans le SNTA d'un établissement, le médecin doit continuer d'assumer les frais de son cabinet privé, les modalités suivantes s'appliquent :

i) lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte, les suppléments suivants s'ajoutent :

examen ordinaire ou visite ponctuelle mineure tout groupe d'âge (codes 00005, 08882, 08883, 15765, 15766, 15767, 15768, 15769, 15770, 15771, 15772) : supplément de 7,65 $;
examen complet pour le patient de moins de 70 ans ou visite ponctuelle complexe pour le patient de moins de 80 ans (codes 00056, 15773, 15774, 15775, 15776) : supplément de 13,35 $;
examen complet pour le patient de 70 ans ou plus ou visite ponctuelle complexe pour le patient de 80 ans ou plus (codes 09116, 15777, 15778, 15779, 15780) : supplément de 21,45 $

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*

*- **15303** Supplément pour examen ordinaire ou visite ponctuelle mineure tout groupe d'âge;*

*- **15304** Supplément pour examen complet pour le patient de moins de 70 ans ou visite ponctuelle complexe pour le patient de moins de 80 ans;*

*- **15305** Supplément pour examen complet pour le patient de 70 ans ou plus ou visite ponctuelle complexe pour le patient de 80 ans ou plus.*

La date de service pour le supplément doit être la même que celle de l'examen.

AVIS **:** *Pour les services rendus dans un site non traditionnel ambulatoire (SNTA), utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre de la LE 381 ou LE 382.**

ii) lorsque les services sont rémunérés selon le forfait horaire, s'ajoute la compensation horaire de 62,75 $.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19685** pour la compensation horaire des frais de cabinet;*

- l'heure de début et l'heure de fin.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

c) Lorsque le médecin est rémunéré selon le forfait horaire, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, il doit utiliser le registre électronique de consultations de la Régie pour y inscrire les visites des patients. Advenant que la Régie constate qu'un médecin visé n'utilise pas ainsi le registre, elle soumet la situation au comité paritaire.

d) Le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode de rémunération mixte, le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut maintenir le même mode. Il est rémunéré selon ce mode à partir de la nomination qu'il détient dans son établissement d'origine.

AVIS **:** ***Rémunération mixte***

Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel en mixte, se référer aux instructions de facturation à l'annexe I de l'Annexe XXIII.

Inscrire :

- l'élément de contexte **Service rendu selon le mode mixte dans le cadre de la LE 382**.

- le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

Sans égard au mode de rémunération pour lequel il opte lorsqu'il pratique en SNTA, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes conserve le bénéfice de ses avantages sociaux prévus à l'Annexe VI de l'entente générale.

AVIS **:** *Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération habituel à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps ***XXX403*** *Services cliniques en SNTA LE 382.*

Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui ne maintient pas ce mode de rémunération doit remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Utiliser le code de congé ***89*** *pour chaque journée ou demi-journée travaillée selon un autre mode de rémunération.*

1.4 Autres dispositions

a) Les services dispensés dans un SNTA sont sujets à l'application des majorations déjà prévues à l'article 4.00 de l'Annexe XX de l'Entente générale.

AVIS **:** *Pour la rémunération à l'acte, les heures donnant droit à une majoration doivent être facturées séparément de celles n'y donnant pas droit.*

S'il y a lieu, le forfait horaire doit être facturé sur deux lignes distinctes.

AVIS **:** *Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'article 4.00 de l'Annexe XX pour les secteurs de dispensation permis selon l'établissement, la journée et la plage horaire.*

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans un SNTA, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la Section I de l'Annexe XII.

AVIS **:** *Le médecin qui exerce dans un site non traditionnel ambulatoire (SNTA) et qui ne répond pas déjà à l'une des conditions du paragraphe 1.2 de la section I de l'Annexe XII doit informer la RAMQ de sa situation par lettre :*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C.P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

c) Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin pour les services dispensés dans un SNTA du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 156,40 $. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19686**;*
- l'heure de début et l'heure de fin.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

d) Les services dispensés dans un SNTA sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période en cause.

e) Le comité paritaire informe la RAMQ de :

i) la liste des SNTA, par région;

AVIS **:** *Voir la liste des sites non tradtionnels ambulatoires (SNTA).*

ii) de la date de début et de fin du fonctionnement de chaque SNTA.
Le SNTA en établissement est réputé, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS.

f) La visite d'un patient effectuée dans le cadre d'un SNTA n'est pas comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité tel que défini au paragraphe 15.06 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

g) Le médecin ayant participé à un SNTA et dont le taux d'assiduité aurait été affecté peut saisir le comité paritaire selon les modalités prévues au paragraphe 15.04 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Le comité paritaire doit s'assurer que le médecin n'a subi aucun préjudice de par sa participation à une telle clinique.

2. Évaluation et suivi

2.1 Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente lettre d'entente, le comité paritaire en effectue le suivi. Il est notamment responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente eu égard à ses objectifs. Plus spécifiquement, il évalue si la présente lettre d'entente a contribué de façon efficiente aux besoins de soins de première ligne de la population visée. À cette fin, le comité paritaire procède à cette évaluation à l'aide de données pertinentes, telles que notamment, les données de facturation et celles colligées dans le registre électronique de consultation prévu à l'article 1.2 d) de la présente lettre d'entente.

Le comité fait rapport aux parties négociantes du résultat de son évaluation de la situation et, s'il y a lieu, fait des recommandations.

3. Financement

3.1 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.3 a) et de l'article 1.3 b) sont financés à même l'enveloppe budgétaire globale. Ce coût sera fixé, à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts estimés.

3.2 Le financement des coûts supplémentaires découlant de l'article 1.4 c) sont financés à même l'enveloppe budgétaire globale. Ce coût sera fixé, à la fin de l'année d'application, en fonction des coûts réels observés.

4. Mise en vigueur et durée de la lettre d'entente

4.1 La présente lettre d'entente prend effet le 1er novembre 2022 et se termine 31 mars 2023, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

AVIS **:** *La présente lettre d'entente est prolongée :*
- du 1er septembre 2023 au 31 mars 2024;
- du 1er au 14 avril 2024;
- du 1er octobre 2024 au 30 avril 2025.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2022

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 383

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE CERTAINS CHEFS DE DRMG

CONSIDÉRANT la Lettre d'entente n° 368 intervenue par les parties pour améliorer l'accès à un médecin de famille;
CONSIDÉRANT que cette entente nécessite une mobilisation de tous les acteurs du milieu dont les chefs du DRMG;
CONSIDÉRANT que certains d'entre eux ont contribué substantiellement à l'atteinte des objectifs visés par les parties dans le cadre de cette entente par leurs actions et par leurs suggestions et que le tout s'est concrétisé par des résultats concrets et tangibles sur leur territoire;
LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :
1. En sus des modalités prévues au *Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale*, les chefs du DRMG désignés par les parties négociantes, suite à une demande, verront leur banque de forfaits respective bonifiée.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19896** et indiquer le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. Les parties négociantes avisent la Régie, par lettre administrative, du nom du médecin désigné et du nombre de forfaits additionnels octroyés.
3. Le financement des coûts supplémentaires découlant des mesures prévues par la présente lettre d'entente est assuré à même les sommes prévues à la Lettre d'entente n° 369. Ces coûts seront fixés en fonction des coûts réels observés.
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2022 et elle prend fin à la date fixée à l'article 8.1 de la Lettre d'entente n° 368.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaus

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 384

CONCERNANT LE FINANCEMENT DU DÉPASSEMENT DES COÛTS RÉCURRENTS DÉCOULANT DU MONTANT ALLOUÉ À LA LETTRE D'ENTENTE N° 325 POUR LE FINANCEMENT DES ARTICLES 2.00 et 3.00 DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 229 ET DE L'ARTICLE 2.00 DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 300

ATTENDU que les parties ont convenu à l'article 1 a) la Lettre d'entente n° 325 d'un montant estimé à 5,9 M$ à compter du 1er avril 2017 pour financer les coûts récurrents concernant la rémunération du médecin partenaire d'une IPS PL prévue aux articles 2.00 et 3.00 de la Lettre d'entente n° 229 et à l'article 2.00 de la Lettre d'entente n° 300.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Financement

1.1 Les coûts excédant le financement alloué de 5,9 M$ pour l'article 1. a) de la Lettre d'entente n° 325 sont financés hors enveloppe ou par l'évolution de la pratique, en cas de résiduel des sommes de l'enveloppe budgétaire globale en lien avec ce pourcentage de rajustement, et ce, de façon exceptionnelle et malgré l'article 3.7 de l'Annexe IX.

2. Mise en vigueur

2.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2017 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Prédident
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 385

CONCERNANT LE VERSEMENT DE MONTANTS FORFAITAIRES DÉCOULANT DE L'APPLICATION DE CERTAINES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX PARAGRAPHES 8.02 A) III), 8.05 B) ET 8.07 DE L'ANNEXE VI ET AUX PARAGRAPHES 10.01, 11.03 B) DE L'ENTENTE PARTICULIÈRES RELATIVE AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE ET CONCERNANT LE FINANCEMENT DES MONTANTS FORFAITAIRES VERSÉS.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour la période du 1er mai 2014 au 31 décembre 2019, un montant forfaitaire est versé au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes découlant de l'application des modifications apportées aux paragraphes 8.02 a) iii), 8.05 b) et 8.07 de l'Annexe VI de l'Entente et aux paragraphes 10.01, 11.03 B) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.
2. Ce montant forfaitaire est versé au médecin selon les modalités convenues entre les parties.
3. Les parties transmettent à la Régie les montants dus à chaque médecin visé.
4. Ces montants forfaitaires sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente.
5. Ces montants forfaitaires seront versés à une date convenue entre les parties.
6. Le financement des sommes forfaitaires versées en vertu des dispositions de l'article 1 est estimé à 262 139 $ sont financés comme suit :
i) pour la période du 1er mai 2014 au 31 mars 2017, le coût non-récurrent estimé à 110 163 $ est assuré à même le montant provenant du résiduel de la somme de 60 M$ prévue au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023;
ii) pour la période du 1er avril 2017 au 31 décembre 2019 le coût non-récurrent estimé à 151 976 $ est financé à même les sommes allouées à l'Accord-cadre 2015-2023.
7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2020 et le demeurera jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce___ième jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 386

CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE MESURES INCITATIVES D'EXCEPTIONS À LA LETTRE D'ENTENTE N° 327 APPLICABLES DURANT LA PÉRIODE COMPRISE ENTRE LE 1er JUILLET 2023 ET LE 31 MARS 2024

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette lettre d'entente porte sur des modalités d'exceptions applicables au médecin qui assure, en vertu de la Lettre d'entente n° 327, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue de services médicaux auprès des personnes hébergées dans une installations d'un établissement ayant la mission d'un CHSLD.

1.02 Elle couvre la période comprise entre le 1er juillet 2023 et le 31 mars 2024.

2.00 MODALITÉS D'EXCEPTIONS

2.01 Sous réserve des dispositions de la Lettre d'entente n° 327, en faisant les adaptations nécessaires, durant la période identifiée au paragraphe 1.02 ci-dessus, les mesures d'exceptions suivantes s'appliquent :

a) L'alinéa a) du paragraphe 3.01 doit être lu en y apportant les adaptations suivantes :

i) À la fin de cet alinéa, ajouter la phrase suivante :

De même, toute autre situation peut être soumise au comité paritaire pour évaluation et, sur recommandation, les parties négociantes en disposent. Aux fins de l'application de la présente disposition, constitue notamment une situation visée pour évaluation et recommandation du comité paritaire les deux situations suivantes :

i) Le médecin seul d'une installation qui souhaite couvrir une partie des lits;

ii) La création d'un groupe au sein d'une installation sans la totalité des médecins qui y pratiquent.

b) L'alinéa a) du paragraphe 4.01 de cette lettre d'entente relatif au montant applicable au forfait prévu à titre d'incitatif à la prise en charge globale de la clientèle (code 42138) doit être lu en y apportant les adaptations suivantes :

i) Pour la période du 1er juillet 2023 au 30 septembre 2023, le montant de 34,35 $ est remplacé par le montant de 137,40 $;

ii) Pour la période du 1er octobre 2023 au 31 décembre 2023, le montant de 34,35 $ est remplacé par le montant de 103,05 $;

iii) Pour la période du 1er janvier 2024 au 31 mars 2024, le montant de 34,35 $ est remplacé par le montant de 68,70 $.

AVIS **:** *Pour les instructions de facturation, voir l'article 4.01 de la* Lettre d'entente n° 327.

.

3.00 FINANCEMENT

3.01 Les coûts supplémentaires découlant des mesures prévues au paragraphe 2.01 b) de la présente lettre d'entente sont estimés à 9,2 M$ non-récurrent et sont assurés à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre 2015-2023.

Ces coûts seront fixés, à la fin de la période d'application, en fonction des coûts réels observés.

4.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2023 et se termine le 31 mars 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___ième jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 387

Concernant les modalités spécifiques de rémunération du médecin qui réalise des visites ou des consultations par voie virtuelle auprès de patients dans le cadre du projet pilote de télémédecine implanté dans certains CHSLD désignés par le MSSS

CONSIDÉRANT qu'en raison de l'importance de favoriser l'utilisation de la télémédecine en CHSLD un projet pilote a été mis en place pour accroître l'efficacité de ce modèle dans le cadre de la dispensation de visites ou de consultations réalisées par un médecin auprès des patients hébergés en CHSLD;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet la mise en place d'un projet pilote dans certains CHSLD désignés par le MSSS et comprend la détermination de certaines conditions particulières de rémunération pour les activités du médecin qui exerce sa profession dans le cadre de ce projet pilote.

L'Annexe I fait état de la liste des installations des CISSS et des CIUSSS désignés par le MSSS, de leur date d'adhésion ou de fin de leur désignation.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de la* Lettre d'entente n° 387.

2.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.01 La présente lettre d'entente couvre la période comprise entre le 1er août 2023 et le 31 juillet 2024, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.

AVIS **:** *Une nouvelle période d'application de la* Lettre d'entente n° 387 *est en vigueur du 1er août 2024 au 31 août 2026.*

2.02 Le médecin affecté au projet pilote est rémunéré, selon les dispositions spécifiques applicables aux services fournis par voie de télécommunication prévues, à l'article 3.13 de la Lettre d'entente n° 269.

2.03 Exceptionnellement, et aux fins exclusives de la présente lettre d'entente, le médecin peut se prévaloir dans le cadre d'une téléconsultation par vidéo des actes suivants prévus à la nomenclature des actes en CHSLD :

i) Évaluation médicale globale en soins de longue durée;
ii) Visite de suivi exigeant un examen;
iii) Visite d'évaluation en vue de donner une opinion;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre du projet pilote télémédecine CHSLD (LE 387)**.

Les modalités de la plateforme vidéo utilisée sont celles définies par le MSSS. Le médecin doit s'assurer de posséder les compétences techniques pour utiliser le système prévu pour réaliser la consultation virtuelle et avoir reçu la formation pertinente pour ce faire.

3.00 COMITÉ PARITAIRE

3.01 Outre les fonctions qui lui sont dévolues par l'article 32.00 de l'Entente générale, le comité paritaire est responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente, d'en faire le suivi et l'analyse.

3.02 Le comité paritaire fait état de son évaluation quant au suivi et à l'analyse de la présente lettre d'entente aux parties négociantes, lesquelles s'engagent à convenir de modalités de rémunération permanentes advenant la pérennité du modèle du présent projet pilote.

4.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er août 2023 et prend fin le 31 juillet 2024, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.

AVIS **:** *Une nouvelle période d'application de la* Lettre d'entente n° 387 *est en vigueur du 1er août 2024 au 31 août 2026*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce _____jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 388

CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES EN CHSLD ET EN CENTRE DE RÉADAPTATION À CERTAINES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES (SOINS POST AIGUS, UNITÉ DE TRANSITION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE ET UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE)

CONSIDÉRANT l'implantation de certains services en CHSLD et dans des établissements ayant une vocation de réadaptation dont les exigences de prestation de service font en sorte que les modalités de rémunération usuelles du milieu sont mal adaptées;

CONSIDÉRANT les difficultés de recrutement qui en découlent et la difficulté pour les établissements du réseau de libérer des lits de courte durée;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir d'adaptations aux modalités de rémunération des médecins omnipraticiens qui exercent dans ces secteurs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet la mise de place de modalités incitatives visant à favoriser la couverture des personnes séjournant dans des unités de soins post-aigus (SPA), des unités transitoires de réadaptation fonctionnelle (UTRF) et des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) dans une installation d'un établissement ayant la mission d'un CHSLD, de même que dans un centre de réadaptation fonctionnelle ou un centre hospitalier ayant une vocation de réadaptation fonctionnelle.

1.02 L'Annexe I fait état de la liste des installations désignées aux fins de la présente lettre d'entente par le comité paritaire, de leur date de désignation ou de fin de désignation ainsi que du nombre de forfaits autorisés.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de la* Lettre d'entente n° 388.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 CONDITIONS D'APPLICATION

3.01 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.01 s'appliquent lorsque l'ensemble des conditions suivantes sont respectées :

a) Le médecin doit participer au cours d'une semaine à la prestation des soins médicaux requis auprès d'une clientèle visée au sein d'une ou de l'ensemble des unités visées de l'installation;

b) Le médecin doit participer à la garde en disponibilité qui offre une couverture 24/7 tous les jours de l'année pour la clientèle de l'unité ou les unités dans lesquelles il offre des soins médicaux.

4.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI ASSURE LA PRESTATION DE SERVICE

4.01 Le médecin qui assure la prestation de services au cours d'une semaine auprès d'une clientèle visée de la présente lettre d'entente, peut réclamer, selon une formule de l'acte, un ou plusieurs forfaits, sur une base hebdomadaire.

En CHSLD, l'accès à cette modalité est sans égard au mode de rémunération du médecin. En centre de réadaptation ou en centre hospitalier dont la vocation est celle de la réadaptation, cette modalité ne s'applique pas au médecin exerçant dans une unité visée rémunéré à l'acte selon la nomenclature applicable dans un centre hospitalier de courte durée, décrite au paragraphe 2.2.6 D du Préambule général, exception faite des activités durant la garde en disponibilité.

Les modalités suivantes s'appliquent :

a) Le montant du forfait est de 72,45 $ au 5 mars 2023.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***42270.***

Utiliser une ligne de facture distincte pour chaque semaine facturée et indiquer le nombre de forfaits.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) Une banque de forfaits est allouée par le comité paritaire par unité et par installation en fonction du nombre de lits de l'installations affectés à une unité visée.

c) Le médecin chef de service de l'installation, ou à défaut le chef du département clinique de médecine générale de l'établissement, ou à défaut le directeur des services professionnels de l'établissement répartit de façon hebdomadaire la banque de forfaits allouée entre les médecins qui assurent les soins requis par la clientèle de chaque unité durant la semaine en cause, en tenant compte des lits pris en charge par chacun ou de l'importance de la participation de chacun d'entre eux à cette prise en charge. En aucun cas le nombre de forfaits répartis ne peut dépasser, sur base hebdomadaire, la banque allouée.

d) En aucun cas les lits visés par les modalités prévues par la présente lettre d'entente ne peuvent être visés par ceux alloués au groupe dans le cadre de l'adhésion de l'installation à la Lettre d'entente n° 327.

e) Advenant que le nombre de lits dédiés à une unité visée devait changer à la hausse ou à la baisse, l'établissement doit en informer le comité paritaire qui modifie la banque de forfaits pour l'unité ou l'installation en conséquence.

f) La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

g) La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est sujette à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente.

4.02 La garde en disponibilité est rémunérée selon les modalités de rémunération prévues à l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

4.03 Les services médicaux effectués par le médecin sont rémunérés selon les modes de rémunération prévus à l'Entente.

5.00 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

5.01 Le comité paritaire désigne les unités ou installations pour lesquels il détient l'information requise pour le faire. À défaut de disposer d'informations suffisantes, le comité paritaire peut s'adresser au DRMG du territoire où est situé l'établissement ou à l'établissement.

5.02 Si les médecins d'une installation sont d'avis que leur installation aurait dû être désignée, l'établissement adresse une demande au comité paritaire indiquant la nature des services offerts, le nombre de lits selon chaque vocation, les dates pertinentes et la description de la garde en disponibilité assurée pour chaque unité. Le comité paritaire décide si l'unité ou l'installation doit être désignée.

5.03 L'établissement informe le comité paritaire de modifications au nombre de lits d'une unité visée ou de sa fermeture et de la date de la modification. Le comité paritaire modifie la désignation rétroactivement à la date du changement et en informe la Régie.

6.00 MODALITÉ TRANSITOIRE

6.01 Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte dans un milieu visé par les présentes peut modifier son choix dès maintenant ou jusqu'au 31 décembre 2023, pour le tarif horaire ou, lorsque possible, le mode de rémunération mixte. Le choix ne peut pas être rétroactif.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 5 mars 2023 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____e jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

INSTALLATIONS VISÉES PAR LA LETTRE D'ENTENTE 388

(PARAGRAPHE 1.02)

LETTRE D'ENTENTE No 389

CONCERNANT LES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION PARTICULIÈRES APPLICABLES DANS LE CADRE DE LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE ET INTERDISCIPLINAIRE ENTRE UN MÉDECIN ET UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPSPL) OU UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SANTÉ MENTALE (IPSSM) DANS UN CABINET PRIVÉ, DANS UN CLSC, DANS UN GMF-U OU DANS UN CHSLD DANS LEQUEL LE MÉDECIN Y EXERCE SA PROFESSION.

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre 2015-2023 prévoyant que la rémunération des médecins qui collaborent avec une IPS doit favoriser une dispensation de soins basée sur une approche interdisciplinaire;

CONSIDÉRANT que l'exigence réglementaire à l'effet de pratiquer avec une IPSPL ou IPSSM (ci-après désignées IPS) en fonction d'une entente de partenariat avec un médecin n'est pas reconduite dans ce nouveau règlement et qu'en lieu et place, il est édicté que les activités professionnelles réalisée par l'IPS s'exercent avec un médecin dans un cadre de collaboration et qu'à l'endroit d'une candidate IPS (ci-après désignée CIPS) l'exigence d'une supervision s'applique;

CONSIDÉRANT les objectifs d'accès, de continuité et de suivi de la clientèle;

CONSIDÉRANT que l'intégration des IPS dans un cabinet a pour objectif d'impliquer l'IPS dans l'offre de services du cabinet dans la prise en charge et le suivi de la clientèle inscrite auprès d'un médecin en cabinet GMF ou non GMF;

CONSIDÉRANT que l'implication d'une IPS en CHSLD vise à optimiser l'approche collaborative et l'interdisciplinarité entre les IPS et le médecin dans le cadre de la prestation de services médicaux auprès des patients hébergés;

CONSIDÉRANT qu'un Centre intégré de Santé et de Services sociaux ou, selon le cas, Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux (ci-après CISSS ou, selon le cas, CIUSSS), après consultation auprès du DRMG, peut offrir à un cabinet privé de son territoire les services professionnels d'une IPS ou d'une CISP diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS et qu'une entente entre le ou les médecins et le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS est conclue à cet effet;

CONSIDÉRANT que l'intégration d'une IPS dans un cabinet privé, un CLSC ou un GMF U vise à améliorer l'accessibilité aux services en soins de première ligne;

CONSIDÉRANT que la prise en charge et le suivi d'un patient peuvent être assurés conjointement et en complémentarité par le médecin de famille du cabinet privé, du CLSC ou du GMF-U et par l'IPS;

CONSIDÉRANT que les parties se sont engagées dans le cadre de la Lettre d'entente n° 363 à revoir les conditions et modalités applicables au médecin qui intègre une IPS dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans un GMF-U ainsi que celles applicables dans le cadre de l'intégration d'une IPS dans un CHSLD, et ce, en respect du nouveau cadre réglementaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS GÉNÉRALES ET MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN DANS LE CADRE DE LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE AVEC UNE IPS INTÉGRÉE DANS UN CABINET PRIVÉ, DANS UN CLSC OU DANS UN GMF-U

AVIS **:** *Voir la page Web* Entente de collaboration.

Modalités générales

1.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, le médecin du cabinet privé, du CLSC ou du GMF-U doit conclure une entente avec le CISSS ou le CIUSSS de son territoire pour y intégrer une IPS. Dans le cadre de cette entente, les parties conviennent de modalités spécifiques applicables dans le cadre d'une pratique collaborative et interdisciplinaire attendues et relatives à prestation des services médicaux des patients et de la participation de l'IPS dans l'offre de services du milieu concerné.
Aux fins de l'application du présent paragraphe, le CLSC, le GMF-U, le cabinet privé et pour un GMF, s'il y a lieu, chacun des sites où l'IPS exerce, doivent être désignés par le comité paritaire et inscrits à l'Annexe I de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Voir la liste des lieux désignés à l'annexe I de la* Lettre d'entente n° 389.

L'entente de collaboration à intervenir avec le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de son territoire doit répondre aux exigences apparaissant à l'Annexe II des présentes.

1.02 Le médecin qui peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente est celui qui agit comme médecin collaborateur avec une IPS et qui exerce sa profession dans l'un des lieux de dispensation de services énumérés au paragraphe 1.01.

1.03 Le médecin collaborateur d'une IPS dans le milieu de soins de première ligne concerné informe le comité paritaire de la date à laquelle l'IPS commence à travailler dans un des lieux de dispensation de services visés par la présente.
Il l'informe également selon le cas, du statut de candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS) ou encore d'IPS certifiée, de toute modification à l'entente de collaboration concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS, l'arrivée d'une autre IPS ou encore le départ, pour une longue période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.
De même, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenu et de toute modification de l'entente prévue à l'Annexe II concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS, son départ ou absence pour une longue période ou encore le non-renouvellement de l'entente.
Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS doit également informer le comité paritaire de la date où la CIPS devient habilitée à exercer à titre d'IPS certifiée. Le comité paritaire en informe la Régie.

AVIS **:** *Pour se prévaloir des dispositions de la* Lettre d'entente n° 389*, le médecin qui exerce dans un lieu désigné doit conclure une entente de collaboration avec une IPS ou une CIPS et signer, avec le CISSS ou le CIUSSS, une convention qui satisfait aux exigences de l'annexe II de cette lettre d'entente.*
Pour adhérer à la Lettre d'entente n° 389*, le médecin collaborateur doit ensuite remplir et signer le formulaire* Demande relative aux lettres d'entente liées à la collaboration entre un médecin de famille et un IPS *(4142) et le transmettre au comité paritaire à l'adresse inscrite à la section 6 du formulaire.*
Le médecin doit également utiliser le formulaire 4142 pour aviser le comité paritaire de toute modification à une entente de collaboration avec une IPS ou une CIPS.

Modalités particulières de rémunération

1.04 Les activités du médecin reliées à la collaboration professionnelle relatives à la dispensation des soins et du suivi d'un patient avec l'IPS peuvent être initiées soit par le médecin ou par l'IPS.
Les activités de collaboration portent, entre autres, sur les échanges professionnels relatifs à la condition médicale du patient dont l'IPS assure le suivi seule ou conjointement avec le médecin, qu'il s'agisse d'un suivi médical ou ponctuel. Les communications professionnelles entre le médecin et l'IPS peuvent notamment viser le plan de traitement pour obtenir un avis sur le diagnostic ou les recommandations sur la prise en charge et le suivi du patient.

Les activités de collaboration professionnelles du médecin ci-haut décrites sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits mensuels de collaboration.
Les modalités suivantes s'appliquent :

a) Lorsque le médecin exerce au sein d'un cabinet privé, le montant du forfait de collaboration est de 31,90 $.

Le montant du forfait est de 11,15 $ lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans un GMF-U en établissement et qu'il est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

Toutefois, le montant du forfait est de 24,65 $ lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans un GMF-U en établissement et qu'il est rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*
*- **42271** en cabinet;*
*- **42272** en CLSC ou en GMF-U pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;*
*- **42273** en CLSC ou en GMF-U pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.*
Pour chacun de ces codes, utiliser une seule ligne de facture par mois et indiquer le nombre de fortaits. La date du forfait correspond à la dernière journée du mois.

Si toutefois le médecin devenait inadmissible en cours de mois, il peut facturer ces forfaits la veille de son inadmissibilité en utilisant l'élément de contexte **Inadmissible à la facturation des forfaits codifiés 42271 à 42275 à la dernière journée du mois en cours**.

Pour la facturation des forfaits liés à la collaboration professionnelle de l'IPS et à la surveillance générale des activités médicales de la CIPS, inscrire le numéro de l'IPS ou de la CIPS attribué par la RAMQ (81XXXX) dans la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Dans un CLSC du réseau de garde intégré, le forfait à l'acte ne peut être utilisé que si le médecin détient une nomination à l'acte pour l'ensemble de ses activités au sein du CLSC, soit à l'extérieur du service d'urgence.

b) La banque de forfaits est de quatre-vingt-quatre (84) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une IPS à temps plein selon le nombre d'heures prévu à la convention collective applicable. Dans le cas où l'entente de collaboration prévoit un nombre d'heures moindre, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues.

c) La banque de forfaits de collaboration est répartie entre les médecins qui collaborent avec l'IPS. Elle ne peut être dépassée sur une base mensuelle.

d) Sur la base des critères apparaissant à l'alinéa b) ci-dessus, le comité paritaire alloue le nombre de forfaits au cabinet privé, au CLSC ou au GMF-U en établissement.

L 'inscription de ces lieux de dispensation de services à l'Annexe I de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués. Dans le cas d'un GMF comportant plus d'un (1) site, le nombre de forfaits prévus s'applique pour l'ensemble des sites.

Le comité paritaire doit rajuster le nombre de forfaits alloués pour tenir compte de toute modification à l'entente de collaboration concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS ou encore son départ ou absence pour une longue période.

1.05 La rémunération prévue à l'alinéa a) du paragraphe 1.04 est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

Applications spécifiques de certaines dispositions de l'Entente

1.06 Aux fins des conditions d'application du forfait d'inscription prévues aux paragraphes 3.01 B), second alinéa, et 4.01 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, l'examen du patient par l'IPS peut remplacer l'examen, la visite, l'intervention clinique ou la psychothérapie fait par le médecin collaborateur. Le patient est inscrit au nom du médecin collaborateur de l'IPS et le forfait lui est versé selon les dispositions de l'entente particulière.
L'identification du patient inscrit comme patient vulnérable au sens du paragraphe 6.01 B) de l'entente particulière ne peut être faite que lors d'un examen, d'une visite, d'une intervention clinique ou d'une psychothérapie par le médecin collaborateur de l'IPS.
1.07 Aux fins de l'application des conditions de versement du forfait d'inscription, malgré les dispositions apparaissant au paragraphe 4.05 de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*, est considéré comme actif le patient pour lequel un examen, une visite, une intervention clinique ou une psychothérapie est effectué par son médecin ou un examen par l'IPS au cours des trente-six (36) mois précédant le 1er janvier qui suit l'année d'application en cause.
1.08 Aux fins des conditions d'application du forfait de prise en charge et de suivi de l'Annexe V de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF)*, malgré les conditions apparaissant à l'article 1, la visite du patient inscrit effectuée auprès de l'IPS peut remplacer celle faite auprès du médecin collaborateur de l'IPS.
1.09 L'IPS doit tenir un registre de ses rencontres avec chacun des patients. Ce registre doit préciser le numéro de pratique de l'IPS, le nom du patient, son numéro d'assurance maladie ainsi que la date de la rencontre. Le médecin collaborateur de l'IPS bénéficie d'un accès à un tel registre.

AVIS **:** *Inscrire au registre des consultations les visites des patients inscrits auprès du ou des médecins collaborateurs au cours d'une année civile.*
Le registre des consultations est disponible par l'application Gestion des consultations du service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé de la RAMQ.

Soutien financier allouée dans un cabinet privé
1.10 Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS ayant conclu une entente prévue à l'Annexe II avec un ou des médecins du cabinet privé alloue au cabinet privé une allocation mensuelle pour compenser les frais d'opération récurrents découlant de la pratique de l'IPS.
1.11 Pour chaque IPS exerçant ses activités à temps plein, selon le nombre d'heures prévu à la convention collective applicable, dans un cabinet privé, selon l'entente de collaboration, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS concerné verse, mensuellement, une allocation de 3 415 $ à compter du 1er avril 2023 pour couvrir l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur, et des fournitures médicales à usage unique.
1.12 L'allocation mensuelle accordée en vertu du paragraphe 1.11 est versée au cabinet privé à l'attention du médecin identifié par celui-ci.
1.13 Le comité paritaire prévu par la présente lettre d'entente doit ajuster l'allocation mensuelle prévue au paragraphe 1.11 ci-dessus pour tenir compte de toute modification à l'entente de collaboration concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS ou concernant son départ ou encore son absence pour une longue période. Dans tous les cas, la règle du prorata s'applique. Le comité paritaire en informe le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS concerné.

2.00 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES AU MÉDECIN DANS LE CADRE DE LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE AVEC UNE IPS INTÉGRÉE DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

AVIS **:** *Voir la page Web* Entente de collaboration en CHSLD.

2.01 Le médecin qui exerce sa profession dans un CHSLD dans lequel est intégré une IPS dans le cadre d'une prestation continue de services médicaux auprès des patients hébergés dans le CHSLD peut se prévaloir exclusivement des modalités du présent article, selon les conditions et les modalités de rémunération ci-après énoncées :

a) Le CHSLD doit être désigné par le comité paritaire et inscrit à l'Annexe III de la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Voir la liste des lieux désignés à l'annexe III de la* Lettre d'entente nº 389.

b) L'entente de collaboration à intervenir avec le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de son territoire doit répondre aux exigences apparaissant à l'Annexe II des présentes.

c) Le médecin visé qui exerce en collaboration avec une IPS doit informer le comité paritaire de la date à laquelle l'IPS commence à travailler dans le CHSLD concerné.

Il informe également le comité paritaire de toute modification de l'entente intervenue avec le CISSS ou le CIUSSS concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS, l'arrivée d'une autre IPS ou encore le départ, ou absence pour toute période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.

d) De même, le CISSS ou le CIUSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS, son départ ou absence pour toute période ou encore du non-renouvellement de son intégration dans le CHSLD concerné.

e) En faisant les adaptations nécessaires, les activités professionnelles de collaboration qui sont rémunérées sont celles décrites et apparaissant au premier alinéa du paragraphe 1.04 de la présente lettre d'entente.

f) Les activités de collaboration sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits mensuels de collaboration.

Les modalités spécifiques suivantes s'appliquent :

i) Le montant du forfait est de 24,65 $ lorsque le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique en soins de longue durée. Le montant du forfait est de 11,15 $ lorsque le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes au sein du CHSLD.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*
*- **42274** pour la facturation à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique de longue durée;*
*- **42275** pour la facturation à tarif horaire ou à honoraires fixes en CHSLD.*
Pour chacun de ces codes, utiliser une seule ligne de facture par mois et indiquer le nombre de forfaits. La date du forfait correspond à la dernière journée du mois.

Si toutefois le médecin devenait inadmissible en cours de mois, il peut facturer ces forfaits la veille de son inadmissibilité en utilisant l'élément de contexte **Inadmissible à la facturation des forfaits codifiés 42271 à 42275 à la dernière journée du mois en cours.**

Pour la facturation des forfaits liés à la collaboration professionnelle de l'IPS et à la surveillance générale des activités médicales de la CIPS, inscrire le numéro de l'IPS ou de la CIPS attribué par la RAMQ (81XXXX) dans la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

ii) Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte au sein du CHSLD visé ne peut réclamer en sus du forfait prévu au sous-alinéa i) qui précède l'acte d'échanges interdisciplinaires (code d'acte 15620 et code d'acte 15621) pour les activités décrites à l'alinéa e) ci-dessus.

iii) La banque de forfaits est de quatre-vingt-quatre (84) forfaits par mois allouée sur une base de l'intégration d'une IPS à plein temps, selon le nombre d'heures prévu à la convention collective applicable, en CHSLD. Dans le cas où l'entente d'intégration de l'IPS prévoit un nombre d'heures moindre, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues.
iv) La banque de forfaits de collaboration doit être répartie entre tous les médecins qui réalisent des activités professionnelles de collaboration avec l'IPS. Elle ne peut être dépassée sur une base mensuelle.
v) Sur une la base des critères apparaissant au sous-alinéa iii) de l'alinéa f) qui précède, le comité paritaire alloue le nombre de forfaits en CHSLD. L'inscription de ce lieu de dispensation de services à l'Annexe III de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués.
vi) Le comité paritaire doit rajuster le nombre de forfaits pour tenir compte de toute modification au nombre d'heures de travail de l'IPS ou encore son départ ou pour toute autre raison. Dans tous les cas, la règle du prorata s'applique.
vii) La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

3.00 DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA CIPS

3.01 Dans le cas de l'intégration d'une CIPS diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS, en faisant les adaptations nécessaires, toutes les dispositions prévues à la présente lettre d'entente s'appliquent avec les réserves ci après énoncées :

a) La banque de forfaits est de cent (100) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une CIPS à temps plein selon le nombre d'heures prévu à la convention collective applicable.
b) Les activités médicales de la CIPS sont exercées sous la supervision directe du médecin collaborateur.
Les activités du médecin collaborateur reliées à la supervision des activités médicales de la CIPS impliquent de la part de ce dernier un encadrement, un contrôle et une vérification des activités médicales qu'elle est habilitée à exercer. Aussi, le médecin collaborateur doit assurer une présence sur place dans le lieu où la CIPS exerce ses activités médicales.
c) Le changement de statut de la CIPS est communiqué au comité paritaire selon les mécanismes prévus au paragraphe 1.03 de la présente lettre d'entente.

4.00 AUTRES DISPOSITIONS

4.01 Les sommes versées en vertu de la présente lettre d'entente sont sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

4.02 Les dispositions du paragraphe 1.1.4 du préambule général de l'Entente générale relatives aux frais accessoires s'appliquent aux services dispensés par l'IPS.

5.00 MISE EN VIGUEUR

5.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2024. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ième jour de_____2024.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des lieux désignés aux fins de l'application de l'article 1.00 la Lettre d'entente n° 389 concernant les modalités de rémunération particulières applicables dans le cadre de la collaboration professionnelle et interdisciplinaire entre un médecin et une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) ou une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) dans un cabinet privé, dans un CLSC, dans un GMF-U ou dans un CHSLD dans lequel le médecin y exerce sa profession

AVIS **:** *Voir la liste des lieux désignés à l'annexe I de la* Lettre d'entente n° 389.

ANNEXE II

À des fins de rémunération et d'adhésion à la Lettre d'entente n° 389, contenu d'un dispositif contractuel par suite de l'intégration d'une IPS dans un cabinet privé, dans un CLSC, dans un GMF-U ou dans un CHSLD

1. Contenu général de l'entente de collaboration entre un CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et un ou (des) médecin(s) collaborateur (s) d'un cabinet privé, d'un CLSC, d'un GMF-U ou d'un CHSLD.

Cette entente doit, en termes de contenu général, obligatoirement comprendre des stipulations portant sur les questions suivantes :

- Milieu visé;
- Date de début de l'entente et durée de l'entente;
- Date d'entrée en fonction et nombre d'heures hebdomadaire de l'IPS.

2. Contenu additionnel à l'entente entre un CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et un (ou des) médecin(s) collaborateur(s) d'une IPS d'un cabinet privé

Reconnaissance de l'autonomie juridique du cabinet privé;

Obligation du médecin de participer à la détermination des critères de sélection et au processus de sélection de l'IPS;

Obligation du CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de verser une allocation mensuelle de 3 415 $ pour chaque IPS exerçant à temps plein dans un cabinet privé. Cette allocation mensuelle couvre l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique. Cette allocation mensuelle est versée au cabinet privé à l'attention du médecin identifié par celui-ci;

Au moment de l'intégration de l'IPS dans un cabinet privé, obligation du CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de fournir l'ameublement, le poste informatique et les fournitures médicales durables destinés aux activités professionnelles de l'IPS au sein du cabinet privé. Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS conserve la propriété des équipements. Il est entendu que les équipements fournis par le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS sont destinés à l'utilisation de l'IPS. Ils sont fournis, une seule fois en tout, peu importe le nombre de renouvellement de l'entente de collaboration entre un ou des médecins et une IPS et peu importe le nombre de sites exploités par le cabinet privé. Le même équipement est utilisé lorsqu'une IPS est remplacée par une autre IPS. Il est entendu que le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS procède au remplacement des équipements lorsque les besoins le justifient.

Malgré ce qui ce qui précède, si le cabinet privé possède déjà la totalité ou une partie des équipements nécessaires à l'intégration de l'IPS, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et le cabinet privé pourront convenir d'un dédommagement, selon les modalités à définir entre eux.

ANNEXE III

Liste CHSLD désignés aux fins de l'application de l'article 2.00 de la Lettre d'entente n° 389 concernant les modalités de rémunération particulières applicables dans le cadre de la collaboration professionnelle et interdisciplinaire entre un médecin et une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) ou une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) dans un cabinet privé, dans un CLSC, dans un GMF-U ou dans un CHSLD dans lequel le médecin y exerce sa profession.

AVIS **:** *Voir la liste des lieux désignés à l'annexe III de la* Lettre d'entente n° 389.

LETTRE D'ENTENTE No 390

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI DISPENSE DES SERVICES AU SEIN D'UN CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE

CONSIDÉRANT que les services rendus dans un centre d'amitié autochtone en communauté s'apparentent aux services courants offerts en centre local de services communautaires (CLSC);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération du médecin qui dispense des services cliniques dans un centre d'amitié autochtone désigné par le comité paritaire. Le comité paritaire informe la Régie de cette désignation.

AVIS **:** *Consulter la liste des centres d'amitié autochtone reconnus et désignés aux fins de l'application de la* Lettre d'entente n° 390 *disponible à la page* Listes de désignation des établissements et des installations.

2.00 Champ d'application

2.01 L'Entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions d'application de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

3.01 Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services dans un centre d'amitié autochtone, ce dernier est réputé être un CLSC. Le médecin qui y exerce peut choisir d'y être rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire, le mode des honoraires fixes, le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, et ce, sans égard au mode de rémunération choisi dans une autre installation de l'établissement où il est nommé.

3.02 Les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* s'appliquent dans un tel centre. Toutefois, elles ne s'appliquent pas lorsque l'activité du médecin découle de ses activités dans une des régions visées par l'*Entente particulière sur le Nunavik, la Baie-James et la Basse Côte-Nord*.

3.03 Les modalités pour la rémunération des activités liées à la supervision d'un résident ou d'un externe prévues à la Section I de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant s'appliquent dans un centre désigné* s'y appliquent.

3.04 Les services rendus dans un tel centre sont sujets aux majorations de l'Annexe XII et aux majorations en horaires défavorables en CLSC prévues au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX.

3.05 Un centre d'amitié autochtone désigné peut s'intégrer à un groupe de médecine de famille, dans le respect des exigences du Programme, et les modalités de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF)* trouvent alors application.

3.06 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, le médecin transmet sa demande au comité paritaire.

Cette demande doit contenir les informations suivantes :

- Nom du centre d'amitié autochtone;

- Date de début de pratique;
- Le mode de rémunération demandé.

Le comité paritaire informe la Régie de la désignation du médecin omnipraticien dans un centre désigné, de son choix de mode de rémunération et de la date de début de ses activités professionnelles dans ce centre.

Un médecin peut demander au comité paritaire de modifier son choix de mode de rémunération et le comité juge s'il y donne suite et, le cas échéant, en informe la Régie de même que de la date de changement.

3.07 La présente lettre d'entente tient lieu de nomination.

3.08 Lorsqu'un médecin quitte la pratique à l'intérieur du centre d'amitié autochtone, il doit aviser le comité paritaire de la date de son départ. Le comité paritaire en informe la Régie.

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2023 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE No 391

CONCERNANT LES MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI AGIT À TITRE DE COGESTIONNAIRE DES SERVICES MEDICAUX AU SEIN D'UN CHSLD

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les modalités spécifiques de rémunération applicables au médecin qui agit à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. CONDITIONS D'APPLICATION

3.1 Le médecin doit détenir une nomination au sein du CHSLD pour bénéficier des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.2 Le CHSLD visé transmet à la Régie un avis de service l'avisant du nom du médecin qui assume les fonctions de cogestionnaire des services médicaux.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin cogestionnaire.*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 391*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

3.3 Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la cogestion médicale en CHSLD, mises en place au niveau régional ou territorial ainsi que les tâches attendues du médecin cogestionnaire sont celles définies par le MSSS.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.1 Les activités du médecin qui agit à titre de cogestionnaire des services médicaux au sein d'un CHSLD sont rémunérées de façon exclusive selon le mode du tarif horaire. La prime de responsabilité décrite au paragraphe 4.01 a) de l'Annexe XXII s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures facturées pour les services visés par la présente lettre d'entente.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***101412*** *Activités de fonctionnement pour cogestion en CHSLD.*

5. AUTRES DISPOSITIONS

5.1 La rémunération prévue à la présente lettre d'entente est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente.

5.2 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables des services dispensées en horaires défavorables ne s'appliquent pas à la rémunération prévue par la présente lettre d'entente.

5.3 L'ensemble de la rémunération prévue en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

6. FINANCEMENT

6.1 Les coûts découlant de l'article 4 sont financés hors enveloppe ou par l'évolution de la pratique, en cas de résiduel des sommes de l'enveloppe budgétaire globale en lien avec ce pourcentage de rajustement, et ce, de façon exceptionnelle et malgré l'article 3.7 de l'Annexe IX. Ces coûts seront fixés en fonction des coûts réels observés.

7. MISE EN VIGUEUR

7.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2024. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ième jour de_____2024

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 393

CONCERNANT LA CLIENTÈLE EN ATTENTE AU GUICHET D'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

CONSIDÉRANT l'Entente de principe visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité intervenue entre les parties le 27 avril 2022;

CONSIDÉRANT la fin de cette entente au 31 mai 2024;

CONSIDÉRANT que l'engagement des médecins à offrir des plages au GAP est sur une base volontaire et qu'il est nécessaire de convenir de nouvelles modalités afin de favoriser l'offre de services;

CONSIDÉRANT l'importance de maintenir la coordination qui s'est instaurée entre les GAP, les services de réorientation de patients, les groupes de médecins et les cabinets de l'ensemble des territoires et la volonté de soutenir et améliorer le fonctionnement des GAP;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Clientèle inscrite au GAMF

AVIS **:** *Voir la page Web* Inscription d'un groupe de patients auprès d'un groupe de médecins.

1.1 Les médecins et leurs professionnels qui exercent dans un lieu d'inscription en première ligne (cabinet GMF, cabinet non-GMF, GMF-U en cabinet, en GMF-AR, CLSC, GMF U en établissement, ci-après désignés sous le vocable "cabinet"), s'engagent collectivement et sur une base volontaire à offrir leurs services à un nombre de patients actuellement en attente au GAMF.

1.2 Les patients inscrits en groupe deviennent inscrits au cabinet et ne sont plus considérés orphelins ni en attente au GAMF.

1.3 L'offre de service aux patients inscrits en groupe est dirigée par le GAP de la région ou sous-région. Le GAP agit comme interface entre les besoins des patients inscrits en groupe et l'offre de rendez-vous des cabinets leur étant destinée. Il est responsable du lieu de consommation attribué à l'inscrit collectif.

1.4 Les engagements pris en vertu de la Lettre d'entente n° 368 sont présumés valides en vertu de la présente entente. Toutefois, un groupe peut apporter une modification à son engagement en vigueur avec son DRMG, laquelle est confirmée par addendum. Le formulaire est reproduit en annexe de la présente.

1.5 Chaque DRMG, accompagné d'un comité de médecins créé pour l'assister, assure la révision des engagements des groupes de médecins le cas échéant. D'autre part, il identifie d'autres groupes de médecins désirant recevoir un nombre de patients du GAMF. Les DRMG et les groupes de médecins de territoires limitrophes peuvent collaborer à la distribution des patients en attente au GAMF. Les PDG des CISSS et des CIUSSS sont également co-responsables de la démarche.

Aux fins de mobilisation sur le terrain, chaque DRMG est chargé de distribuer les patients en attente au GAMF de sa région aux médecins participant à la mesure qui exercent dans les lieux d'inscriptions de première ligne du territoire.

1.6 Le GAMF priorise les patients vulnérables identifiés A, B et C et la distribution au cabinet doit refléter cette priorité.

1.7 Le DRMG identifie auprès des cabinets de son territoire la contribution que chacun d'eux confirme être en mesure d'effectuer dans le cadre de la présente mesure. Le DRMG conviendra d'une entente, sous forme d'engagement, avec les médecins du cabinet afin de déterminer le nombre de patients que le cabinet accepte d'inscrire en groupe. Le DRMG informe le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) des ententes prises sur le territoire et le GACO en informe la RAMQ. Celle-ci déclenche alors l'inscription de groupe auprès des patients visés.

1.8 L'offre médicale requise est d'une (1) plage de rendez-vous par année par patient prévu au contrat d'engagement du groupe. Ces plages de rendez-vous sont distribuées par trimestre et doivent être communiquées au GAP par l'orchestrateur dans un délai raisonnable afin d'assurer une prévisibilité pour les patients inscrits en groupe, notamment pour combler certains besoins non urgents. Les plages de rendez-vous sont rendues disponibles au GAP graduellement selon les principes de l'accès adapté.

1.9 L'offre médicale est répartie au cours d'une année de façon à fournir un accès rehaussé permettant de soutenir les besoins accrus lors de certaines périodes, et ce, de la manière suivante :

Trimestre	Distribution	Exemple : 1 000 engagements
1er juin au 31 août	0,20*	200 plages
1er septembre au 30 novembre	0,25	250 plages
1er décembre au 28 février	0,30	300 plages
1er mars au 31 mai	0,25	250 plages
Total	1 plage	1 000 plages

* Exceptionnellement, pour permettre la relance de l'offre de plages au GAP, la distribution est de 0,15 pour le trimestre du 1er juin au 31 août 2024.

1.10 Le DRMG peut, selon les besoins de sa région, autoriser une distribution différente à celle prévue à l'article précédent, en autant que le nombre total annuel de plages de rendez-vous offerts corresponde au total prévu à l'article précédent. Un addendum à l'engagement doit être convenu.

AVIS **:** *Pour se prévaloir de cette modalité, le DRMG doit acheminer au préalable une lettre d'autorisation à la RAMQ en indiquant le pourcentage de distribution des plages de rendez-vous offertes pour le groupe de médecins. Pour toutes questions, se référer à son DRMG.*

1.11 La répartition de l'offre médicale doit être assurée équitablement tout au long du trimestre. À cet effet, au moins 20 % des plages du trimestre doivent être réparties à chacun des mois, sauf pour le trimestre du 1er juin au 31 août 2024.

Malgré l'alinéa précédent, le groupe de médecins ayant atteint 90 % et plus de leur engagement reçoivent les forfaits au prorata des services rendus. Le groupe de médecins ayant atteint moins de 90 % peut faire une demande au comité paritaire, lequel peut autoriser le paiement des forfaits au prorata des services rendus, pour des raisons jugées valables.

1.12 La Régie informe, par écrit, chacun des patients inscrits par un groupe, du nom et du lieu du cabinet auprès duquel il est inscrit ainsi que les coordonnées et informations pertinentes de leur GAP.

1.13 L'offre de service aux patients visés par une inscription de groupe est la même dont bénéficient les patients inscrits à l'un ou l'autre des médecins de ce cabinet, sans toutefois se voir attribuer spécifiquement à un médecin.

Le fait pour un patient d'être inscrit en groupe n'empêche pas un médecin de l'inscrire individuellement, auquel cas les modalités et conditions de rémunération liées à l'inscription individuelle d'un patient en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle* s'appliquent comme si le patient provenait du GAMF.

1.14 La prise de rendez-vous, selon le cas, au médecin ou à un professionnel du cabinet, est assurée par le GAP via l'orchestrateur. Toutefois, dans le cas d'un suivi convenu entre le médecin et le patient, cette prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet auquel cas cette visite est comptabilisée dans l'offre de service attendue par le médecin et donne droit aux forfaits de l'article 1.15 4) et 8).

1.15 Les médecins participant à la mesure sont rémunérés sur une base forfaitaire, en sus de leur rémunération habituelle.

Les modalités suivantes s'appliquent :

1) Le nombre de forfaits alloués correspond au nombre de patients pris au GAMF prévu à l'engagement du groupe.

2) Aux fins de l'application de la présente mesure, les trimestres se répartissent comme suit :
- 1er trimestre : 1er juin au 31 août;
- 2e trimestre : 1er septembre au 30 novembre;
- 3e trimestre : 1er décembre au 28 février;
- 4e trimestre : 1er mars au 31 mai;

3) La détermination du nombre de forfaits en cours de trimestre se fait sur la base du contrat d'engagement, et ses addenda, conclu entre le groupe de médecins et le DRMG. En cas de modification du contrat d'engagement en cours de trimestre par addendum, c'est le nombre de patients le plus élevé qui sert de référence pour la détermination du nombre de forfaits applicable à ce trimestre.

4) Le montant du forfait par patient prévu au contrat d'engagement du groupe de médecins est de 12,50 $ par trimestre que la plage ait été consommée ou non.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42251**.*

Utiliser un maximum de 1000 forfaits par ligne de facture. Noter que :
- le total des forfaits facturés correspond au nombre de patients alloués à chaque médecin par le médecin responsable;
- la date du forfait correspond à la dernière journée du trimestre.

Un forfait égale un patient inscrit au groupe.

Si toutefois le médecin devenait inadmissible en cours de trimestre, il peut facturer ces forfaits la veille de son inadmissibilité en utilisant l'élément de contexte **Inadmissible à la facturation des forfaits codifiés 42251 ou 42267 à la dernière journée du trimestre en cours**.

Dans le cas où un médecin travaille dans plus d'un site d'un GMF, le forfait doit être facturé dans le site auprès duquel le patient a été attribué, et ce, peu importe où le patient a été vu.

Les trimestres sont les suivants :

- *juin, juillet et août;*
- *septembre, octobre et novembre;*
- *décembre, janvier et février;*
- *mars, avril et mai.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les services rendus au patient doivent être facturés selon le lieu réel de dispensation.

5) Les forfaits prévus au paragraphe précédent sont payés rétroactivement après chaque trimestre selon l'atteinte de l'offre médicale mesurée par l'extraction des données de l'orchestrateur (hub) de rendez-vous. Le rapport généré par le hub est transmis au médecin responsable désigné par le groupe de médecins, à une adresse courriel qui respecte les exigences de sécurité du réseau de la santé.

6) Suivant le constat à l'effet que le groupe se qualifie à la mesure de rémunération et afin d'assurer l'application des modalités de rémunération, un médecin responsable, désigné par le groupe de médecins, répartit les forfaits entre les médecins en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés aux patients inscrits.

Le médecin réclame les forfaits alloués à la Régie.

7) Tout médecin visé autorise l'utilisation des renseignements contenus dans l'orchestrateur nécessaires aux fins de l'application de la présente mesure étant convenu que ces renseignements seront utilisés sous forme non nominative selon les mécanismes habituels en respectant le cadre de la Lettre d'entente n° 364.

8) De plus, un forfait supplémentaire de 50 $ est payable pour chaque plage de rendez-vous offerte au GAP et utilisée prioritairement par un patient inscrit collectivement ou ensuite par un patient non inscrit collectivement référé par le GAP, jusqu'à concurrence de l'offre de plage de rendez-vous prévue à l'article 1.9 pour le trimestre.

La Régie comptabilise les visites facturées se qualifiant pour ces forfaits supplémentaires, produit le rapport requis et en informe le responsable de chacun des groupes. Le médecin responsable répartit les forfaits entre les médecins en tenant compte de l'importance de la participation de chacun d'entre eux aux services dispensés aux patients. À défaut par la Régie de fournir le rapport requis dans les deux semaines de la fin du trimestre, les médecins pourront réclamer les forfaits selon l'offre de plage de rendez-vous prévue à l'article 1.9 pour le trimestre.

AVIS **:**

Le médecin réclame les forfaits alloués à la Régie.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42267**.*

Utiliser un maximum de 600 forfaits par ligne de facture. Noter que :
- le total des forfaits facturés correspond au nombre de plages offertes à chaque médecin par le médecin responsable et qui ont été utilisées;
- la date du forfait correspond à la dernière journée du trimestre.

Si toutefois le médecin devenait inadmissible en cours de trimestre, il peut facturer ces forfaits la veille de son inadmissibilité en utilisant l'élément de contexte **Inadmissible à la facturation des forfaits codifiés 42251 ou 42267 à la dernière journée du trimestre en cours**.

Dans le cas où un médecin travaille dans plus d'un site d'un GMF, le forfait doit être facturé dans le site auprès duquel le patient a été attribué, et ce, peu importe où le patient a été vu.

Les trimestres sont les suivants :

- *juin, juillet et août;*
- *septembre, octobre et novembre;*
- *décembre, janvier et février;*
- *mars, avril et mai.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

1.16 Le médecin, dans le cadre d'une visite dédiée aux patients inscrits de groupe, bénéficie de la modalité d'exception suivante :

Au lieu de la tarification de la visite ponctuelle mineure et de la visite ponctuelle complexe, normalement applicables dans le cadre du sans rendez-vous, il peut réclamer la visite de suivi prévue pour les patients inscrits vulnérables ou non vulnérables apparaissant au paragraphe 2.2.6 A c) 3) du Préambule général.

AVIS **:** *Pour un patient inscrit en groupe, utiliser l'élément de contexte* **Patient inscrit en groupe selon la LE – Accès à l'offre de services en première ligne** *pour la facturation des visites de suivi paraissant à l'alinéa 3) du paragraphe 2.2.6 A c).*

AVIS **:** *Pour la compensation des frais de cabinet du médecin qui rend des services au sans rendez-vous le jour même, utiliser :*
- le code de facturation ***19928*** *(services rendus à au moins 10 patients);*
- le code de facturation ***19929*** *(services rendus à au moins 20 patients);*
- l'élément de contexte **GMF – Sans rendez-vous** *ou* **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

La compensation des frais de cabinet doit être demandée sur une facture différente de celle pour les services rendus à un patient inscrit en groupe.

1.17 L'inscription de groupe est considérée pour le financement des professionnels tel que défini au programme GMF (programme transitoire).

1.18 Lors du départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de pratique, de son déménagement ou de son décès, les patients qui n'ont pu être inscrits individuellement aux autres médecins du cabinet en vertu de la Lettre d'entente n° 304 peuvent être inscrits en groupe, en tout ou en partie, à ce même milieu afin d'assurer la continuité de services. À cet effet, les modalités de la présente entente trouvent application pour ces patients désormais inscrits en groupe. L'inscription de groupe n'ouvre toutefois pas à l'application des modalités de la Lettre d'entente n° 304.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Entente pour l'inscription de patients auprès d'un groupe de médecins – Lettre d'entente n° 393 *(4517) pour demander à la RAMQ le transfert de patients à un groupe de médecins.*

1.19 Lorsque la RAMQ constate, dans le cadre de ses contrôles, qu'au cours d'un trimestre que la prestation de services collective n'a pas répondu aux attentes ou que le comité de suivi n'a pas relevé le groupe de médecins de leur défaut, tel que mentionné au second alinéa de l'article 1.11, elle récupère les forfaits versés durant un trimestre donné. À cette fin, le médecin responsable conserve copie des rapports reçus à titre de pièces justificatives pour la rémunération de la présente mesure.

1.20 Pour les médecins participant à la mesure, il est entendu de suspendre les impacts financiers du taux d'assiduité individuel tel que défini au paragraphe 15.06 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ainsi que le taux d'assiduité collectif prévu aux Programmes GMF et GMF-AR jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouveau modèle d'organisation de soins en première ligne et de rémunération.

Dans l'éventualité où le médecin participant à la mesure n'atteint pas son engagement au cours d'un ou de plusieurs trimestres, les suppléments prévus au paragraphe 15.01 de l'entente particulière mentionnée précédemment sont versés au prorata des trimestres réalisés.

1.21 La rémunération prévue à la présente mesure est sujette à l'application des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale.

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

Environnement favorable

2. Le gouvernement favorise un environnement propice à la réalisation de la présente entente, soit :

2.1 Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal des GAP;

2.2 Favoriser le déploiement et le fonctionnement optimal de l'orchestrateur de rendez-vous;

2.3 Favoriser le maintien des ressources humaines prévues aux programmes GMF et GMF AR;

2.4 Favoriser les corridors d'accès en médecine spécialisée;

2.5 Favoriser le maintien des plateaux techniques.

Comité de suivi

3. Un comité composé de représentants du gouvernement et de la FMOQ est constitué pour assurer le suivi régulier de cette mesure.

4. Les principaux éléments du mandat du comité de suivi sont notamment les suivants :

4.1 Analyser les données nécessaires, incluant les visites constatées aux services d'urgence des établissements et les données provenant de l'orchestrateur;

4.2 Apprécier l'offre de services médicaux aux patients inscrits en groupe;

4.3 Assurer le suivi et l'évaluation de l'adéquation entre l'offre de rendez-vous médicaux et les besoins à combler en sans rendez-vous pour la population sans médecin de famille;

4.4 Assurer que les médecins participants bénéficient d'un environnement favorable à la réalisation de cette mesure en tenant compte des points identifiés à l'article 3;

4.5 Assurer le suivi des obligations qui incombent à la RAMQ;

4.6 Évaluer l'impact de la mesure sur la demande de service des patients;

4.7 Favoriser et soutenir l'évolution des inscriptions individuelles et de groupe dans le temps;

4.8 Analyser les demandes en provenance d'un groupe de médecins et reconnaitre le paiement des forfaits au prorata, le cas échéant.

5. Les DRMG et les responsables des GAP sont invités à contribuer aux travaux d'évaluation de ce comité.

6. Le comité recommande aux parties contractantes les ajustements pertinents.

Pour les fins exclusives de la présente entente, le comité de suivi est considéré comme un comité paritaire aux fins de l'Entente générale.

Le comité peut examiner la situation d'un médecin selon le contexte factuel qui lui est présenté et les données pertinentes disponibles, et il recommande aux parties contractantes la dérogation qu'il juge pertinente.

Dans le cadre de son mandat, le comité de suivi a le pouvoir de recommander toute dérogation à la présente entente.

Les parties contractantes disposent des recommandations du comité de suivi et en informent la RAMQ par lettre administrative, le cas échéant.

Prise d'effet et durée

7. La présente entente est en vigueur du 1er juin 2024 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_ième __jour de_____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE N° 394

CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LE SUIVI DES COÛTS DÉCOULANT DE LA LETTRE D'ENTENTE N° 393 ET CONCERNANT LE FINANCEMENT DU DÉPASSEMENT DES COÛTS DU MONTANT ALLOUÉ POUR LE FINANCEMENT DE L'AMENDEMENT N° 195

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement

1. De manière exceptionnelle, sans admission et dans le contexte spécifique de la volonté des parties de maintenir l'inscription collective, les coûts excédentaires au financement prévu pour l'Amendement n° 195 jusqu'au 31 mai 2024, estimés à 17,6 M$, sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2. À compter du 1er juin 2024, les coûts associés au paiement des forfaits prévus à l'article 1.15 de la Lettre d'entente n° 393 ainsi que 50 % des coûts de la visite de suivi prévue à l'article 1.16 de la Lettre d'entente n° 393 sont financés de la façon suivante :

i) Par le solde de l'étalement des sommes non récurrentes déjà cumulées disponibles au paragraphe 9.01 de l'Accord-cadre 2015-2023, soit 4,2 M$

ii) Par les sommes non récurrentes disponibles de 16,4 M$ à l'Accord-cadre 2015-2023 en date du 31 mars 2023

iii) Par les sommes cumulées au 31 mars 2023 disponibles à l'enveloppe budgétaire distincte reliée aux Dossiers médicaux électroniques, jusqu'à concurrence de 55,9 M$;

iv) Si nécessaire, par une portion des sommes récurrentes disponibles à convenir pour l'Accord-cadre 2015-2023. Les parties conviennent qu'en date du 11 juin 2024, la somme de 10,3 M$ par année est disponible pour l'année 2023-2024 et 2024-2025, soit 20,6 M$.

v) À compter du 1er juin 2025, ou plus tôt si les sommes prévues aux alinéas i) à iv) sont entièrement utilisées, et ce, jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023, le ministère de la Santé et des Services sociaux assurera le financement hors enveloppe des coûts associés au paiements des forfaits prévus à l'article 1.15 de la lettre d'entente n° 393 ainsi que cent pour cent (100%) des coûts de la visite de suivi prévue à l'article 1.16 de la lettre d'entente n° 393.

Aucune somme en sus de celles prévues aux alinéas i) à iv) ne peut être déduite des sommes disponibles à l'Accord-cadre 2015-2023.

3. Toutes les sommes provisionnées à l'article 2 alinéa i) à iv) ci-dessus, mais non utilisées demeurent disponibles au 1er juin 2025.

II- Suivi

4. Afin d'assurer le respect des coûts de l'entente et de déterminer le moment d'application de l'article 2 alinéa v), les parties conviennent d'effectuer le suivi régulier de ces mesures.

III- Durée

5. La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2024 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce_____ième jour de_____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

2.1 LETTRES D'INTENTION

LETTRE D'INTENTION

AYANT POUR OBJET L'ANNEXE XIII DE L'ENTENTE RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ASSURANCE HOSPITALISATION ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

En ce qui a trait au remplacement de l'annexe XIII de l'Entente, tel qu'édicté par les dispositions de l'Amendement No 92, les parties conviennent, quant à la nouvelle annexe, peu importe la catégorie de médecins visés (omnipraticiens ou spécialistes), des matières suivantes :

1. la grille de rémunération qu'elle édicte doit être identique à celle appelée à régir, pour la même période, les médecins spécialistes;
2. il y a parité entre les augmentations de rémunération applicables, pour la période visée, à l'une ou l'autre des catégories de médecins visés.

Si des discussions avec les médecins spécialistes devaient introduire des dispositions qui diffèrent des principes énoncés ci-dessus, les parties s'entendent pour discuter des modifications requises à l'annexe XIII précitée et convenir des modifications découlant de ces dernières discussions.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour d' avril 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

3. ACCORDS

AVANT-PROPOS

Cette partie de la **Brochure n° 1** des médecins omnipraticiens contient les numéros et les textes des différents accords conclus entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Toutefois, **les textes sont retirés** du présent document et remplacés par un ***AVIS* dans les cas suivants** :

1. il s'agit d'un accord **remplacé par un autre** accord;
2. il y a une date de fin **antérieure** à la présente mise à jour;
3. il s'agit d'un accord visant des établissements concernés par une entente particulière (ou autre document officiel) qui a été **abrogée ou remplacée** ;
4. il s'agit d'accords visant des établissements retirés ou ajoutés à différentes **annexes d'ententes particulières** ;
5. ces accords visent des **médecins qui ont changé de statut professionnel** (Ex. non admissible, fin de carrière, etc.).

Remarque : Les textes originaux des accords visés sont conservés au Service de l'analyse des programmes de la Régie de l'assurance maladie.

ACCORD No 3

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relatif aux établissements ou partie d'établissements où les médecins sont obligatoirement rémunérés à la vacation.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les établissements ou partie d'établissements énumérés à l'annexe I du présent accord constituent la liste des établissements ou partie d'établissements où les médecins sont obligatoirement rémunérés à la vacation.

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

- ***002030*** *Services cliniques;*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires;*
- ***002037*** *Planification – Programmation – Évaluation;*
- ***002055*** *Communications – Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice.*

Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la facture de services médicaux et inscrire l'élément de contexte **Garde en disponibilité**.

2. La vacation est rémunérée selon le taux prévu à l'entente générale pour une vacation.

3. Le présent accord remplace l'*Accord n° 4* du 29 août 1984 et ses modifications. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de mai 1991.

MARC-YVAN CÔTÉ	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I (Accord no 3)

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS OU PARTIE D'ÉTABLISSEMENTS OÙ LES MÉDECINS SONT OBLIGATOIREMENT RÉMUNÉRÉS À LA VACATION

Région Montréal-Centre (06)

Hôpital de Montréal pour enfants (85-05-01) — fin : 2015-05-14

Site Glen — début : 2015-05-15

- Cliniques spina bifida et asymétrie des membres

Remarque : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates d'entrée en vigueur de l'entente ou d'un amendement ou d'un accord.

ACCORD No 10

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Le présent accord a pour objet de déterminer la rémunération des activités multidisciplinaires du médecin qui, visé au paragraphe 1.02 ci-après, exerce dans le département de psychiatrie de l'hôpital Ste-Croix de Drummondville;

1.02 Aux fins des présentes, les vocables « médecin visé » ou « médecin » désignent limitativement, selon le cas, les docteurs Pierre Jutras ou Claude Belisle, ou les deux.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, notamment celles afférentes à la rémunération des actes diagnostiques et thérapeutiques, s'appliquent aux médecins visés au paragraphe 1.02 ci-dessus sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

3.01 Le mode de la vacation prévu à l'entente générale s'applique à la rémunération des activités de concertation multidisciplinaire que le médecin visé aux présentes effectue en vue d'orienter le traitement des patients;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **015032** Rencontres multidisciplinaires.*

3.02 Seul le médecin pour lequel un nombre de vacations spécifiques a été autorisé et déterminé par le chef du département de médecine générale peut se prévaloir de ces codes d'acte; le médecin ne peut toutefois se prévaloir de plus d'une vacation par semaine pour ces activités;

3.03 Le relevé d'honoraires doit être contresigné par l'établissement avant d'être transmis à la Régie.

4.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

4.01 Le présent accord remplace l'entente particulière relative au département de psychiatrie de l'hôpital Ste-Croix de Drummondville du 23 novembre 1981;

4.02 Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de mai 1991.

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

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 69

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins exerçant dans un centre de détention pour le CLSC Seigneurie de Beauharnois.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Reconnaître le mode de rémunération à la vacation pour le médecin dispensant des services dans le centre de détention de Valleyfield dans le cadre du programme sous la responsabilité du CLSC Seigneurie de Beauharnois en vertu d'un contrat de services professionnels conclu entre le CLSC et le ministre de la Sécurité publique du Québec.

2. Allouer au CLSC Seigneurie de Beauharnois un nombre maximum de six (6) vacations par vingt-huit (28) jours pour la rémunération des services visés à l'article 1.

3. Dans des circonstances exceptionnelles, le directeur du CLSC peut, avec l'accord exprès des parties, augmenter le nombre maximum de vacations alloué en vertu du présent accord. Cette autorisation est adressée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

4. Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin visé au présent accord est rémunéré de façon exclusive à la vacation pour les services qu'il dispense au centre de détention. Le médecin détient alors une nomination spécifique du CLSC lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

5. Le médecin dont la nomination spécifique a pour objet exclusif, dans le CLSC visé aux présentes, la prestation de services professionnels dans le cadre du présent accord, ne peut être contraint d'accepter une autre activité professionnelle. Le présent paragraphe ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement lorsque ces activités se rapportent aux services dispensés dans le centre de détention.

6. En cas de remplacement temporaire du médecin exerçant dans le centre de détention visé par le présent accord, le médecin remplaçant peut à son choix être rémunéré à même le nombre des vacations alloué, être rémunéré à l'acte ou à honoraires fixes.

7. L'établissement avise la Régie du nom du médecin qui est rémunéré selon le mode de la vacation.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***018030*** *Services cliniques.*

8. Le présent accord entre en vigueur le 15 juillet 1993 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22e jour de juillet 1993.

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

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 78

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité prévue au paragraphe 7.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Lorsqu'un médecin exerçant au centre de santé de la Basse côte Nord (Lourdes du Blanc Sablon) est appelé à dispenser des services médicaux dans les points de service désignés en annexe I des présentes, il est rémunéré pour la garde en disponibilité qu'il y effectue.

AVIS **:** *Pour le médecin ayant des droits acquis à honoraires fixes, utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (points de service).*

2. Les médecins qui se prévalent de cette rémunération ne peuvent, sur une base annuelle, facturer plus de 9,357 heures de garde en disponibilité pour l'ensemble des points de service désignés dans l'annexe précitée.

3. La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation des services dans le dispensaire.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de novembre 1993.

MARC-YVAN CÔTÉ	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des points de service cliniques avec garde en disponibilité, désignés aux fins du paragraphe 7.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord (Accord n° 78) :

Aylmer Sound

Chevery

Harrington Harbour

Kégaska

La Romaine

La Tabatière

Mutton Bay

Pavillon Hodd

Saint-Augustin

Saint-Augustin (réserve)

Tête-à-la-Baleine

ACCORD No 79

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité prévue au paragraphe 7.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui exerce au point de service de Schefferville relevant de l'établissement qui exploite le centre de santé de l'Hématite, est rémunéré pour les périodes de garde en disponibilité qu'il y dispense.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (Grand-Nord).*

2. Cette rémunération inclut la garde en disponibilité dispensée au dispensaire de Kawawachikamach.

3. Un seul médecin peut se prévaloir de cette rémunération par période de garde en disponibilité qui se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services au point de service et au dispensaire désignés aux présentes.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de novembre 1993.

MARC-YVAN CÔTÉ	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 81

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité prévue au paragraphe 7.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui exerce auprès du centre hospitalier La Grande Rivière (Radisson-Laforge 1) et qui est appelé à dispenser des services médicaux au point de service situé à Laforge 2 est rémunéré pour la garde en disponibilité qu'il y effectue.

2. Il en est de même de la garde en disponibilité effectuée au point de service Brisay.

AVIS **:** *Pour les articles 1 et 2, utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (Grand-Nord).*

3. Un seul médecin peut se prévaloir de cette rémunération par période de garde en disponibilité effectuée aux points de services désignés aux présentes.

4. La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services aux points de services désignés.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de novembre 1993.

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

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 82

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité prévue au paragraphe 7.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Lorsqu'un médecin exerçant au centre de santé Saint-Jean-Eudes (Havre St-Pierre) est appelé à dispenser des services médicaux dans les dispensaires de Baie-Johan-Beetz, Natashquan, Aguanish, Pointe-Parent ou Port-Menier, il est rémunéré pour la garde en disponibilité qu'il y effectue.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **002094** Garde en disponibilité (Grand-Nord).*

2. Les médecins qui se prévalent de cette rémunération ne peuvent, sur une base annuelle, facturer plus de 1536 heures de garde en disponibilité pour l'ensemble des dispensaires énumérés au point 1.

3. La garde en disponibilité se situe en dehors des heures de dispensation de services dans le dispensaire.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de novembre 1993.

MARC-YVAN CÔTÉ	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 83

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité prévue au paragraphe 7.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui exerce à l'hôpital de l'Ungava (Kuujjuaq) et est appelé à dispenser des services médicaux dans les dispensaires de Kangiqsualujjuaq, Tasuijak, Aupaluk, Kangisuk, Quaqtaq, Kangirsujuaq, est rémunéré pour la garde en disponibilité qu'il y effectue.

AVIS **:** *Pour le médecin ayant des droits acquis à honoraires fixes, utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (points de service).*

2. Un seul médecin peut se prévaloir de cette rémunération par période de garde en disponibilité pour l'ensemble (6) des dispensaires énumérés au point 1.

3. La garde en disponibilité se situe en dehors des heures de dispensation de services dans le dispensaire.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de novembre 1993.

MARC-YVAN CÔTÉ	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 111

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux modalités d'application de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins ayant obtenu leur permis de pratique au cours de la période allant du 1er janvier 1984 au 31 décembre de la même année ainsi que ceux qui, en vertu de l'application de l'article 3.3 de l'entente relative aux activités médicales particulières, ont vu leur assujettissement à l'entente prendre fin au cours de l'année 1994, sont réputés adhérents à l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières et cela à partir du 1er décembre 1993.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 1994 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de novembre 1994.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

.

ACCORD No 126

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relatif aux installations qui ont un programme de médecine génétique ou qui font appel, pour la réalisation de certains programmes, à la médecine génétique.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins de rémunération du conseil génétique ou génique, tel que prévu à l'article 2.7 du préambule général de l'annexe V (Tarif des actes médicaux), les installations désignées sont énumérés à l'annexe I du présent accord.

2. Le présent accord remplace l'*Accord n° 6* du 16 mai 1991. Il entre en vigueur le 1er août 1994 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour de avril 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des installations désignés, pour les fins de rémunération du conseil génétique ou génique, tel que prévu à l'article 2.7 du préambule général de l'annexe V (Tarif des actes médicaux)

	Accord	Date
Région du Saguenay / Lac-Saint-Jean (02)		
- Hôpital de Chicoutimi Inc.	43	94-04-01
- Carrefour de la santé et des services sociaux de Jonquière	439	01-04-01
Région de Québec (03)		
- Centre Cardinal-Villeneuve	43	90-04-01
- Le Centre hospitalier de l'Université Laval	43	90-04-01
- Hôpital St-François d'Assise	126	94-08-01
- Le Centre hospitalier affilié : Pavillon St-Sacrement	418	99-04-30
Région de l'Estrie (05)		
- Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke	43	90-04-01
Région de Montréal-Centre (06)		
- Hôpital Marie-Enfant	43	90-04-01
- Hôpital Sainte-Justine	43	90-04-01
- L'Hôpital de Montréal pour Enfants — fin : 2015-05-14	43	90-04-01
- Hôpital Général de Montréal	43	90-07-01
- L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B Davis	57	90-07-01
- Hôpital Royal Victoria — fin : 2015-05-14	57	90-07-01
- Site Glen — début : 2015-05-15	43 et 57	15-05-15
- L'Hôpital Shriners pour l'enfant infirme (Québec) Inc.	57	90-07-01
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal	465	02-04-01

ACCORD No 129

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu en vertu du sous-paragraphe 3.5.9, intitulé « Diminution des activités médicales particulières », de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Le présent accord a pour objet la diminution de certaines exigences, en matière d'activités médicales particulières, au bénéfice du médecin visé à l'article 2.00 des présentes.

2.00 ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES

2.01 Selon les modalités apparaissant ci-après, bénéficie d'une réduction des exigences de base qu'édicte l'entente particulière relative aux activités médicales particulières, le médecin qui, comptant moins de dix (10) années de pratique, est, dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, chef du département de médecine générale;

2.02 Cette réduction, équivalente au nombre d'heures que le médecin consacre à l'exercice des fonctions ci-haut décrites, s'applique aux heures d'activités professionnelles qui sont exigibles de lui en vertu de l'entente particulière visée aux présentes;

2.03 Le directeur des services professionnels atteste du nombre d'heures consacré à l'exercice des fonctions ci-haut décrites.

3.00 MISE EN VIGUEUR

3.01 Le présent accord entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1er décembre 1994.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour de avril 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 141

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Ajouter à l'annexe I de l'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés, les établissements suivants pour les services préhospitaliers cliniques (excluant la participation aux cours de formation) :

AVIS **:** *Les établissements visés ont été modifiés par l'*Accord nº 160 *et intégrés à l'annexe I de l'EP 49 – Programme spécifique (CHSGS)*.

2. Malgré l'article 5.00 de l'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés, le nombre d'heures est alloué pour l'ensemble des établissements désignés d'une région et sa répartition entre les établissements est déterminée par l'agence après consultation du coordonnateur des services préhospitaliers de la région.

3. Un relevé d'honoraires relatif aux activités visées aux présentes est contresigné par le coordonnateur des services préhospitaliers de la région ou par toute autre personne désignée par l'agence dans le cas où les activités visées aux présentes sont effectuées par le coordonnateur lui-même.

4. Le présent accord entre en vigueur le 30 avril 1995 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de septembre 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 156

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un établissement appelé à fermer ou à changer de mission.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée ainsi que les options de rémunération prévues au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif s'appliquent également dans un service d'urgence accessible uniquement aux patients admis de l'établissement lorsque l'établissement a fait l'objet d'une décision de l'agence relativement à sa fermeture ou à son changement de mission et tant que l'établissement exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

2. Le Ministère avise la Régie de l'assurance maladie du nom des établissements visés ainsi que la période pendant laquelle les dispositions du présent accord s'appliquent.

3. Le présent accord remplace l'*Accord n° 150*. Il entre en vigueur le 1er juillet 1995 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de novembre 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 171

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu en vertu des paragraphes 17.07 de l'Entente et 1.04 de l'entente particulière concernant les unités de médecine familiale.

CONSIDÉRANT la répartition inégale des ressources médicales actuellement affectées aux divers centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés pour le fonctionnement de leur unité de médecine familiale;

CONSIDÉRANT la diversité tant en termes d'activités que de volume de services dispensés et d'organisation des unités de médecine familiale rattachées à des centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT l'absence de norme ou de modèle s'appliquant aux unités de médecine familiale;

CONSIDÉRANT la mise sur pied, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, d'un comité responsable de définir les unités de médecine familiale et d'en revoir l'organisation qui devra déposer ses recommandations avant le 31 mars 1996.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Fédération participe au comité mis en place par le Ministre. Ce comité soumet ses recommandations aux parties avant le 31 mars 1996.

2. Les parties conviennent de traduire dans l'Entente les modalités d'application qu'elles auront agréées, modalités découlant des recommandations du comité ministériel afférentes à l'Entente et permettant, dans le contexte budgétaire actuel, une meilleure répartition des ressources et un fonctionnement adéquat des unités de médecine familiale.

3. ***AVIS :*** *Les modalités d'application et les établissements (unités) sont inscrits à l'entente particulière* ***« (U.M.F.) »****.*

4. ***AVIS :*** *Cet article est abrogé par l'*Accord n° 193 *à compter du 1er juillet 1996.*

5. Le présent accord prend effet à la date de sa signature par les parties et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente à moins que, **d'ici le 1er avril 1996 quant à l'article 3** et avant le 1er juillet 1996 quant **à l'article 4**, les parties n'aient convenu de modifier, remplacer ou abroger l'un de ces articles, ou les deux, en vertu d'un dispositif conventionnel conclu selon l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29).

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de décembre 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 172

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relatif à l'installation désignée pour les fins de la rémunération de la consultation en éthique clinique.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins de la rémunération de la consultation en éthique clinique, tel que prévu à l'article 2.10 du préambule général de l'annexe V (Tarif des actes médicaux),

Région 06 : Montréal-Centre

Institut et Hôpital neurologique de Montréal

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 1996 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de décembre 1995.

JEAN ROCHON	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des installations désignées aux fins de la rémunération pour la consultation en éthique clinique, tel que prévu au paragraphe 2.10 du préambule général de l'annexe V (Tarif des actes médicaux) :

	Accord (1)	Date
Région de Montréal-Centre (06)		
Institut et Hôpital neurologique de Montréal	172	96-01-01
Site Glen	145	15-05-15
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	172	18-08-14
Hôpital Jean Talon	172	18-08-14
Hôpital Fleury	172	18-08-14
Hôpital général de Montréal	172	18-01-01
Hôpital de Lachine	172	18-01-01
Région de Lanaudière (14)		
Centre hospitalier Le Gardeur	161	95-09-01

Remarque : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour l'installation désignée dans l'entente ou dans l'amendement.

ACCORD No 179

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce pour le compte d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui doit fermer son service d'urgence et cesser de dispenser des services en soins de courte durée.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 DÉFINITIONS

1.1 Aux fins de cet accord, les mot et vocables suivants signifient :

1.1.1 centre : un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

1.1.2 service d'urgence : le service d'urgence de première ligne d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

1.1.3 fermeture du service d'urgence : il y a fermeture du service d'urgence de première ligne d'un centre lorsque les ambulances n'y sont plus dirigées et que la population ambulatoire ne peut plus y recevoir des services médicaux sans rendez-vous;

1.1.4 cessation complète des services en soins de courte durée : il y a cessation complète des services en soins de courte durée dans un centre lorsque les malades, admis en courte durée, ont réintégré leur domicile ou ont été réorientés vers un autre centre, hospitalier ou autre.

2.00 OBJET

2.1 Cet accord porte sur la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte d'un établissement qui exploite un centre qui doit, par décision arrêtée en conformité avec les dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2), fermer son service d'urgence et cesser de dispenser des services en courte durée;

2.2 Les dispositions du paragraphe 2.1 s'appliquent, peu importe que la cessation d'activités en cause découle de la fermeture, du changement de mission, de la fusion ou de l'intégration d'établissements ou de centres visés aux présentes;

2.3 L'annexe I ci-jointe comporte le nom des établissements inscrits ainsi que les périodes couvertes par l'application des articles 5 et 6 de cet accord.

3.00 CHAMP D'APPLICATION

3.1 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique aux médecins, établissements et centres visés aux présentes, sous réserve toutefois des dispositions suivantes;

3.2 Les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à l'Entente ainsi que celles prévues, le cas échéant, à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée ainsi que celles prévues à l'*Accord n° 150* ;

3.3 Les modalités de rémunération prévues au sous-paragraphe 2) du paragraphe 5.4 de l'annexe IX de l'Entente s'appliquent à la rémunération des services médicaux visés aux articles 5 et 6 du présent accord.

4.00 INSCRIPTION

4.1 L'inscription d'un établissement relève de l'autorité exclusive des parties. Cette inscription apparaît à l'annexe I ci-jointe;

4.2 Avant de convenir de l'inscription d'un établissement, le Ministère consulte l'établissement visé ainsi que l'agence du territoire où est situé cet établissement;

4.3 La Fédération effectue pareille consultation auprès des médecins qui exercent leur profession pour le compte de l'établissement en cause;

4.4 Avec l'assentiment de la Fédération, le Ministère avise la Régie du nom de l'établissement habilité à se prévaloir des dispositions du présent accord et à être inscrit en annexe.

5.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES ET SERVICE D'URGENCE

5.1 Les modalités de rémunération prévues au présent article s'appliquent pendant, au plus, une période de six (6) mois précédant la fermeture du service d'urgence d'un établissement visé aux présentes;

5.2 La dispensation des services médicaux dans un service d'urgence visé au présent article est rémunéré, par période horaire, sur une base forfaitaire;

AVIS **:** *Utiliser le mode de rémunération à la vacation et le code d'activité* ***061030*** *Forfaitaire lors de la fermeture d'un service d'urgence.*

5.3 La rémunération forfaitaire visée au présent article est établie en suivant la démarche suivante :

a) l'on établit tout d'abord la rémunération totale versée pendant la période de référence;

b) deuxièmement, en prenant en compte le nombre de médecins, cette rémunération totale est convertie en moyenne horaire;

c) la moyenne horaire ainsi obtenue constitue la rémunération forfaitaire qui est versée, par période horaire, à un médecin régi selon le présent article;

5.4 Aux fins de l'application de cet article, les vocables « période de référence » signifient la période qui, l'année précédente, correspond à la période couverte en vertu du présent article et de l'annexe I ci-jointe;

5.5 La rémunération forfaitaire prévue au présent article est établie par les parties, à l'occasion de l'inscription de l'établissement. Pour le compte des parties, le Ministère avise la Régie du quantum de cette rémunération forfaitaire;

5.6 Une rémunération forfaitaire au sens du présent article n'est versée, par période horaire, qu'à un seul médecin.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements visés par l'application des articles 5 et 6 à l'annexe I de l'*Accord n° 181.

6.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES ET MALADE ADMIS

6.1 Les modalités de rémunération déterminées selon le présent article s'appliquent pendant une période d'au plus un (1) mois comprise entre la date de la fermeture du service d'urgence et la date de la cessation complète des services de soins de courte durée de l'établissement;

6.2 Les services dispensés sur place, au bénéfice des malades admis dans le centre, sont rémunérés selon le mode du tarif horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente;

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

*- **060030** Services cliniques*

*- **060063** Garde sur place*

*- **060071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires.*

Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement).

6.3 Cette modalité de rémunération s'applique, tous les jours de la semaine, à l'égard de toute période pour laquelle le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens prescrit, au bénéfice des malades admis, une garde sur place intra-hospitalière;

6.4 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération;

6.5 Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire;

6.6 La détermination de l'horaire du médecin appelé à exercer sa profession dans le cadre du présent article relève du chef de département de médecine générale ou, en son absence, du directeur de services professionnels de l'établissement;

6.7 Aux fins de l'application du présent article, le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'Entente, relatives à la garde sur place.

7.00 DÉROGATION

7.1 L'annexe I ci-jointe peut comporter l'inclusion de certaines modalités particulières relatives à un établissement quant à la durée d'application des dispositions contenues aux articles 5 et 6;

7.2 Malgré les dispositions de l'article 6, un médecin traitant peut, à la demande de son patient qui a la qualité de malade admis, dispenser des services médicaux au bénéfice de celui-ci. Ce médecin est alors rémunéré à l'acte, en conformité avec les dispositions de l'Entente.

8.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

8.1 Le présent article s'applique, pour la période antérieure au 1er avril 1996, au bénéfice d'un médecin qui exerce sa profession pour le compte d'un établissement qui, entre le 1er décembre 1995 et le 1er avril 1996 est à six (6) mois ou moins de la fermeture de son service d'urgence;

8.2 À l'occasion de l'inscription de l'établissement visé au présent article, les parties déterminent la période d'application pendant laquelle, entre le 1er décembre 1995 et le 1er avril 1996, l'article 5 du présent accord aurait dû, dans le service d'urgence visé, recevoir application;

8.3 Dans les soixante (60) jours de la réception des données afférentes à cette période, l'on établit la rémunération totale à l'acte qui, pendant la période déterminée selon le paragraphe 8.2, a été versée en rémunération des services médicaux dispensés dans le service d'urgence. En prenant en compte le nombre de médecins, cette rémunération est convertie en moyenne horaire;

8.4 La moyenne horaire visée au paragraphe 8.3 est ensuite soustraite de la rémunération forfaitaire qui, par période horaire, aurait été versée au médecin si la rémunération prévue à l'article 5 avait été, pour la période déterminée selon le paragraphe 8.2, appliquée dans le service d'urgence en cause;

8.5 Le différentiel qui résulte de la soustraction prévue au paragraphe 8.4 constitue le rajustement forfaitaire qui, par période horaire, est versé au médecin qui a dispensé des services médicaux à l'acte pendant la période qui, comprise entre le 1er décembre 1995 et le 1er avril 1996, a été déterminée selon les dispositions du paragraphe 8.2. Dans le délai prévu au paragraphe 8.3, ce rajustement est versé au médecin en fonction des heures d'activités professionnelles qu'il a complétées dans le service d'urgence visé;

8.6 Pour le compte des parties, le Ministère avise la Régie de l'assurance maladie du Québec du rajustement à effectuer;

8.7 Aux fins de l'application des dispositions du paragraphe 8.4 et de la détermination de la rémunération forfaitaire qui y est prévue, la période de référence, au sens du paragraphe 5.4 des présentes, signifie la période qui, l'année précédente, correspond à la période qui a été déterminée selon le paragraphe 8.2.

8.8 Un rajustement versé en vertu du présent article n'est pas sujet à l'application de l'article 5 de l'annexe IX de l'Entente.

9.00 CESSATION D'APPLICATION

9.1 Lorsque le pourcentage d'activités hebdomadaires d'un service d'urgence se révèle insuffisant en regard du volume d'activités hebdomadaires habituelles de ce service, les parties peuvent, après avoir reçu l'avis du comité paritaire prévu à l'article 32 de l'Entente, suspendre l'application de l'article 5 de cette entente au service d'urgence visé. Si l'intérêt public l'exige, les parties peuvent toutefois décider d'y maintenir l'application des dispositions de l'article 5 précité;

9.2 Les pourcentages d'activités visés au présent article sont établis en comparant l'activité d'une période hebdomadaire régie selon la présente entente particulière à l'activité habituelle que l'on peut observer à la période hebdomadaire correspondante de l'année précédente;

9.3 Aux fins de l'application du présent article, le volume d'activités hebdomadaires habituelles d'un service d'urgence s'établit, pour une période hebdomadaire donnée, en fonction du nombre de patients qui s'y présente. Ce nombre de patients doit toutefois être significatif;

9.4 Le service d'urgence peut, sur une base journalière ou hebdomadaire, ne fonctionner que partiellement. Lorsque tel est le cas, dans l'évaluation de la suffisance du volume d'activités visé au paragraphe 9.1, les parties ou, selon le cas, le comité paritaire, doivent en tenir compte;

9.5 Une suspension d'application en vertu du paragraphe 9.1 ou une décision en maintien de l'application de l'article 5 au sens du même paragraphe relève de l'autorité des parties. Celles-ci en précisent les modalités dans un accord conclu selon le paragraphe 17.07;

9.6 À la demande des parties, un établissement doit leur faire rapport relativement au volume d'activités qui, pour une période hebdomadaire donnée, a été constaté dans le service d'urgence. En regard d'une période hebdomadaire donnée, ce rapport est transmis aux parties dans la semaine qui suit la période hebdomadaire visée.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.1 Cet accord prend effet le 1er avril 1996;

10.2 Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de mars 1996.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 180

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à l'instauration ou à la mise en oeuvre du programme d'allocation de fin de carrière.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu de l'article 5 de l'annexe XV de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Au bénéfice du médecin qui, au 1er janvier de l'année pendant laquelle il présente sa demande d'adhésion au programme, exerce sa profession dans le cadre du régime, fixer, comme critère d'admissibilité financier en regard de la période comprise entre le 1er avril et le 31 décembre de l'année précédant l'année de sa demande d'adhésion, un revenu annualisé égal ou supérieur à un montant de 53 000 $, soit le montant équivalent à la rémunération pondérée du médecin rémunéré à honoraires fixes ayant un statut de demi-temps et plus de cinq ans d'exercice;

2. Au bénéfice du médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, permettre au comité paritaire de déterminer le montant de l'allocation de ce médecin en tenant compte de la valeur de ses avantages sociaux;

3. Permettre au comité paritaire d'octroyer, au bénéfice du médecin qui a un revenu stable, une dérogation lui permettant de bénéficier d'une allocation de fin de carrière lorsque le profil de rémunération de ce médecin atteste d'une rémunération qui, pour chacune des cinq années de référence prévues à l'annexe XV (alinéa i) du paragraphe 1.1), est égale ou supérieure à un montant de 53 000 $, soit le montant équivalent à la rémunération pondérée du médecin rémunéré à honoraires fixes ayant un statut de demi-temps et plus de cinq ans d'exercice;

4. Permettre au comité paritaire d'octroyer, au bénéfice du médecin qui demande une adhésion au programme mais dont le profil de rémunération pour la dernière année ou les deux (2) dernières années ne rencontre pas les exigences prévues au programme, une dérogation lui permettant de bénéficier d'une allocation de fin de carrière si ce médecin satisfait aux conditions suivantes :

a) le montant de la rémunération de la dernière année, ou de chacune des deux (2) dernières années selon le cas, ainsi que celui annualisé de la période s'échelonnant entre le 1er avril et le 31 décembre de l'année précédant l'année de sa demande d'adhésion, est égal ou supérieur à 53 000 $;

b) le médecin accepte une allocation de fin de carrière basée sur la rémunération de la dernière année ou, selon le cas, des deux (2) dernières années.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de mars 1996.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 181

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins qui dispensent certains services dans un établissement dont les services de soins de courte durée sont à un (1) mois ou moins de leur cessation complète.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pendant la période visée à l'article 2 ci-après, les dispositions prévues à l'article 6.0 ainsi qu'au paragraphe 7.2 de l'*Accord n° 179* s'appliquent, par exception, à un établissement inscrit à l'annexe I du présent accord;

2. Cet accord couvre limitativement la période comprise entre le 1er et le 31 mars 1996;

3. Le présent accord entre en vigueur à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de avril 1996.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS VISÉS PAR L'APPLICATION DES ARTICLES 5 ET 6 DE L'ACCORD NO 179 ET À L'ACCORD NO 181

	Établissements	période d'application
A) Application de l'article 5 (service d'urgence)		
Région Montréal-Centre (06)		
00237	Hôpital Reine Élizabeth de Montréal	**1er mai 1996 au 31 mai 1996**
00337	Hôpital Ste-Jeanne d'Arc de Montréal	**1er avril 1996 au 31 mai 1996**
00247	Hôpital Reddy Mémorial	**13 juin au 13 décembre 1996**
05747	Hôpital Bellechasse 1986	**29 septembre au 13 décembre 1996**
B) Application de l'article 6 (patient admis)		
Région de Québec (03)		
02003	Hôpital Christ-Roi	**29 au 31 mars 1996 (1)**
Région de l'Estrie (05)		
01113	Centre hospitalier de Sherbrooke	**16 mars au 1er avril 1996 (1)**
Région Montréal-Centre (06)		
00233	Hôpital Reine Élizabeth de Montréal	**1er juin au 30 juin 1996**
00333	Hôpital Ste-Jeanne d'Arc de Montréal	**1er juin au 30 juin 1996**
00243	Hôpital Reddy Mémorial	**1er décembre 1996 au 24 février 1997**
00213	Centre hospitalier St-Laurent	**1er mars au 15 mars 1996 (1)**
05743	Hôpital Bellechasse (1986)	**14 décembre au 22 décembre 1996**

AVIS **:** *(1) Visé par l'Accord n° 181.*

	Établissements	période d'application
C) Application de l'article 8 (rajustement forfaitaire)		
Région de Québec (03)		
02007	Hôpital Christ-Roi	**1er décembre 1995 au 29 mars 1996**
Région de l'Estrie (05)		
01117	Centre hospitalier de Sherbrooke	**1er décembre 1995 au 15 mars 1996**
Région Montréal-Centre (06)		
00337	Hôpital Ste-Jeanne d'Arc de Montréal	**1er décembre 1995 au 31 mars 1996**

ACCORD No 195

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à certaines modalités d'application de l'entente particulière concernant les unités de médecine familiale au Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon St-François d'Assise.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'entente particulière relative aux unités de médecine familiale prévalant jusqu'au 30 juin 1996, les services dispensés au pavillon St-François d'Assise du Centre hospitalier universitaire de Québec par des médecins de l'unité de médecine familiale à la clinique externe de suivi du service d'urgence, physiquement distincte de la clinique externe relevant de l'unité de médecine familiale, sont rémunérés selon le mode de l'acte à partir du 1er avril 1996.

2. Les dispositions de l'entente particulière relative aux unités de médecine familiale en vigueur jusqu'au 30 juin 1996 et permettant, sur une base exceptionnelle, la pratique à l'acte dans la clinique externe relevant de l'unité de médecine familiale, continueront de s'appliquer jusqu'au 30 septembre 1996 pour les médecins ayant déjà fait l'objet d'une approbation en ce sens par le comité paritaire. Le Ministère transmettra à la Régie la liste des médecins concernés.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 1996 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de juillet 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 206 : Abrogé en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins exerçant dans un établissement de détention.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Reconnaître le mode de rémunération à tarif horaire pour les médecins exerçant dans certains centres de détention.

AVIS **:** *L'établissement doit ftransmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Accord ou lettre d'entente;

- le numéro de l'accord visé (206, 289, 694, ou 718 selon le cas);

Inscrire la période couverte par l'avis.

Une prime de responsabilité est également payée au médecin rémunéré selon ce mode. Cette prime est de et de 16,25 $ par heure au 1er octobre 2019. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre du présent accord.

La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), inscrire le numéro d'établissement concerné ainsi que les données suivantes :*

*- **TH** dans le champ* Mode de rémunération*;*

- la ou les plages horaires concernées dans le champ Plage horaire*;*

*- **018030** Services cliniques dans le champ* Code d'activité.

2. Allouer aux établissements suivants un nombre maximum d'heures par année :

70166	Établissement de détention de Montréal Centre de détention de Québec*	4 500 heures
70366	Centre de détention de Trois-Rivières	1 872 heures
70426	Établissement de détention de Rivière-des-Prairies	1 560 heures
70286	Établissement de détention de Sherbrooke (1998-12-15) *(Accord n° 289)*	1 820 heures
70106	Établissement de détention de Hull (2009-09-13) *(Accord n° 694)*	800 heures
70436	Centre de détention Leclerc de Laval (2014-10-20) *(Accord n° 718)*	1 820 heures

* Rémunération à l'acte depuis le 5 novembre 2001 (voir l'Accord n° 457)

AVIS **:** *70026 Établissement de détention d'Amos (2019-04-01 à 2021-03-31) 520 heures*
70246 Établissement de détention de Roberval (2019-04-01 à 2021-03-31) 520 heures

3. Dans des circonstances exceptionnelles, le directeur d'un établissement de détention peut, avec l'accord exprès des parties, augmenter le nombre maximum d'heures alloué au centre en vertu du présent accord. Cette autorisation est adressée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

4. En cas de remplacement du médecin exerçant dans un établissement de détention visé par le présent accord, le médecin remplaçant peut à son choix être rémunéré à tarif horaire à même le nombre d'heures alloué ou être rémunéré à l'acte.

5. Le présent accord remplace l'*Accord n° 61*. Il entre en vigueur le 27 octobre 1996 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de février 1997.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 216

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré le retrait du Centre d'Youville de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, le docteur Michel Lapointe est rémunéré à tarif horaire lorsqu'il exerce au centre de jour de cet établissement.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 1996 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30e jour de avril 1997.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 225

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à l'instauration ou à la mise en oeuvre du programme de départ assisté.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu de l'article 13 de l'annexe XV de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Au bénéfice du médecin qui, au 1er juillet 1997, exerce sa profession dans le cadre du régime et du médecin visé au paragraphe 6,5 de l'annexe XV, fixer, comme critère d'admissibilité financier en regard de la période comprise entre le 1er janvier et le 30 juin 1997, un revenu annualisé égal ou supérieur à un montant de 53 000 $, soit le montant équivalent à la rémunération pondérée du médecin à honoraires fixes ayant un statut de demi-temps et plus de cinq ans d'exercice;

2. Au bénéfice du médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, permettre au comité paritaire de déterminer le montant de l'allocation de ce médecin en tenant compte de la valeur de ses avantages sociaux;

3. Permettre au comité paritaire d'octroyer, au bénéfice du médecin qui a un revenu stable, une dérogation lui permettant de bénéficier d'une allocation en vertu du programme lorsque le profil de rémunération de ce médecin atteste d'une rémunération qui, pour chacune des cinq années de référence prévues à l'annexe XV (alinéa i) du paragraphe 4.1), est égale ou supérieure à un montant de 53 000 $, soit le montant équivalent à la rémunération pondérée du médecin rémunéré à honoraires fixes ayant un statut de demi-temps et plus de cinq ans d'exercice;

4. Permettre au comité paritaire d'octroyer, au bénéfice du médecin qui demande une adhésion au programme mais dont le profil de rémunération pour la dernière année ou les deux (2) dernières années ne rencontre pas les exigences prévues au programme, une dérogation lui permettant de bénéficier d'une allocation en vertu du programme si ce médecin satisfait aux conditions suivantes :

a) le montant de la rémunération de la dernière année, ou de chacune des deux (2) dernières années selon le cas, ainsi que celui annualisé de la période s'échelonnant entre le 1er janvier et le 30 juin 1997, est égal ou supérieur à 53 000 $;

b) le médecin accepte une allocation en vertu du programme basée sur la rémunération de la dernière année ou, selon le cas, des deux (2) dernières années.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de juillet 1997.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 248

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du Dr Normand Tremblay.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services dispensés au bénéfice de l'Agence du Nunavik, le Dr Normand Tremblay est rémunéré pour un maximum de 1 540 heures par année, en y incluant la banque de 961 heures allouée à l'agence concernée dans le cadre du protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence.

2. Malgré ce qui précède, le Dr Normand Tremblay est rémunéré pour un maximum de 1 582 heures pour la période du 1er janvier 1997 au 31 décembre 1997 et pour un maximum de 1 498 heures pour la période du 1er janvier 1998 au 31 décembre 1998.

3. Cet accord remplace l'*Accord n° 197*. Il entre en vigueur le 1er janvier 1996 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour de mars 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 249

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions de rémunération du médecin remplaçant en anesthésie à l'Hôpital Chibougamau Limitée.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 7.00 de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte de l'hôpital Chibougamau Limitée, lorsqu'un médecin assure la prestation des services professionnels en anesthésie en remplacement temporaire d'un médecin, omnipraticien ou spécialiste, il est rémunéré selon l'article 6.00 de cette entente particulière.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er mars 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour de mars 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 254

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins qui exercent au CLSC-CHSLD De l'Érable.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de l'application du paragraphe 2.2.9 du préambule général de l'Entente, relatif au plafonnement journalier, le CLSC-CHSLD De l'Érable est considéré comme un CLSC désigné dans le cadre du réseau de garde intégré pour les services dispensés dans son service d'urgence.

2. Le présent accord entre en vigueur le 30 mars 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de avril 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 257 : Abrogé en date du 3 janvier 2021 par l'Accord 751

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité à la réserve d'Obedjiwan.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, le médecin exerçant auprès du centre hospitalier Hôtel-Dieu de Roberval et qui est appelé à dispenser des services médicaux aux Atikameks à la réserve d'Obedjiwan est rémunéré pour la garde en disponibilité qu'il y effectue.

2. La garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, auquel on applique modificateur sur taux horaire normal prévu. Au 31 mars 2019, le modificateur applicable est de 50 % et il est de 61,45 % à compter du 1er avril 2019. On applique également sur le taux horaire normal prévu les modificateurs inscrits à la colonne 3 de l'Annexe XIV de l'Entente.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***054081****.*

3. Une banque de 8 heures par semaine est allouée pour la garde en disponibilité.

4. Le présent accord entre en vigueur le 14 avril 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour de mai 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 258

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions de rémunération du docteur Christian Turcotte, médecin dépanneur au CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 30.00 de l'entente générale, le docteur Christian Turcotte sera rémunéré selon le mode du tarif horaire pour les services professionnels dispensés dans le cadre du mécanisme de dépannage au CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau durant la période comprise entre le 1er décembre 1997 et le 31 janvier 1998.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 1997 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e jour de mai 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 259

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins qui exercent dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Retirer de l'annexe I de l'*Accord n° 1* relatif aux établissements ou partie d'établissements où les médecins sont obligatoirement rémunérés à honoraires fixes, l'établissement suivant :

Région 01 : Bas St-Laurent

Hôpital de Mont-Joli Inc., à l'exception de la clinique d'urgence et de la Résidence de Mont-Joli Inc. (95-04-01)

2. Ajouter à l'annexe I de l'entente particulière relative à la rémunération des médecins qui exercent dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, en vigueur le 30 avril 1995, l'établissement suivant :

Région 01 : Bas St-Laurent

Centre mitissien de santé et des services communautaires : Hôpital de Mont-Joli (adhésion partielle) à l'exception du service d'urgence et de l'unité de courte durée psychiatrique.

3. Les docteurs Réjean Carrier, Denis Charles Beaumont et Mijanou Didier reçoivent une rémunération à l'acte pour les service médicaux rendus dans les pavillons de Luceville, St-Joseph et Price rattachés à l'Hôpital de Mont-Joli.

4. Les médecins exerçant en psychiatrie à l'Hôpital de Mont-Joli bénéficient des dispositions prévues à l'article 3.01 de l'annexe VI de l'entente générale relativement aux congés additionnels.

5. Pour les fins de la rémunération majorée à l'annexe XII de l'Entente, le Centre mitissien de santé et des services communautaires est considéré comme un établissement exploitant aussi un centre hospitalier.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er mai 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13e jour de août 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 264

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à certaines dispositions s'appliquant à la rémunération selon le mode des honoraires fixes.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de l'application du premier alinéa du sous-paragraphe 5.5 de l'annexe IX de l'Entente, la valeur des avantages sociaux est établie à 17,16 % de la rémunération versée à un médecin selon le mode des honoraires fixes sous réserve des articles suivants.

2. Pour le médecin dont le revenu brut atteint le plafond semestriel, aux fins de l'application du sous-paragraphe 7.6 de l'annexe IX de l'Entente, la valeur des avantages sociaux pourrait être inférieure au pourcentage établi précédemment lorsque sa rémunération répond à l'une des conditions suivantes :

a) il reçoit la totalité de sa rémunération à honoraires fixes au tarif des régions désignées (soit à 115 %) et cette rémunération est supérieure à 54 000 $ pour le semestre;

b) il reçoit au moins une partie de sa rémunération à honoraires fixes au tarif de base (soit à 100 %) et sa rémunération est supérieure à 40 000 $ pour le semestre.

3. Pour l'application de l'article précédent, le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente remplit les fonctions suivantes :

a) il fait l'inventaire des médecins concernés par le premier alinéa du sous-paragraphe 7.06 de l'annexe IX de l'Entente pour chaque semestre;

b) il établit la valeur des avantage sociaux, en pourcentage de la rémunération, correspondant à la situation de chacun des médecins concernés;

c) il transmet à la Régie la liste des médecins concernés ainsi que le pourcentage de la rémunération équivalant à la valeur des avantages sociaux devant être utilisé, pour chacun de ces médecins, aux fins de l'application du premier alinéa du sous-paragraphe 7.6 de l'annexe IX de l'Entente.

4. La Régie rembourse au médecin le trop perçu au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après la fin du semestre concerné.

5. La présent accord entre en vigueur le 1er juin 1997 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de juillet 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 275

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération du médecin qui exerce au CLSC Vallée de la Batiscan : Site Mikinac.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 3.00 de l'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires, le médecin qui exerce selon le mode de l'acte au CLSC Vallée de la Batiscan peut, au cours du mois de septembre de chaque année, exercer également selon le mode du tarif horaire.

2. La banque d'heures maximale allouée pour l'ensemble des médecins qui se prévalent de l'article précédent est de cinquante (50) heures par année.

3. Le présent accord remplace l'*Accord n° 210*. Il entre en vigueur le 1er septembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de novembre 1998.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 281

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le docteur Marc-André Lemire.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré le paragraphe 17.01 de l'entente générale, le docteur Marc-André Lemire qui a modifié son option de mode de rémunération à tarif horaire pour le mode à honoraires fixes peut de nouveau opter pour le mode de rémunération à tarif horaire.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er février 1999.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de mars 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 282

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité prévue au paragraphe 6.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Lorsqu'un médecin exerçant au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, est appelé à dispenser des services médicaux dans les points de service désignés en annexe I des présentes il est rémunéré pour la garde en disponibilité qu'il y effectue.

AVIS **:** *Pour le médecin ayant des droits acquis à honoraires fixes, utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (points de service).*

2. Au plus quatre (4) médecins peuvent se prévaloir de cette rémunération par période de garde en disponibilité effectuée aux villages désignés en annexe I des présentes.

3. La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le point de service ou le dispensaire.

AVIS **:** *Pour le médecin ayant des droits acquis à honoraires fixes, utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (points de service).*

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er février 1999. Il remplace l'*Accord n° 80* du 25 novembre 1993.

EN FOI DE QUOI**,** les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de mars 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Liste des points de services cliniques avec garde en disponibilité, désignés aux fins du paragraphe 6.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord (Accord n° 80) :

Whapmagoostui + Kuujjuarapik

Wemindji

Eastmain

Mistissini

Waswanipi

Nemiscau

Waskaganish

Ouje-Bougoumou

ACCORD No 283

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la garde en disponibilité prévue au paragraphe 6.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Lorsqu'un médecin exerçant au Centre de santé Inuulitsivik, est appelé à dispenser des services médicaux dans les points de service désignés en annexe I des présentes, il est rémunéré pour la garde en disponibilité qu'il y effectue.

AVIS **:** *Pour le médecin ayant des droits acquis à honoraires fixes, utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (points de service).*

2. Les médecins qui se prévalent de cette rémunération ne peuvent, sur base annuelle, facturer plus de 9 792 heures de garde en disponibilité pour l'ensemble des points de service désignés dans l'annexe précitée.

3. La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le point de service ou le dispensaire.

AVIS **:** *Pour le médecin ayant des droits acquis à honoraires fixes, utiliser le code d'activité* ***002094*** *Garde en disponibilité (points de service).*

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er février 1999. Il remplace l'*Accord n° 84* du 25 novembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de mars 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Liste des points de services cliniques avec garde en disponibilité, désignés aux fins du paragraphe 6.03 de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord (Accord n° 84) :

- Salluit
- Vis-à-Vis
- Akulivik
- Iukjuak
- Umiujaq

ACCORD No 287

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à certaines modalités d'application de l'annexe XV de l'entente générale.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu de l'article 13 de l'annexe XV de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De permettre au docteur Marc Lavallée de modifier à nouveau sa période d'étalement des versements dans le cadre du programme d'allocation de fin de carrière malgré qu'il se soit déjà prévalu, une première fois, des dispositions de l'article 2 de l'annexe XV de l'entente générale en modifiant l'étalement de sa période de versements.

2. Cette accord entre en application le 15 décembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de mars 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 289

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins qui exercent dans un centre de détention.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les dispositions prévues à l'*Accord n° 206* s'appliquent également à l'établissement de détention de Sherbrooke.

2. Un nombre maximal de 1820 heures par année est alloué à ce centre de détention.

3. Le présent accord entre en vigueur le 15 décembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour de mars 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 294

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au Pavillon Sainte-Marie du Centre hospitalier de Trois-Rivières.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au service d'urgence du Pavillon Sainte-Marie du Centre hospitalier régional pendant certaines périodes de fermeture de ce service d'urgence;

1.2 Il y a fermeture du service d'urgence de première ligne d'un centre lorsque les ambulances n'y sont plus dirigées et que la population ambulatoire ne peut y recevoir des services médicaux sans rendez-vous.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique aux médecins, visés aux présentes, sous réserve toutefois des dispositions suivantes :

2.2 Les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à l'Entente ainsi que celles prévues, le cas échéant, aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée.

3. CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Les modalités de rémunération déterminées selon le présent article s'appliquent de 17 h à 8 h, tous les jours de la semaine;

3.2 Les services dispensés sur place, au bénéfice des malades admis dans le centre, sont rémunérés selon le mode du tarif horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente à l'exception des accouchements effectués par le médecin de garde. Ces accouchements sont alors facturés à l'acte;

3.3 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération;

3.4 Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire;

3.5 La détermination de l'horaire du médecin appelé à exercer sa profession dans le cadre du présent article relève du chef de département de médecine générale ou, en son absence, du directeur des services professionnels de l'établissement;

3.6 Aux fins de l'application du présent article, le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'Entente, relatives à la garde sur place.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **061030** Services cliniques.*

4. MISE EN VIGUEUR

4.1 Le présent accord entre en vigueur le 1er février 1999 et le demeure jusqu'au 1er avril 1999.

AVIS **:** *Le présent accord est prolongé jusqu'à la réouverture du service d'urgence ou, à défaut, jusqu'au renouvellement de l'entente générale.*
Voir l' Accord nº 313.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23e jour de avril 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 301

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération du docteur Johanne Philippe exerçant auprès de la communauté amérindienne de Mashteuiatsh (Pointe-Bleue).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. CHAMP D'APPLICATION

1.01 L'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au docteur Johanne Philippe lorsqu'elle exerce son activité professionnelle auprès de la communauté amérindienne de Mashteuiatsh (Pointe-Bleue), sous réserve des dispositions suivantes.

2. CONDITIONS PARTICULIÈRES

2.01 La rémunération à l'acte prévue à l'entente générale s'applique à la rémunération des services médicaux que le médecin visé aux présentes dispense dans le cabinet qu'elle occupe à Pointe-Bleue;

2.02 Le mode de rémunération à l'acte s'applique également à la rémunération des visites médicales d'urgence à domicile que ce médecin effectue sur le territoire de la réserve de Mashteuiatsh (Pointe-Bleue);

2.03 Toute autre activité professionnelle que le médecin exerce auprès de la communauté amérindienne de Mashteuiatsh (Pointe-Bleue) est rémunérée selon le mode de la vacation jusqu'au 29 octobre 1994 et du tarif horaire par la suite, en conformité avec les modalités décrites à l'article 3.00 ci-après.

AVIS **:** *Pour les codes d'activité à utiliser, voir l'EP 24 – Santé publique.*

2.04 L'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes est reconnu comme essentiel par l'établissement et le département régional de médecine générale, le tout conformément à l'alinéa f) du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'Entente.

3. RÉMUNÉRATION

3.01 Le nombre d'heures d'activités professionnelles auprès de la communauté amérindienne de Mashteuiatsh (Pointe-Bleue) décrites au paragraphe 2.03 ci-dessus ne peut, pour une année d'application, excéder neuf cent soixante-huit (968) heures;

3.02 La rémunération selon le mode du tarif horaire pour les activités visées aux présentes est sujette à l'autorisation du Directeur de la santé publique de la région du Saguenay / Lac-St-Jean ou du médecin qui, selon la *Loi sur les Services de santé et les Services sociaux* et modifiant diverses dispositions législatives (RLRQ, chapitre S-4.2) est, le cas échéant, susceptible de le remplacer;

3.03 Cet accord tient lieu de la nomination permettant au docteur Johanne Philippe d'être rémunérée selon le mode du tarif horaire majoré selon l'annexe XII de l'Entente;

3.04 Aux fins de l'application de l'entente relative aux activités médicales particulières, la rémunération versée selon le mode de la vacation ou du tarif horaire est considérée comme originant d'un établissement.

4. ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 Le présent accord prend effet le 1er janvier 1997. À compter de cette date, il remplace **l' *Accord n*o *117*** du 9 février 1995 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23e jour de avril 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 312

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la désignation d'un établissement à l'annexe I de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Ajouter à l'annexe I de l'entente particulière relative à la rémunération de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques, signée le 16 mai 1991, l'établissement suivant :

Région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec

Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, service psychiatrique.

2. Le présent accord entre en vigueur le 6 juin 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de juin 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 313

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au Pavillon Sainte-Marie du Centre hospitalier de Trois-Rivières.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que la situation prévalant au Pavillon Sainte-Marie du Centre hospitalier de Trois-Rivières au 1er février 1999 demeure inchangée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'*Accord n° 294* du 23 avril 1999 est reconduit jusqu'à la réouverture du service d'urgence ou, à défaut, jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er avril 1999. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26e jour de mai 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 316

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services professionnels dispensés dans le cadre d'une unité de médecine familiale.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Retirer de l'annexe I de l'entente particulière concernant les unités de médecine familiale, l'inscription de l'établissement suivant :

	Banque d'heures	
	Supervision	Activités académiques
Région 01 : Bas-Saint-Laurent		
- CH régional de Rimouski	6059	2025

2. Désigner et inscrire à l'annexe I de l'entente particulière concernant les unités de médecine familiale, l'établissement suivant ainsi que la banque d'heures allouée annuellement. :

Région 01 : Bas-Saint-Laurent		
- Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire	6059	2025

3. Le présent accord entre en vigueur le 19 mai 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de juin 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 322

Concernant les conditions d'exercice des docteurs Sylvie Pépin et Guylène Thériault lorsqu'elles exercent au Centre de santé de la Basse Côte-Nord.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le présent accord a pour objet de reconnaître aux docteurs Sylvie Pépin et Guylène Thériault, lorsqu'elles sont titulaires d'une nomination au Centre de santé de la Basse Côte-Nord, le droit de se partager l'équivalent d'un temps plein et d'exercer leurs activités professionnelles pendant six mois de l'année, en périodes discontinues déterminées par ces médecins en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

2. Les docteurs Pépin et Thériault bénéficient des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes. Elles ont droit, chacune, à :

a) la moitié de la prime d'isolement;

b) deux sorties annuelles;

c) dix jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus deux fois par année. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celle déterminée selon l'article I du présent accord;

d) une sortie annuelle pour les dépendants des docteurs Pépin et Thériault.

3. Les docteurs Pépin et Thériault bénéficient des avantages additionnels prévus au paragraphe 10.01 de l'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord au prorata des mois ouvrés. Elles partagent toutefois le même logement.

4. Les frais de déménagement octroyés au docteur Pépin lui sont remboursés selon le paragraphe 3.1 a et b de la section II de l'annexe XII.

5. Les docteurs Pépin et Thériault sont rémunérés conformément à l'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

6. Le présent accord prend effet le 1er juin 1999. Il remplace l'*Accord n° 235* du 19 novembre 1997.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de juin 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 326

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du dépannage auprès d'un service d'urgence d'un établissement en garde pénurie d'effectifs.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Désigner, aux fins de l'application de l'*Accord n° 323*, relativement au mécanisme du dépannage, l'établissement suivant :

Région 05 : Estrie

Corporation centre hospitalier Lac Mégantic :
Centre hospitalier Lac-Mégantic

2. Le présent accord entre en vigueur le 7 mai 1999. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de juin 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 337

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération de certains médecins exerçant au Centre hospitalier régional de Sep-Îles.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession au Centre hospitalier régional de Sept-Îles, les médecins dont le nom apparaît ci-après sont rémunérés à l'acte lorsqu'ils dispensent des services couverts par l'entente particulière précitée. Les médecins visés par le présent accord sont:

Docteur Abdoulaye Bah # 91-228-6 (voir l'*Accord n° 368*)

Docteur Guy Bélanger # 77-126-0

Docteur Richard Brassard # 76-273-1

Docteur Danielle Lajoie # 81-118-1

Docteur Bernard Laplante # 79-384-3

2. Les médecins visés par le présent accord doivent maintenir un niveau d'activités comparable à celui observé au cours de l'année précédant la mise en vigueur de l'entente particulière précitée en ce qui a trait aux services couverts par cette entente particulière.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31e jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 341

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au centre hospitalier de Buckingham.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au service d'urgence du centre hospitalier de Buckingham pendant certaines périodes de fermeture de ce service d'urgence;

1.2 Il y a fermeture du service d'urgence de première ligne d'un centre lorsque les ambulances n'y sont plus dirigées et que la population ambulatoire ne peut y recevoir des services médicaux sans rendez-vous.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique aux médecins, visés aux présentes, sous réserve toutefois des dispositions suivantes.

2.2 Lors des périodes de fermeture du service d'urgence, les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à l'Entente ainsi que celles prévues, le cas échéant, aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée.

3. CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **061030** Services cliniques.*

3.1 Les modalités de rémunération déterminées selon le présent article s'appliquent de 0 h à 8 h, tous les jours de la semaine;

3.2 Les services dispensés sur place, au bénéfice des malades admis dans le centre, sont rémunérés selon le mode du tarif horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente à l'exception des accouchements effectués par le médecin de garde. Ces accouchements sont alors facturés à l'acte;

3.3 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération;

3.4 Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire;

3.5 La détermination de l'horaire du médecin appelé à exercer sa profession dans le cadre du présent article relève du chef de département de médecine générale ou, en son absence, du directeur des services professionnels de l'établissement;

3.6 Aux fins de l'application du présent article, le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'Entente, relatives à la garde sur place.

4. MISE EN VIGUEUR

4.1 Le présent accord entre en vigueur le 28 juin 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20e jour de août 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 343

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins exerçant dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré le retrait de la Résidence Riviéra Inc. de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébertement et de soins de longue durée, le docteur Jacques Schérer est rémunéré à tarif horaire lorsqu'il exerce dans cet établissement.

2. Le présent accord entre en vigueur le 16 août 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour d'août 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 360

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du médecin qui exerce au Centre hospitalier régional de Sept-Îles.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession au Centre hospitalier régional de Sept-Îles, le docteur Chantal Baril est rémunérée à l'acte pour les services dispensés dans le cadre de la clinique de planning-sexualité de l'établissement. Ce médecin ne peut, alors, pour la même journée, se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'entente particulière précitée.

2. Ce médecin doit maintenir un niveau d'activités dans le cadre de la clinique de sexualité-planning comparable à celui observé au cours de l'année précédant la mise en vigueur de l'entente particulière précitée.

3. Le présent accord prend effet le 1er juillet 1999 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31e jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 375

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au Complexe Santé et Services sociaux Nicolet-Yamaska.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au service d'urgence du Complexe Santé et Services sociaux Nicolet-Yamaska pendant certaines périodes de fermeture de ce service d'urgence;

1.2 Il y a fermeture du service d'urgence de première ligne d'un centre lorsque les ambulances n'y sont plus dirigées et que la population ambulatoire ne peut y recevoir des services médicaux sans rendez-vous.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique aux médecins, visés aux présentes, sous réserve toutefois des dispositions suivantes :

2.2 Lors des périodes de fermeture du service d'urgence, les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à l'Entente ainsi que celles prévues, le cas échéant, aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée.

3. CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Les modalités de rémunération déterminées selon le présent article s'appliquent de 22 h à 8 h, tous les jours de la semaine;

3.2 Les services dispensés sur place, au bénéfice des malades admis dans le centre, sont rémunérés selon le mode du tarif horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***061030*** *Services cliniques.*

3.3 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération;

3.4 Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire;

3.5 La détermination de l'horaire du médecin appelé à exercer sa profession dans le cadre du présent article relève du chef de département de médecine générale ou, en son absence, du directeur des services professionnels de l'établissement;

3.6 Aux fins de l'application du présent article, le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'Entente, relatives à la garde sur place.

4. MISE EN VIGUEUR

4.1 Le présent accord entre en vigueur le 23 décembre 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31e jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 386

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de services dispensés dans le cadre du mécanisme de dépannage.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les accords convenus entre les parties relatifs à la mise en place de certaines modalités de rémunération de services dispensés dans le cadre du dépannage et dont la liste apparaît ci-après prennent fin le 1er juillet 2000 :

Accord n° 361 quant à son article 2 (malade admis au Centre hospitalier de Jonquière et au Centre hospitalier de Sept-Îles);

Accord n° 324 en ce qui a trait au Centre hospitalier d'Amqui;

Accord n° 319 (malade admis et urgence au Centre hospitalier Rouyn-Noranda);

Accord n° 328 en ce qui a trait au Centre hospitalier de Buckingham (malade admis);

Accord n° 325 (urgence au Centre hospitalier de Jonquière).

2. Cet accord est en vigueur le 1er juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26e jour de mai 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 390

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les établissements visés par l'entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), ainsi que des montants forfaitaires alloués.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Inscrire à l'annexe I de l'entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) les établissements apparaissant à l'annexe du présent accord.

AVIS **:** *La liste des établissements a été intégrée à l'EP 27 – Chef de département (CHSGS)*.

2. Le présent accord remplace l'*Accord n° 353* du 31 janvier 2000. Il entre en vigueur le 1er septembre 1999 et le demeure jusqu'à son remplacement par un nouvel accord.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26e jour de mai 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 398

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération de certains médecins exerçant auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains CHSGS (art.5.01), les médecins dont le nom apparaît ci-après sont rémunérés à l'acte lorsqu'ils dispensent des services couverts par l'entente particulière précitée:

	Nom de l'établissement	**Nom des médecins visés**
Région 01 : Bas St-Laurent		
Centre hospitalier d'Amqui	Dr Luigia Bertolo	1877109
	Dr Frank Lazzara	1835297
Région 11 : Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine		
Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs	Dre Micheline Desgagnés	1861608
	Dr Marquis Lessard	1723253
	Dr Jacques Pelletier	1842145
	Dre Johanne St-Laurent	1792266
	Dre Paula White	1874262
Centre hospitalier de Chandler	Dr Donald Davis	1650993

2. Malgré les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession aurpès des malades admis en certains CHSGS (art.5.03), les médecins dont le nom apparaît ci-après sont rémunéres à honoraires fixes pour leur pratique auprès du malade admis du lundi au vendredi de chaque sermaine :

Nom de l'établissement	**Nom des médecins visés**
Région 05 : Estrie	
CUSE : Site Bowen	Dr Robert Fortier 167220
	Dre Marie-Josée Mailloux 196128
	Dr André Munger 177463
	Dre Laurence Nédelec 191059
	Dre Suzanne Turcotte 188574

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 3e jour d'août 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 399

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de services dispensés dans le cadre du mécanisme de dépannage.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les accords convenus entre les parties relatifs à la mise en place de certaines modalités de rémunération de services dispensés dans le cadre du dépannage et dont la liste apparaît ci-après prennent fin le 15 septembre 2000:

Accords nos 310 et 344 (unité de soins de courte durée et service d'urgence du CH de La Sarre);

Accord no 315 (service d'urgence au CH d'Amqui);

Accords nos 318, 323 et 354;

Accords nos 324 et 346 (unité de soins de courte durée et service d'urgence au CH Lac-Mégantic);

Accord no 327 (unité de soins de courte durée et service d'urgence de l'Hôpital-des-Monts du CLSC-CHDLD-CH de la MRC Denis-Riverin);

Accords nos 328 et 340 (unité de soins de courte durée et service d'urgence du CH de Maniwaki du CH-CHSLD des Forestiers);

Accord no 334 (service d'urgence au Complexe hospitalier de la Sagamie);

Accord no 340 (service d'urgence du CH de Buckingham du CH-CHSLD de Papineau);

Accord no 355 (obstétrique au Centre de Mont-Laurier du Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle).

2. Le présent accord entre en vigueur le 15 septembre 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 3e jour d'août 2000.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 400

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de services dispensés dans le centre hospitalier Kateri Memorial du Conseil des Mohawks de Kanawake.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n° 77*, la clinique externe du centre hospitalier Kateri Memorial rattaché au Conseil des Mohawks de Kanawake est réputée être un CLSC.

2. D'ajouter à l'annexe I de l'entente particulière relative à la rémunération de services professionnels dispensés dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés, l'établissement suivant :

Région 16 : Montérégie

Conseil des Mohawks de Kanawake services médicaux dispensés dans le cadre du programme des services à domicile et de d'autres programmes prioritaires

3. Le présent accord entre en vigueur le 29 juillet 2000 pour son article 1 et le 12 août 2000 pour son article 2 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 3e jour d'août 2000.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 403

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au service d'urgence de Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie pendant certaines périodes de fermeture de ce service d'urgence;

1.2 Il y a fermeture du service d'urgence de première ligne d'un centre lorsque les ambulances n'y sont plus dirigées et que la population ambulatoire ne peut y recevoir des services médicaux sans rendez-vous.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique aux médecins, visés aux présentes, sous réserve toutefois des dispositions suivantes;

2.2 Lors des périodes de fermeture du service d'urgence, les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à l'Entente ainsi que celles prévues, le cas échéant, aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de longue durée.

3. CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Les modalités de rémunération déterminées selon le présent article s'appliquent de 12 h (midi) à 8 h, tous les jours de la semaine;

3.2 Les services dispensés sur place, au bénéfice des malades admis dans le centre, sont rémunérés selon le mode du tarif horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***061030*** *Services cliniques.*

3.3 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération;

3.4 Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire;

3.5 La détermination de l'horaire du médecin appelé à exercer sa profession dans le cadre du présent article relève du chef de département de médecine générale ou, en son absence, du directeur des services professionnels de l'établissement;

3.6 Aux fins de l'application du présent article, le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'Entente, relatives à la garde sur place.

4. MISE EN VIGUEUR

4.1 Le présent accord entre en vigueur le 28 juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29e jour d'août 2000.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 417

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce au service d'urgence du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

1.2 Il y a fermeture du service d'urgence de première ligne d'un centre lorsque les ambulances n'y sont plus dirigées et que la population ambulatoire ne peut y recevoir des services médicaux sans rendez-vous.

1.3 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale informe la Régie du nom des établissements qui peuvent se prévaloir des dispositions du présent accord.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique aux médecins, visés aux présentes, sous réserve toutefois des dispositions suivantes;

2.2 Lors des périodes de fermeture du service d'urgence, les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à l'Entente ainsi que celles prévues, le cas échéant, aux ententes particulières ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de longue durée.

3. CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

3.1 Les modalités de rémunération déterminées selon le présent article s'appliquent de 0 h à 8 h, tous les jours de la semaine;

3.2 Les services dispensés sur place, au bénéfice des malades admis dans le centre, sont rémunérés selon le mode du tarif horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente à l'exception des accouchements effectués par le médecin de garde. Ces accouchements sont alors facturés à l'acte;

AVIS **:** ***Tarif horaire***
Utiliser le code d'activité ***061030*** *Services cliniques.*

3.3 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération;

3.4 Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire;

3.5 La détermination de l'horaire du médecin appelé à exercer sa profession dans le cadre du présent article relève du chef de département de médecine générale ou, en son absence, du directeur des services professionnels de l'établissement;

3.6 Aux fins de l'application du présent article, le médecin peut se prévaloir des dispositions apparaissant à l'annexe XIV de l'Entente, relatives à la garde sur place.

4. MISE EN VIGUEUR

4.1 Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de janvier 2001.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 418

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux établissements qui ont un programme de médecine génétique ou qui font appel, pour la réalisation de certains programmes, à la médecine génétique.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins de rémunération du conseil génétique, tel que prévu à l'article 2.7 du préambule général de l'annexe V (Tarif des actes médicaux), ajouter à l'annexe 1 de l'*Accord n° 126* du 5 avril 1995 l'établissement suivant :

Région 03 : Québec

Centre hospitalier affilié : Pavillon St-Sacrement

2. Le présent accord entre en vigueur le 30 avril 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de janvier 2001.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 419

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services médicaux dispensés par le docteur Yvon G. Paquin (69313) au Centre hospitalier régional du centre de la Mauricie (CHCM).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de l'application du plafond trimestriel prévu à l'annexe IX de l'Entente, la rémunération versée pour des services dispensés auprès des patients du CHCM par le docteur Yvon G. Paquin n'est pas comptée dans le calcul de ses revenus ni assujettie à une coupure ou réduction.

2. Les dispositions du présent accord sont valables tant que la pratique principale du docteur Paquin auprès des patients du CHCM est assimilable à celle d'un médecin spécialiste en orthopédie.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er mars 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de janvier 2001.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 423

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux frais de déplacement reconnus au docteur Dawn Carmelle Pouteau.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux qui sévit au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James;

CONSIDÉRANT l'absence de médecins expérimentés pour ce milieu et disponibles pour y offrir des services de dépannage;

ATTENDU que le docteur Pouteau y a exercé sur base régulière pendant trois (3) ans;

ATTENDU que le docteur Pouteau y a exercé en vertu d'un permis restrictif l'autorisant à dispenser des services professionnels uniquement dans ce milieu;

ATTENDU que le docteur Pouteau serait prête à y retourner pour environ une semaine à toutes les six (6) semaines;

ATTENDU que le docteur Pouteau ne peut obtenir un statut de médecin dépanneur selon l'article 30.00 de l'Entente;

ATTENDU que par ce fait, le docteur Pouteau ne peut être remboursée pour ses frais de déplacement prévus au paragraphe 30.05 de l'Entente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sous réserve d'une durée d'assignation d'au moins sept (7) jours consécutifs comprenant la durée de transport, reconnaître au docteur Pouteau le droit de se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement prévus à l'article 30.00 de l'Entente.

2. Reconnaître, pour le congé de maternité, l'admissibilité au docteur Dawn Carmelle Pouteau au mode de rémunération du dépannage en vertu de l'entente particulière au Grand-Nord.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 2000 et le demeure tant que les conditions prévues au présent accord prévalent.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de mars 2001.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 425

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du docteur Sandra Ann Gendron pour les actes dispensés en curiethérapie.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sous réserve du sous paragraphe 1.3 du préambule général de l'Entente, les modifications introduites par l'amendement n° 71 à la rubrique curiethérapie de la section « Actes diagnostiques et thérapeutiques » sont, pour le docteur Sandra Ann Gendron, en vigueur depuis le 1er décembre 2000.

2. Le présent accord entre en vigueur à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 3e jour de mai 2001.

REMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 435

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui dispensent des services médicaux dans une installation maintenue par un établissement public laquelle pourrait devenir, le 1er avril 2001, une ressource intermédiaire au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS).

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT qu'à partir du 1er avril 2001 plusieurs installations maintenues par des établissements publics pourront devenir des ressources intermédiaires au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS);

CONSIDÉRANT qu'en vertu de la LSSS l'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée;

ATTENDU qu'un établissement public, à des fins de prestation de services médicaux auprès d'une ressource intermédiaire, doit conclure avec cette dernière une entente de services conforme aux critères édictés à l'article 108 de la LSSS;

ATTENDU qu'une telle entente de services ne peut lier les médecins que si elle rencontre les éléments de conformité édictés à l'article 109 de la LSSS;

ATTENDU que les considérations précédemment énumérées au présent préambule peuvent avoir pour effet, à partir du 1er avril 2001, de modifier les conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent à cette date au sein des ressources intermédiaires ainsi nouvellement substituées aux installations.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MORATOIRE

1.01 Les parties conviennent qu'une période transitoire s'étalant du 1er avril au 1er octobre 2001 prolonge l'application des conditions d'exercice et de rémunération des médecins auprès des ressources intermédiaires nouvellement substituées aux installations et ce, telles que ces conditions existaient au 31 mars 2001 au sein de ces dernières;

1.02 Les parties s'engagent également à convenir, d'ici le 1er octobre 2001, des modalités afférentes aux conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exerceront, après cette dernière date, auprès des ressources intermédiaires ainsi substituées.

2.00 DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

2.01 Le présent accord entre en vigueur le 1er avril 2001.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour de mai 2001.

REMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 439

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relatif aux établissements qui ont un programme de médecine génétique ou qui font appel pour la réalisation de certains programmes, à la médecine génétique.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins de rémunération du conseil génétique, tel que prévu à l'article 2.7 du préambule général de l'annexe V (Tarif des actes médicaux), ajouter à l'annexe 1 de l'*Accord n° 126* du 5 avril 1995 l'établissement suivant :

Région 02 : Saguenay / Lac-Saint-Jean

Carrefour de la santé et des services sociaux de Jonquière

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er avril 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de mai 2001.

REMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 448

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services médicaux dispensés au site Mikinac du CLSC Vallée de la Batiscan durant le Festival Western.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 3.00 de l'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires, le médecin peut, pour la période du Festival Western de Saint-Tite, soit pour onze (11) jours consécutifs à partir du vendredi suivant la fête du Travail, opter pour un mode de rémunération autre que son mode habituel lorsqu'il dispense, au site Mikinac du CLSC Vallée de la Batiscan, des services sans rendez-vous.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou tarif horaire, utiliser :*

*- le code d'activité **002040** Médecin de service;*

*- le secteur de dispensation **14** pour la majoration des honoraires pour les services rendus les samedi, dimanche et jour férié.*

2. Le médecin exerce cette option au début de sa période de prestation dans le cadre des services visés aux présentes. Il ne peut, par la suite, pour les services et la période en cause, modifier cette option.

3. Le médecin qui ne détient une nomination dans l'établissement que pour les services et la période en cause, tel que précisé à l'article 1 des présentes, peut opter pour le mode de l'acte ou celui du tarif horaire. Le mode de rémunération choisi devra être maintenu pour la rémunération de tous les services visés aux présentes.

4. Malgré les dispositions de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale, les honoraires versés pour les services visés aux présentes ne sont pas comptés dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin ni sujets à aucune coupure.

5. Malgré les dispositions de l'annexe XIV de l'entente générale, les honoraires versés pour les services visés aux présentes selon le mode du tarif horaire ne sont pas sujets à l'application des règles relatives au cumul apparaissant au paragraphe 5.08 de cette annexe.

6. L'établissement visé aux présentes informe la RAMQ, dès que possible, du nom des médecins qui se prévaudront des dispositions du présent accord et lui transmet, pour les médecins extérieurs à l'établissement, les avis de service.

7. Le présent accord remplace l'*Accord n° 275*. Il entre en vigueur le 7 septembre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e jour de septembre 2001.

REMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 449

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou du réseau de garde intégré.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Retirer de l'annexe 1 de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, l'établissement suivant :

	Catégorie d'établissement	Nombre hebdomadaire de forfaits	Date de mise en application
Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine			
Centre hospitalier de Chandler	II	28	1999-04-25

2. Malgré l'article 1.01 de l'annexe XVIII de l'entente générale, les médecins omnipraticiens dépêchés au Centre hospitalier de Chandler dans le cadre du dépannage prévu à l'article 30 de l'entente générale continueront de bénéficier des modalités de rémunération prévues à l'entente particulière décrite à l'article 1 et ce, pour la période du 18 août 2001 au 29 septembre 2001.

3. Le nombre de forfaits hebdomadaires alloués pour la rémunération de la garde sur place au service d'urgence pour l'article 2 est déterminé par le comité paritaire.

4. Le présent accord entre en vigueur le 18 août 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale, â l'exception des articles 2 et 3 qui se terminent le 29 septembre 2001.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de septembre 2001.

REMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 453

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Ajouter à l'annexe 1, l'inscription des établissements désignés aux fins de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés :

AVIS **:** *La liste des établissements visés a été intégrée à l'annexe 1 de l'EP 29 – Malade admis en CHSGS.*

2. Malgré les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains CHSGS, les médecins dont le nom apparaît ci-après sont rémunérés à l'acte lorsqu'ils dispensent des services couverts par l'entente particulière précitée (art. 5.01) :

RÉGION ET NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DES MÉDECINS VISÉS
Région 03 : Québec	
CHUQ : Pavillon Saint-François d'Assise	Dre Louise Michaud-Mc Gee (74-333)
Région 06 : Montréal	
Hôpital Jean-Talon	Dre Bénédicte Descoings ((85-588) Dre Marie-Hélène Lindor (78-617)
Région 15 : Laurentides	
Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle : Centre de Mont-Laurier	Dr Michel Massé (78-444)

3. Malgré les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains CHSGS, le médecin dont le nom apparaît ci-après maintient sa rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire pour sa pratique auprès du malade admis (art. 5.02) :

RÉGION ET NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NOM DES MÉDECINS VISÉS
Région 11 : Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	
Centre hospitalier de Gaspé	Dre Anne-Marie Fournier (95-095)

4. Le présent accord entre en vigueur à la date d'adhésion indiquée pour chacun des établissements désignés et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22e jour de octobre 2002..

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 455

CONSIDÉRANT que certaines installations décident de réorganiser les services offerts à leur service d'urgence;

CONSIDÉRANT qu'il y a nécessité pour ces installations de rendre accessibles les services d'un médecin de garde en disponibilité pendant certaines périodes;

ATTENDU que l'installation offrira, pendant ces périodes, le service d'une infirmière sur place ou accessible par téléphone;

ATTENDU que la population ambulatoire ne pourra, pendant ces périodes, y recevoir des services médicaux sans rendez-vous sauf pour les cas jugés nécessaires par le médecin de garde en disponibilité ou, le cas échéant, sur place.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1.00 OBJET

1.01 Cet accord porte sur la détermination de certaines conditions de rémunération du médecin qui exerce auprès du service d'urgence d'un CLSC ou d'un CHSLD visé aux présentes pendant les périodes visées aux présentes;

1.02 Est admissible tout CLSC inscrit à l'annexe de l'entente relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains CLSC dans le cadre du réseau de garde intégré ou tout CHSLD et qui présente les caractéristiques suivantes :

Au cours des douze (12) mois précédant la demande d'adhésion aux présentes, l'installation a rendu accessibles à son service d'urgence, des services médicaux sur place 24/7, toute période d'interruption de ce service ayant été exceptionnelle et justifiée par l'insuffisance du nombre de médecins disponibles;

Les médecins de l'installation sont en nombre insuffisant pour continuer à assurer cette accessibilité;

Pour continuer d'assurer le service, l'installation a dû ou devra faire appel au mécanisme de dépannage.

2.00 RÈGLES D'EXCLUSION

2.01 Les modalités d'exercice et de rémunération du médecin prévues au présent accord prévalent sur celles prévues à l'entente générale et sur celles de toutes les ententes particulières pouvant s'appliquer à cet installation.

3.00 PÉRIODE DE FERMETURE

3.01 Horaires

Pour être rémunérée selon la présente entente, la garde en disponibilité doit se situer, les samedi, dimanche et journée fériée, entre 8 h et 20 h, ainsi que les jours de semaine, entre 20 h et 8 h ou, le cas échéant, sur semaine, après l'heure de fermeture de l'installation.

Lors de sa demande d'adhésion, l'installation avise le comité paritaire, prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, des plages horaires pendant lesquelles la garde peut être assurée en disponibilité. Toute modification aux dites plages horaires fait l'objet d'un avis au comité paritaire.

4.00 MODALITÉS DE LA GARDE

4.01 Pendant les plages horaires en cause, le médecin est de garde en disponibilité.

Toutefois, lorsque requis, le médecin peut être appelé à assurer la garde sur place.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

5.01 Pendant un quart de garde, les modalités de rémunération prévues aux présentes ne peuvent s'appliquer à la fois qu'à un seul médecin de garde soit en disponibilité soit, le cas échéant, sur place;

5.02 La garde en disponibilité visée aux présentes est, selon le mode de rémunération du médecin soit à tarif horaire ou à honoraires fixes si le médecin détient une nomination selon ce mode, rémunérée sur base horaire, auquel on applique un modificateur au taux horaire normal prévu. Au 31 mars 2019, le modificateur applicable est de 50 % et il est de 61,45 % à compter du 1er avril 2019.

AVIS **:** ***Pour le médecin déjà rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes dans l'établissement***

Aucun avis de service n'est requis pour le présent accord.

Pour le médecin déjà rémunéré à l'acte dans l'installation

L'installation doit transmettre à la RAMQ le formulaire Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) si le médecin désire être rémunéré à tarif horaire pour sa garde en disponibilité ou le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien - Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) s'il détient déjà une nomination à honoraires fixes dans un autre établissement.*

Aucune mention d'heure n'est nécessaire sur le formulaire. Les deux modes de rémunération (à l'acte et autre mode choisi) doivent être cochés à la section Conditions d'exercice et de rémunération.

Pour le médecin nommé spécifiquement pour la garde

L'installation doit transmettre à la RAMQ l'un des formulaires susmentionnés selon le mode de rémunération choisi et utiliser le code d'activité ***002100*** *CLSC ou* ***101100*** *CHSLD Garde en disponibilité (comité paritaire).*

Le secteur de dispensation correspondant à la situation d'entente concernée doit être indiqué comme s'il s'agissait de la facturation habituelle.

5.03 Aux fins des présentes, les vocables«taux normal applicable» signifient, sur une base horaire, pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes, le taux normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

5.04 Pour le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire, ces mêmes vocables signifient le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3;

5.05 La garde faite sur place est rémunérée sur une base horaire selon les modalités prévues à l'entente générale;

5.06 Les dispositions prévues au présent accord s'appliquent également au médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***009100*** *Garde en disponibilité (comité paritaire).*

Utiliser le code d'activité ***009030*** *Garde sur place effectuée lors d'un déplacement pendant la disponibilité.*

Ne pas utiliser de secteur de dispensation.

6.00 ADHÉSION ET RETRAIT ET FONCTIONS DU COMITÉ PARITAIRE

6.01 Une installation, avec l'accord de son conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, demande au comité paritaire l'autorisation de se prévaloir des dispositions du présent accord pour une période déterminée ou indéterminée. De même, il peut demander de s'en retirer lorsque la situation de ses effectifs médicaux lui permet;

6.02 Une telle demande est alors soumise au comité paritaire qui en dispose. Si la demande est agréée, le comité paritaire informe la Régie du nom de l'installation et du début de la période d'application et, lorsque connue, de la fin de la période d'application.

7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

7.01 Le présent accord entre en vigueur le 23 décembre 2001.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de janvier 2002.

REMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 457 : Abrogé en date du 1er avril 2021 par l'Amendement no 190

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins exerçant dans un établissement de détention.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Retirer de l'*Accord n° 206* qui reconnaît le mode de rémunération à tarif horaire pour les médecins exerçant dans certains établissements de détention, l'établissement suivant :

Centre de détention de Québec.

2. Le présent accord entre en vigueur le 5 novembre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de décembre 2001.

REMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 458

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la prolongation des conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui dispensent des services médicaux dans une installation maintenue par un établissement public laquelle pourrait devenir, le 1er avril 2001, une ressource intermédiaire au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS).

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT qu'à partir du 1er avril 2001 plusieurs installations maintenues par des établissements publics sont devenues des ressources intermédiaires au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS);

CONSIDÉRANT qu'en vertu de la LSSS l'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement public auquel la ressource est rattachée;

ATTENDU qu'un établissement public, à des fins de prestation de services médicaux auprès d'une ressource intermédiaire, doit conclure avec cette dernière une entente de services conforme aux critères édictés à l'article 108 de la LSSS;

ATTENDU qu'une telle entente de services ne peut lier les médecins que si elle rencontre les éléments de conformité édictés à l'article 109 de la LSSS;

ATTENDU que les considérations précédemment énumérées au présent préambule peuvent avoir pour effet, à partir du 1er avril 2001, de modifier les conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent à cette date au sein des ressources intermédiaires ainsi nouvellement substituées aux installations.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties conviennent de prolonger l'application des conditions d'exercice et de rémunération des médecins auprès des ressources intermédiaires substituées aux installations le 1er avril 2001, et ce, telles que ces conditions existaient au 31 mars 2001 au sein de ces dernières.

2. Cet accord entre en vigueur le 1er octobre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 6e jour de novembre 2001.

REMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 461

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de la prestation des services professionnels en anesthésie, au Centre hospitalier de Jonquière.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le l^er^ septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. La prestation des services professionnels en anesthésie effectués par le Dr Sylvain Simard (92-218-6) est rémunérée selon le mode du tarif horaire et ce, pour un maximum de neuf (9) heures par jour.

2. Cette rémunération couvre la dispensation de tous les actes anesthésiques au sens du préambule particulier d'anesthésie-réanimation prévu à l'entente générale du 1er septembre 1976.

3. Le présent accord entre en vigueur le 18 décembre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour de mars 2002.

REMY TRUDEL	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 469

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux jours de ressourcement dont s'est prévalu le docteur Lise Landry #1-78395.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

ATTENDU que le docteur Lise Landry occupe le poste de directrice des services professionnels au centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos depuis plusieurs années;

ATTENDU que le docteur Lise Landry a le statut d'un médecin cadre de l'établissement et qu'à ce titre elle est expressément exlue de l'application de l'Entente le tout conformément à l'article 2.00 de ladite entente;

ATTENDU que le docteur Lise Landry, au cours de ces années, a pris des jours de ressourcement auquel bénéficie le médecin soumis à l'Entente qui exerce sa profession sur une base régulière dans un territoire visé à l'annexe XII de l'Entente comme si elle avait un statut lui octroyant un tel bénéfice;

CONSIDÉRANT la réclamation présentée par la Régie au docteur Lise Landry en récupération des sommes reçues sans droit.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Reconnaître de façon exceptionnelle aux seules fins du présent accord, au docteur Lise Landry, pour la période s'échelonnant du 1er septembre 1998 au 1er septembre 2001 une présomption conventionnelle de médecin soumis à l'Entente;
2. Reconnaitre, pour cette même période, aux fins du présent accord, une présomption à l'effet que le docteur Lise Landry a exercé sa profession sur une base régulière conformément à l'article 5 de la section II de l'annexe XII de l'Entente et qu'elle peut se prévaloir des dispositions de cet article sous réserve des dispositions de l'article 3 du présent accord;
3. Le paragraphe 5.3a) de la section II de l'annexe XII de l'Entente ne s'applique que pour les journées au cours desquelles le docteur était en vacances ou en congé sans solde de son établissement employeur;
4. La liste des journées de travail rémunérées pour lesquelles le Docteur Landry ne peut recevoir la compensation prévue au paragraphe 5.3a) de la section II de l'annexe XII de l'Entente apparaissent en annexe du présent accord;
5. Le présent accord prend effet le 15 avril 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 19e jour de novembre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE

Journées de travail rémunérées
pour lesquelles le Docteur Landry ne peut recevoir
la compensation prévue au paragraphe 5.3a) de la section II de l'annexe XII

18 mai 1999	1,0 journée	17 mai 2000	1,0 journée
19 mai 1999	1,0 journée	18 mai 2000	1,0 journée
20 mai 1999	0,5 journée	19 mai 2000	1,0 journée
15 septembre 1999	1,0 journée	16 novembre 2000	1,0 journée
24 novembre 1999	1,0 journée	17 novembre 2000	1,0 journée
25 novembre 1999	1,0 journée	15 mai 2001	1,0 journée
26 novembre 1999	1,0 journée	16 mai 2001	0,5 journée
16 mai 2000	1,0 journée		

ACCORD No 479

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération des médecins qui exercent dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe l7.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le l[er] septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Retirer de l'annexe 1 de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, en vigueur le 30 avril 1995, l'inscription de l' établissement suivant :

Région 15 : Laurentides

Centre hospitalier Laurentien (adhésion partielle).

2. Malgré l'article 1, le Dr Pierre Bélanger # 63049 est rémunéré à tarif horaire lorsqu'il dispense des services médicaux en hébergement et soins de longue durée de cet établissement.

3. Également, malgré l'article 1 des présentes, est accordée une banque d'heure pour les consultations effectuées entre le 20 juillet 2002 et le 8 août 2002 répartie de la façon suivante.

AVIS **:** *Le tableau de cette répartition n'est pas reproduit, la période visée est terminée depuis le 8 août 2002.*

4. Le présent accord entre en vigueur le 20 juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30e jour de septembre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 487

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui détiennent une nomination au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et qui dispensent des services médicaux au dispensaire de Parent.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Les médecins qui dispensent des services médicaux au dispensaire de Parent ont le droit de se prévaloir des dispositions relatives au temps de déplacement prévues à l'article 30.06 de l'entente générale.

AVIS **:** *L'installation doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné qui exerce dans le cadre du présent accord dans l'installation visée (01773).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

*- le numéro d'installation **01773**;*

- la situation d'entente Accord nº 487.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire le numéro d'installation **01773** ainsi que les données suivantes :*

- sous quantième *: la journée du déplacement;*

- sous mode de rémunération *: le mode TH;*

- sous plage horaire *: la ou les plages horaires concernées;*

- sous code d'activité *: le code **002092** Temps de déplacement;*

La demande de paiement doit être contresignée par le médecin et par un représentant autorisé de l'installation.

2. Le présent accord entre en vigueur le 7 janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13e jour de février 2003.

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 493

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la dérogation permettant au médecin, en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale, d'exercer dans un service d'urgence d'établissements désignés par les parties.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifié subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Inscrire le Centre hospitalier de Chandler comme établissement désigné en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale;

2. Le présent accord entre en vigueur le 20 janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 502

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le mode de rémunération du docteur Annick Reid pour les services dispensés au Centre de santé de la Haute-Gaspésie.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions du paragraphe 17.01 de l'entente générale, docteur Annick Reid peut modifier, à nouveau, son mode de rémunération actuellement à honoraires fixes pour celui du tarif horaire.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de juillet 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 506

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de services dispensés dans le Centre hospitalier Kateri Mémorial du Conseil des Mohawks de Kanawake.

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins d'application de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables du 1er avril 2003, la clinique externe du Centre hospitalier Kateri Mémorial rattachée au Conseil des Mohawks de Kanawake est réputé être un CLSC.

2. Le présent accord entre en vigueur le 4 août 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour d'août 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 507

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du docteur Wayne Thai pour ses activités professionnelles dispensées à l'Hôpital Général Juif de Montréal.

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

ATTENDU que le contexte d'exercice du Dr Wayne Thai pour la période s'échelonnant du 15 mars 2001 au 14 mars 2002 impliquait la dispensation de soins simultanés à des patients hospitalisés dans les unités de soins tertiaires en neurochirurgie et en chirurgie cardiaque;

ATTENDU que la facturation à l'acte pour la dispensation de ces soins est incluse dans l'honoraire global payé au médecin chirurgien;

CONSIDÉRANT que la rémunération versée au Dr Wayne Thai pour la dispensation de ces soins soit 2 320,33 $ a été récupérée par la Régie conformément à la Loi;

CONSIDÉRANT que la dispensation des soins par le Dr Wayne Thai était médicalement requise.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, pour la période s'échelonnant du 15 mars 2001 au 14 mars 2002, permettre au Dr Wayne Thai d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire pour les services médicaux visés aux présentes;

2. Confier à la Régie la responsabilité d'effectuer les remboursements requis;

3. Le présent accord entre en vigueur le 10 septembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de décembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 515

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à l'application de certaines dispositions de l'annexe XII de l'entente générale.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions du paragraphe 3.2 de la section I de l'annexe XII de l'entente générale, la pratique des médecins nommés ci-dessous, effectuée en régions désignés, dans le cadre du dépannage en anesthésie prévu à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale est considérée dans le calcul de la pratique principale en région désignée tel que décrit au paragraphe 3.1 de la même section de l'annexe XII.

2. Les médecins visés par le présent accord sont :

Docteur Hubert Watelle (60-243-2)

Docteur François Dufour (66-029-9)

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2002 pour le docteur François Dufour et le 1er janvier 2004 pour le docteur Hubert Watelle. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de décembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 520

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou du réseau de garde intégré.

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'article 5.00 de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou du réseau de garde intégré à laquelle adhère le Centre hospitalier du Centre-de-la Mauricie (CHCM), les services dispensés par les médecins dont les noms apparaissent ci-dessous sont rémunérés selon le mode de l'acte :

Docteure Janique Dion 88-288-5

Docteur Daniel Gélinas 92-124-6

2. Pour bénéficier de cette disposition dérogatoire et exceptionnelle, le médecin doit être seul de garde au service d'urgence pour le quart de garde.

3. Le médecin dont le nom apparaît à l'article 1 peut adhérer au mode de rémunération prévu à l'entente particulière en tout temps. S'il exerce cette option, il ne pourra revenir au mode de l'acte.

4. La banque de forfaits alloués pour la rémunération des services dispensés au service d'urgence du CHCM doit être réduite du nombre d'heures de services dispensés par les médecins rémunérés à l'acte.

5. Le présent accord remplace l'*Accord n° 475* du 15 août 2002. Il entre en vigueur le 1er juillet 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour de janvier 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 521

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions exceptionnelles se situant dans le cadre des objectifs de la *Lettre d'entente n° 155* concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT que l'Hôtel-Dieu de Roberval répond aux conditions d'admissibilité prévues à la *Lettre d'entente n° 155* relatives à la pénurie de médecins;

CONSIDÉRANT l'insuffisance des effectifs médicaux inscrits à la *Lettre d'entente n° 155* pour la période du 22 décembre 2003 au 4 janvier 2004;

CONSIDÉRANT l'impossibilité de combler tous les quarts de garde à l'Hôtel-Dieu de Roberval pendant la période en cause dans le cadre des modalités de rémunération régulières :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins visés au présent accord se prévalent des dispositions prévues à l'article 30.00 de l'entente générale pour les services dispensés au service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Roberval pour les périodes spécifiées à l'article suivant.
2. De plus, un forfait de 2 000 $ est versé au Dr Jean Pelletier (98-379-0) pour les services dispensés à cet établissement pour la période du 28 au 31 décembre 2003 et un forfait de 500 $ est versé au Dr Alain-Paul Lalonde (89-081-3) pour les services dispensés au cours de la journée du 3 janvier 2004.
3. Les forfaits versés en vertu du présent accord sont sujets au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.
4. Le présent accord entre en vigueur le 28 décembre 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de février 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 530

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du Docteure Suzanne Turcotte.

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La nomination à honoraires fixes du Docteure Suzanne Turcotte (88-574) est suspendue pour la période du 4 avril 2004 au 2 octobre 2004. Pendant cette période, elle pourra se prévaloir de la rémunération forfaitaire prévue à l'entente particulière relative aux malades admis lorsqu'elle dispense des services dans une unité de soins de courte durée à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

2. Le présent accord entre en vigueur le 27 février 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour d'avril 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 531

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans les territoire de la région du Nunavik (17), du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les établissements couverts par l'entente particulière relativement à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans les territoires de la région du Nunavik (17), du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09) disposent, sur une base annuelle, des *per diem* et forfaits de garde mentionnés ci-après pour la dispensation des services professionnels visés par l'entente :

Région	Établissement	Per diem	Forfait de garde
09	Centre de santé de la Basse Côte-Nord	2312	3890
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	1622	2912
17	Centre de santé Inuulitsivik	2338	3692
18	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James	4564	8996

2. Le présent accord remplace l'*Accord n° 509* du 21 octobre 2003. Il entre en vigueur le 1er février 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour d'avril 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 532

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à la rémunération du Docteur Robert Gibeault.

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT que le Centre hospitalier régional de Baie-Comeau était admissible au mécanisme du dépannage tant pour les services obstétricaux que pour les services aux malades admis en soins de courte durée au cours du mois de novembre 2003;

CONSIDÉRANT que le médecin qui assure la garde en obstétrique au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau durant une semaine donnée doit effectuer l'évaluation externe de toutes les patientes référées à l'établissement pour des complications potentielles reliées à la grossesse en vertu des règles de fonctionnement de l'établissement;

CONSIDÉRANT que le docteur Robert Gibeault (65-118-1) a effectué du dépannage auprès des malades admis en soins de courte durée et a dispensé des services obstétricaux au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau du 15 au 22 novembre 2003 :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Appliquer rétroactivement au 15 novembre 2003 au bénéfice du docteur Robert Gibeault l'article 5a) de l'amendement 85 qui entre en vigueur le 1er avril 2004.

2. Le présent accord entre en vigueur le 15 mars 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1er jour d'avril 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 536

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la dérogation permettant aux médecins, en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale, d'exercer dans un service d'urgence d'installations désignées par les parties.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Inscrire les installations suivantes comme installations désignées en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale :

Région 09 : Côte-Nord

Centre de santé Port-Cartier :

CLSC - Centre de santé des Sept Rivières

Région 15 : Laurentides

Hôpital Notre-Dame de Ste-Croix, Mont-Laurier

Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle

2. Le présent accord entre en vigueur le 30 avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de mai 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 541

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des docteurs Hélène Cormier et Alain Gingras.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT la menace de fermeture des services d'urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemin et de l'Hôtel-Dieu de Roberval au cours du mois d'avril 2004.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Accorder aux médecins dont le nom et les coordonnées sont inscrits à l'article 4a) des présentes, un forfait de 150 $ pour le quart de garde de huit (8) heures sur place qu'ils ont effectué les 17 et 18 avril 2004 au centre hospitalier Beauce-Etchemin;

2. Accorder au médecin dont le nom et les coordonnées sont inscrits à l'article 4 b) des présentes, un forfait de 2 000 $ pour les quarts de garde de huit (8) heures sur place qu'il a effectués les 9, 10, 11 et 12 avril 2004 à l'Hôtel-Dieu de Roberval;

3. Inclure à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale la rémunération versée en vertu du présent accord;

4. Les médecins visés par le présent accord sont :

a) Docteur Hélène Cormier #96423
Le 18 avril 2004;

Docteur Alain Gingras #86100
Le 17 avril 2004;

b) Docteur Paul Saba #81650
Les 9, 10, 11 et 12 avril 2004.

5. Le présent accord entre en vigueur le 8 avril 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5e jour de juillet 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 547

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la dérogation permettant aux médecins, en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale, d'exercer dans un service d'urgence d'installations désignées par les parties.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Inscrire l'installation suivante comme installation désignée en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale :

Région 10 : Nord du Québec

Centre de santé Chibougamau

2. Le présent accord entre en vigueur le 3 septembre 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour d'octobre 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 550

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du Docteur Joseph Ragaz #72-612.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, le docteur Joseph Ragaz peut se prévaloir des dispositions de l'article 30.00 de l'entente générale lorsque, dans le cadre du programme de lutte contre le cancer, il dispense des services médicaux au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et au Centre de santé Inuulitsivik.

2. Lorsqu'il se prévaut des présentes, le docteur Ragaz est rémunéré selon les modalités de l'article 8.00, sauf pour le paragraphe 8.03, de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de l'agence de la Santé et des Services sociaux du Nunavik (17), du Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09).

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Services cliniques

Inscrire le code d'activité ***009030*** *et le mode de rémunération* per diem *comme suit : PD*

Heures travaillées

Inscrire un maximum de 9 heures (forfait de 1 000 $).

Si moins de 9 heures sont travaillées, inscrire les heures réelles travaillées.

Forfait de garde (sur place ou en disponibilité)

Inscrire le code d'activité ***009095*** *et le mode de rémunération* per diem *comme suit : PD.*

Dans le champ Heures travaillées*, inscrire le nombre de forfaits.*

3. La rémunération du docteur Ragaz est sujette à l'application de l'article 5.1 de la section I de l'annexe XII de l'entente générale.

4. Le présent accord entre en vigueur le 13 septembre 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de novembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 578

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les modalités de rémunération de certains médecins qui exercent au Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CSSS de Rivière-du-Loup)

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que la responsabilité des soins aux patients admis en soins de courte durée du Centre hospitalier régional du Grand-Portage est assumée, de façon cloisonnée, par deux (2) groupes de médecins rattachés, pour chacun de ces groupes, à des cliniques médicales différentes,

CONSIDÉRANT que les médecins de deux (2) des cliniques en cause demandent de se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'entente particulière relative aux malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et considérant qu'ils estiment pouvoir assumer la responsabilité de trente (30) patients en moyenne par jour,

CONSIDÉRANT que les médecins de l'autre clinique demandent de continuer de se prévaloir du mode de l'acte pour ces services et que, de ce fait, l'établissement ne remplit pas les conditions requises pour adhérer à l'entente particulière en cause,

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services dispensés auprès de patients admis en soins de courte durée au Centre hospitalier régional du Grand-Portage, les médecins de la Clinique médicale Cacouna située au 400 rue Principale ouest, r.r.1, Cacouna et les médecins de la Clinique médicale Frontenac située au 242 rue Frontenac, Rivière-du-Loup, sont rémunérés selon les dispositions apparaissant aux articles 3.00 et 4.00 de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

AVIS **:** *Pour le forfait quotidien régulier selon le régime A, inscrire le code de facturation **09778** et y appliquer la rémunération différente.*

Le forfait couvre une période minimale de 8 heures sur place ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente.

Voir le paragraphe 4.02 de l'EP 29 – Malade admis en CHSGS.

2. Tous les médecins des cliniques précitées sont obligatoirement rémunérés selon les dispositions de l'article précédent pour les services visés au présent accord et leur nom est transmis à la Régie par le comité paritaire, lequel les a reçus de l'établissement concerné.

3. Selon les dispositions de l'article 6.00 de l'entente particulière citée à l'article 1 du présent accord, deux forfaits réguliers quotidiens selon les termes du régime A prévu au paragraphe 4.02 de la même entente particulière sont accordés au Centre hospitalier régional du Grand-Portage. Le comité paritaire procédera, périodiquement, à une réévaluation de ce nombre de forfaits.

AVIS **:** *Vous ne pouvez réclamer le supplément de responsabilité (**00071**) ni la garde en disponibilité dans les unités visées par cet accord car ces derniers sont inclus dans le forfait versé en vertu de l'E.P. malades admis.*

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er mai 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS **:** *L'*Accord nº 578 *prend fin par les parties négociantes en date du 9 novembre 2009.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22e jour d'avril 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 581

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du docteur Alain Beaumier (81-442)

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le l^er^ septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que l'unité d'hospitalisation de l'UMF de l'Hôpital Laval sera transférée au Pavillon Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval;

CONSIDÉRANT que le docteur Alain Beaumier détient une nomination à honoraires fixes à temps plein à l'Hôpital Laval en vertu de l'entente particulière UMF;

CONSIDÉRANT qu'il détiendra une nomination spécifique au Pavillon Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval afin de faire partie des médecins responsables des soins aux malades admis;

CONSIDÉRANT que la rémunération des services dispensés auprès des malades admis au Pavillon Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval sont régis par l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'entente générale, le docteur Alain Beaumier (81-442) continue d'être rémunéré selon le mode des honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis au Pavillon Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval et ce, du lundi au vendredi.

2. Aux fins du maintien des avantages sociaux, les heures effectuées au Pavillon Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval et à l'Hôpital Laval sont comptabilisées dans une même banque à cet effet.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 2005.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de mai 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 588

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux conditions d'exercice et de rémunération du docteure Diane Joly exerçant au CLSC Beauce-Centre du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions du paragraphe 3.02 de l'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un CLSC, la rémunération selon le mode à l'acte s'applique au docteure Diane Joly lorsqu'elle exerce auprès du CLSC Beauce-Centre du CISSS de Chaudière-Appalaches pour y dispenser des services médicaux sans rendez-vous et dans le cadre du service d'urgence.

2. Le présent accord tient lieu d'une nomination autorisant la rémunération selon le mode à l'acte.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 589

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au CHSLD Rimouski-Neigette.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui détiennent une nomination selon le mode de rémunération à honoraires fixes au CLSC Rimouski-Neigette du Centre intégré de santé ou de services sociaux du Bas-St-Laurent (CISSS du Bas-St-Laurent) peuvent à partir de cette nomination exercer selon ce mode pour les services dispensés au CHSLD Rimouski-Neigette du CISSS du Bas-St-Laurent.

2. Les services dispensés au CHSLD Rimouski-Neigette par les médecins visés à l'article précédent sont rémunérés selon le niveau de majoration applicable à cette installation selon les dispositions de l'annexe XII.

3. Cet accord entre en vigueur le 1er janvier 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 597

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines modalités d'obtention d'une nomination spécifique en centre hospitalier.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions du paragraphe 10.06 A de l'entente générale qui restreignent le droit d'obtenir une nomination spécifique dans un centre hospitalier au médecin qui détient une nomination dans un centre local de services communautaires ou dans une centre d'hébergement et de soins de longue durée, la docteure Sonny Gagnon qui détient une nomination au Centre intégré universitaire du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital de la Baie, peut obtenir une nomination spécifique au Centre intégré universitaire du Saguenay-Lac-St-Jean, Hôpital et centre de réadaptation de Jonquière, mission centre hospitalier, pour exercer en gériatrie et, conséquemment, pour se prévaloir des dispositions du paragraphe 10.09A de l'entente générale.

2. Cet accord entre en vigueur le 1er septembre 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour d'octobre 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 598

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au Pavillon Escoumins du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le l^er^ septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'entente générale à l'effet que les services dispensés dans une unité de soins généraux et spécialisés d'un centre hospitalier sont rémunérés selon le mode de l'acte, les médecins peuvent opter pour le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les services dispensés aux patients admis en soins de courte durée du Pavillon Escoumins du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

2. Les dispositions du paragraphe précédent sont applicables au 5 décembre 2005. Les médecins doivent alors informer la Régie de leur option. À partir du 5 décembre 2005, cette option peut être exercée au moment de la nomination ou du renouvellement de la nomination.

3. Le présent accord entre en vigueur le 5 décembre 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 614

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement au mode de rémunération du Docteur Daniel Cousineau (74-269) lorsqu'il exerce dans ou auprès du Centre d'hébergement Youville du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré que le Centre d'hébergement Youville du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides n'est pas adhérent à l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, le Docteur Daniel Cousineau est rémunéré à tarif horaire lorsqu'il dispense des services à l'hôpital de jour dans le cadre de la Clinique de la mémoire (évaluation d'une clientèle atteinte de troubles cognitifs).

2. Il est également rémunéré à tarif horaire s'il dispense d'autres services dans les unités du Centre d'hébergement Youville.

3. Le présent accord entre en vigueur le 5 juin 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 6e jour de juin 2006.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 624

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au Centre hospitalier Chauveau du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre l976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui exercent auprès de patients admis dans les lits de soins de courte durée (unité de court séjour) du Centre hospitalier Chauveau du CSSS de Québec-Nord sont rémunérés, lors de ces activités, selon le mode de rémunération du tarif horaire.

> ***AVIS*** **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
>
> *- TH dans le champ* Mode de rémunération*;*
>
> *- **002XXX** dans le champ* Code d'activité.

2. Le nombre d'heures alloué sur base annuelle pour la rémunération des activités professionnelles en soins de courte durée est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente.

3. Malgré que le Centre hospitalier Chauveau n'a pas une mission principale de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée est rémunérée selon l'article 6.00 de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

> ***AVIS*** **:** *Pour les instructions de facturation du forfait, voir l'EP 38 – Garde en disponibilité.*

4. Les services médicaux dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions prévues à l'Entente.

> ***AVIS*** **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponiblité**.

5. Le présent accord entre en vigueur le 10 septembre 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour d'octobre 2006.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 627

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la désignation d'un médiateur.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux termes ainsi qu'aux fins poursuivies, d'une part, par les dispositions de la *Lettre d'entente n° 138* et, d'autre part, par celles de deux lettres émanant, l'une du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 4 juillet 2006 et l'autre, émanant du Président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, en date du 13 juillet de la même année, les parties désignent Maître Pierre A. Michaud pour agir à titre de médiateur dans le dossier visé à ces documents;

2. Plus spécifiquement, l'article 7 de la lettre d'entente précitée régit la désignation et la rémunération de ce médiateur; ses articles 7 et 8 de même que les dispositions des deux lettres susmentionnées en déterminent le mandat;

3. Le présent accord prend effet le 1er novembre 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de février 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 630

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la dérogation permettant aux médecins, en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale, d'exercer dans un service d'urgence d'installations désignées par les parties.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Inscrire l'établissement suivant comme installation désignée en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale :

Région 01 : Bas-Saint-Laurent

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent :
Hôpital Notre-Dame-du-Lac

2. Le présent accord entre en vigueur le 22 décembre 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31e jour de janvier 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 635

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération de services dispensés au CLSC Vallée des Forts du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le docteur Sonia Péloquin (1-92357-2) peut à partir de la nomination à honoraires fixes qu'elle détient au CLSC de Farnham du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de L'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke exercer selon ce mode pour les services dispensés au CLSC Vallée des Forts du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre.

2. Cet accord entre en vigueur le 1er janvier 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de février 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins des Services sociaux omnipraticiens du Québec

ACCORD No 641

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du Docteure Odette Préfontaine (98-440).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe l7.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le l^er^ septembre l976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. La Docteure Odette Préfontaine (98-440) détient une nomination à honoraires fixes au CLSC Jean-Olivier Chénier du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. Elle peut, à partir de cette nomination, exercer selon ce mode pour les services dispensés en soins palliatifs à l'Hôpital de Saint-Eustache du CISSS des Laurentides.

2. Le présent accord entre en vigueur le 26 janvier 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 6e jour de juillet 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 646

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération des Docteures Monique Bellemare (93-045) et Chantal Guillemette (05-289) au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe l7.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le l^er^ septembre l976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Les Docteures Monique Bellemare (93-045) et Chantal Guillemette (05-289) détiennent une nomination à honoraires fixes au centre hospitalier du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. Elles peuvent, à partir de cette nomination, exercer selon ce mode pour les services dispensés au CLSC du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

2. Le présent accord entre en vigueur le 15 avril 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30e jour de mai 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 649

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du Docteur Patrick Bourgeois (92-046).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe l7.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le ler septembre l976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Le Docteur Patrick Bourgeois (92-046) détient une nomination à honoraires fixes au Pavillon Gatineau du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Il peut, à partir de cette nomination, être rémunéré selon ce mode pour les services dispensés en oncologie au Pavillon de Hull du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

2. Le présent accord entre en vigueur le 22 avril 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 30e jour de mai 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 653

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au Centre d'hébergement Sainte-Dorothée du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Bien que le Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval ne soit pas adhérent à l'entente particulière relative à la rémunération en gériatrie en CHSLD, les médecins qui dispensent des services médicaux auprès des patients de l'unité transitoire d'évaluation sont rémunérés selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes.

2. Malgré les dispositions de l'article 1, le médecin qui dispense des services médicaux auprès des patients hébergés en soins de longue durée maintient son mode de rémunération s'il dispense des services à l'unité transitoire d'évaluation.

3. Le nombre d'heures alloué sur base annuelle pour la rémunération des activités professionnelles à l'unité transitoire d'évaluation est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente.

4. Le présent accord entre en vigueur le 28 mai 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour de juillet 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 657

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés à La Maison Le Phare.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

OBJET

La Maison Le Phare est un organisme privé sans but lucratif à vocation régionale et suprarégionale qui offre des services en soins palliatifs ainsi que des services de convalescence pour enfants en phase terminale ou atteints de maladies dégénératives.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui dispense sur place des services médicaux à La Maison Le Phare peut être rémunéré selon le mode du tarif horaire.

2. Le nombre d'heures alloué pour la rémunération des activités professionnelles est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente.

3. Aux fins de l'application des dispositions de l'entente générale et plus spécifiquement, de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle, cette maison est réputée être un CLSC. Toutefois, l'article 5.02D de cette entente particulière ne s'y applique pas.

4. Le présent accord entre en vigueur le 4 juin 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de septembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 659

Concernant les modalités de rémunération du Dr Paul-Aimé Joncas pour sa pratique sur la Basse Côte-Nord.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Le présent accord a pour objet certaines modalités de rémunération de services médicaux dispensés en cabinet privé et à domicile par le Dr Paul-Aimé Joncas (85-217) sur le territoire de la Basse Côte-Nord à l'est de Havre St-Pierre jusqu'à la limite du Labrador, à l'exclusion de l'Île d'Anticosti.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions du présent accord.

3.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

3.01 La rémunération prévue à cet accord couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités faites en cabinet privé et à domicile, y compris la garde afférente, sur le territoire de la Basse Côte-Nord à l'est de Havre St-Pierre jusqu'à la limite du Labrador. Aucune autre rémunération ne peut être versée au Dr Joncas pour sa pratique dans le territoire visé aux présentes.

3.02 Lorsqu'il rend des services médicaux en cabinet ou à domicile, le médecin visé est rémunéré selon un forfait-patient sauf, et cela exclusivement, lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente. Il est alors rémunéré selon le mode de l'acte conformément aux dispositions de cette annexe XIII.

3.03 Le forfait-patient est payé à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectué auprès d'un patient. Il rémunère alors l'ensemble des services, examens, actes diagnostiques et thérapeutiques y compris les chirurgies mineures, ainsi que les services médico-administratifs qui leur sont reliés, dispensés à un patient au cours d'une journée.

3.04 Le montant de chaque forfait-patient est de 111,20 $ au 1er septembre 2018 et de 112,30 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **15233**.*
Facturer un seul forfait par jour pour chaque personne assurée.

3.05 Un nombre maximum de forfaits-patients peuvent être réclamés par le médecin au cours d'un semestre, selon la banque établie à l'article 6.00.

3.06 Lorsque le médecin excède le nombre de forfaits accordés au cours d'un semestre, il ne reçoit aucune rémunération pour les services dispensés au-delà de la banque de forfaits-patients allouée.

4.00 MESURE DE CONTINUITÉ

4.01 Sur une période de cinquante-deux (52) semaines consécutives à partir de la date de son début de pratique en vertu des présentes, ou de la date de référence pour les années subséquentes, le médecin visé reçoit une majoration supplémentaire lorsqu'il reçoit paiement pour des services médicaux au cours d'au moins 180 jours pour l'année en cause.

Cette majoration supplémentaire est de 5 % de l'ensemble de sa facturation de forfaits-patients, incluant la majoration prévue à l'article 5.00 ci-dessous.

4.02 Pour être comptabilisée comme une journée de facturation au sens du présent article, le médecin visé doit, pour une journée, avoir reçu une rémunération d'au moins 200 $, suite à la majoration prévue à l'article 5.00, pour des forfaits-patients.

4.03 Aux fins des présentes, la date de début de pratique est celle de la première date de facturation en vertu du présent accord. Toute interruption de la pratique dans le territoire visé par les présentes de plus de douze (12) mois signifie la détermination d'une nouvelle date d'arrivée soit celle du retour dans le territoire visé. Pour les années subséquentes, cette date devient la date de référence.

Une période d'invalidité totale d'un (1) mois ou plus n'est pas considérée comme une interruption de pratique. Toutefois, cette période n'est pas comptabilisée aux fins du présent article.

4.04 La Régie verse la majoration supplémentaire à date fixe. Le premier versement de cette majoration se fait quinze (15) mois suivant la date de mise en vigueur du présent accord. Par la suite, la Régie effectue le versement de la majoration supplémentaire à tous les douze (12) mois.

5.00 MAJORATION

5.01 La rémunération versée en vertu du présent accord est majorée de 25 %. Cette majoration est accordée en lieu et place des majorations prévues à l'annexe XII de l'entente générale.

6.00 BANQUE

6.01 Pour les fins d'application du présent accord, une banque semestrielle de 2 000 forfaits-patients est allouée.

6.02 Le semestre comprend la période de six (6) mois débutant à la date prévue au paragraphe 4.03 ci-dessus.

6.03 Les parties négociantes peuvent, si des circonstances très exceptionnelles le justifient, consentir à une majoration de cette banque au cours d'un semestre donné. Elles en informent alors Dr Paul-Aimé Joncas et la Régie.

7.00 PLAFOND TRIMESTRIEL

7.01 La rémunération versée en vertu des présentes est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 Le présent accord entre en vigueur le 18 juin 2007. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour de juillet 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 662

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le mode de rémunération du docteure Audrey Smith pour les services dispensés au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le l^er^ septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions du paragraphe 17.01 de l'entente générale, docteure Audrey Smith (91-016) peut modifier, à nouveau, son mode de rémunération actuellement à tarif horaire pour celui à honoraires fixes.

2. Le présent accord entre en vigueur le 29 septembre 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour d'octobre 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 668

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du Docteure Pascale Beaulieu (96-152).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe l7.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le l^er^ septembre l976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. La Docteure Pascale Beaulieu (96-152) détient une nomination à honoraires fixes au CLSC de Farnham du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de L'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Elle peut, à partir de cette nomination, être rémunérée selon ce mode pour les services dispensés dans le cadre des missions CLSC et CHSLD du CLSC et CHSLD de Bedford du CIUSSS de L'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour de décembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 672

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération des Docteures Chantal Végiard (92-362), Élaine Bérubé (91-142) et Docteur Jean Pelletier (88-335).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. La Docteure Chantal Végiard (92-362) détient une nomination à honoraires fixes au Centre d'hébergement de Lachine du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Elle peut, à partir de cette nomination, être rémunérée selon ce mode pour les services dispensés au CLSC de Dorval-Lachine du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

2. La Docteure Élaine Bérubé (91-142) détient une nomination à honoraires fixes au CLSC de Dorval-Lachine du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Elle peut, à partir de cette nomination, être rémunérée selon ce mode pour les services dispensés au Centre d'hébergement de Lachine du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

3. Le Docteur Jean Pelletier (88-335) détient une nomination à honoraires fixes au Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de l'Île-de-Montréal. Il peut, à partir de cette nomination, être rémunéré selon ce mode pour les services dispensés au CLSC Hochelaga-Maisonneuve du CIUSSS de l'Est-de l'Île-de-Montréal.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 673

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés à La Maison Bleue.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que La Maison Bleue est un organisme sans but lucratif qui a comme mission d'accompagner et de soutenir les jeunes familles, plus particulièrement les familles vivant dans des situations contextuelles difficiles.

CONSIDÉRANT que La Maison Bleue est reconnue comme un site du GMF Côte-des-Neiges.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui détiennent une nomination au CLSC de Côte-des-Neiges du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne peuvent, à partir de leur nomination, être rémunérés pour les services médicaux rendus à La Maison Bleue.

2. Aux fins de l'application des dispositions de l'entente générale et plus spécifiquement, de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle, cet organisme est réputé être un point de services du CLSC.

> ***AVIS*** **:** *Utiliser le numéro d'établissement **80565** comme lieu de suivi pour les patients inscrits en GMF ou hors GMF suivis à la Maison Bleue.*

3. Le présent accord entre en vigueur le 10 décembre 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 676

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération du Docteur André Keable (83-093).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré que la Résidence Côté Jardins des Jardins du Haut-St-Laurent (1992) Inc. ne soit pas adhérent à l'entente particulière relative à la rémunération en gériatrie en CHSLD, le Dr André Keable est rémunéré à tarif horaire pour les activités professionnelles dispensées à ce site.

2. Le nombre d'heures alloué sur une base annuelle pour la rémunération des activités professionnelles visées aux présentes est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente.

3. Le présent accord entre en vigueur le 7 janvier 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS **:** *L'*Accord nº 676 *prend fin le 17 octobre 2009 avec l'adhésion, en vigueur à compter du 18 octobre 2009, du CHSLD Côté Jardin à l'entente particulière en gériatrie*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 678

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités académiques effectuées dans l'unité de médecine familiale (UMF) – Centre hospitalier de Rouyn-Noranda du Centre de santé et services sociaux de Rouyn-Noranda.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation de l'UMF du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda du Centre de santé et services sociaux de Rouyn-Noranda soit du 1er février 2008 au 30 juin 2008.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée pour la période décrite ci-dessus et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées par l'UMF.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Inscrire le numéro d'établissement ***01533*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*
- ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U*
- ***051031*** *Étude de dossiers*

4. Le médecin responsable transmet à la Régie de l'assurance maladie du Québec la liste des médecins visés à l'article 3.

Le présent accord entre en vigueur le 1er février 2008 et se termine le 30 juin 2008.

AVIS **:** *Les parties négociantes ont prolongé cet accord jusqu'au 31 mars 2009.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de mars 2008.

PHILIPPE COUILLARD	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 681

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de certains médecins

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Considérant la disponibilité exigée lors de la situation qui prévalait au service d'urgence du Pavillon de Hull du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais au cours des périodes du 18 août au 16 septembre 2002;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En plus de la rémunération à laquelle ils ont droit en vertu des dispositions de l'Entente, la Régie verse les montants suivants aux médecins désignés en considération de la disponibilité exigée dans le cadre de la situation mentionnée ci-dessus :

Dr Gilles Fortin (71314-8) :	3 396,00 $
Dr Thi Anh Thu Nguyen (99142-1) :	3 360,00 $
Dr Majed Soultan (02137-7) :	3 076,00 $
Dr Serge Boucher (96420-4):	1 941,00 $
Dre Valérie Caron (02045-2) :	1 546,00 $
Dr Guy Morissette (80513-4) :	622,00 $

2. Le présent accord entre en vigueur le 19 février 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de mars 2008.

PHILIPPE COUILLARD	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 682

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le temps de déplacement des médecins qui dispensent des services médicaux au dispensaire de Wemotaci.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui dispensent des services médicaux au dispensaire de Wemotaci ont le droit de se prévaloir des modalités de rémunération prévues par le présent accord pour leur temps de déplacement de leur lieu principal de pratique en Mauricie jusqu'au dispensaire de Wemotaci lequel est sous la responsabilité du Centre de santé et services sociaux de la Saint-Maurice.

> ***AVIS*** **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*
>
> *Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente* Accord n° 682.
>
> *Inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Un médecin qui dispense des services médicaux au dispensaire de Wemotaci et dont la pratique principale se situe dans une autre région peut, sur autorisation du Comité paritaire, se prévaloir des dispositions du présent accord.

2. Le temps de déplacement est payé selon le mode du tarif horaire au taux régulier tel que prévu à l'annexe XIV de l'Entente.

> ***AVIS*** **:** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(n° 1215), en inscrivant le numéro d'établissement* ***93892*** *ainsi que les informations suivantes dans leur partie respective :-- sous* ***quantième*** *: la journée du déplacement;*
> *- sous* ***mode de rémunération*** *: le mode TH;*
> *- sous* ***plage horaire*** *: la ou les plages horaires concernées;*
> *- sous* ***code d'activité*** *: le code* ***002092*** *(temps de déplacement);*
> *- sous* ***secteur disp.*** *: ne rien inscrire;*
> *- sous* ***heures travaillées*** *: le nombre d'heures de déplacement;*
> *- sous* ***total des heures travaillées*** *: le total des heures de déplacement.*
>
> *La demande de paiement doit être contresignée par le représentant autorisé de l'établissement.*

3. La rémunération versée n'est pas comptabilisée aux fins de l'application de l'article 5.00 de l'annexe XIV, ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués, ni comptabilisée aux fins de l'application de l'annexe IX. Elle ne bénéficie pas de la majoration prévue à l'annexe XII.

4. Pour chaque année d'application s'échelonnant du 1er novembre au 31 octobre, une banque de quatre cent seize (416) heures est allouée pour rémunérer le temps de déplacement des médecins visés par le présent accord.

5. Le temps de déplacement est rémunéré jusqu'à un maximum de huit (8) heures (aller-retour) par déplacement.

6. Le présent accord remplace l'*Accord n° 572* signé le 2 mars 2005. Il entre en vigueur le 17 mars 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS **:** L'Accord n° 682 *prend fin le 31 décembre 2012 et est remplacé par* l'Accord n° 713.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour d'avril 2008.

PHILIPPE COUILLARD	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 684

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui exercent auprès des patients admis dans les lits de soins de courte durée (unité de court séjour) de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré du CSSS de Québec-Nord sont rémunérés, lors de ces activités, selon le mode de rémunération du tarif horaire.

> ***AVIS*** **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*
>
> *- **TH** dans le champ* Mode de rémunération*;*
>
> *- **002XXX** dans le champ* Code d'activité.

2. Le nombre d'heures allouées sur une base annuelle pour la rémunération des activités professionnelles à l'unité de court séjour est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente.

3. Malgré que l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré n'a pas une mission principale de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, la garde en disponibilité effectuée au bénéficie des patients admis à cette unité de court séjour est rémunérée selon l'article 6 de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

> ***AVIS*** **:** *Pour les instructions de facturation du forfait, voir l'article 6.00 et l'annexe III de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*

4. Les services médicaux dispensés pendant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les dispositions prévues à l'Entente.

> ***AVIS*** **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18e jour de juin 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 685

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du Docteur Nathalie Boulanger (91-030).

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT que le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava connaît une situation particulièrement difficile au niveau des effectifs médicaux;

CONSIDÉRANT que le docteur Nathalie Boulanger détient une nomination au Centre de santé Tulattavik depuis plus de quinze (15) ans et qu'elle a une connaissance approfondie de la région;

ATTENDU que le docteur Boulanger ne pourra pas assumer une présence à temps complet dans l'établissement;

ATTENDU que le docteur Boulanger se rendra dispenser des services au Centre de santé en moyenne dix (10) jours par mois.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le Docteur Nathalie Boulanger est rémunérée selon le mode du tarif horaire pour les activités professionnelles effectuées à partir de Montréal au bénéfice du Centre de santé Tulattavik.

> ***AVIS*** **:** *Utiliser le code d'activité **086145** Activités professionnelles effectuées au bénéfice du Centre de santé Tulattavik (*Accord n° 685*).*

2. Une banque annuelle de 440 heures est octroyée pour la rémunération des activités professionnelles prévues à l'article 1.

3. Malgré qu'elle détienne une nomination à temps plein au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, les bénéfices de l'annexe XII dont elle bénéficie sont ajustés, sur base annuelle, comme suit :

la moitié de la prime d'isolement;

deux (2) sorties;

dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois.

4. Pour les fins de la comptabilisation de la pratique principale continue prévue au paragraphe 3.1 de l'annexe XII et aux fins de l'application de l'article 3.03 de l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux*, les activités prévues à l'article 2 des présentes sont exclues de la pratique totale du médecin.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour d'août 2008.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 686

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à la rémunération de certaines activités du Docteur Pauline Desrosiers (77-017).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services professionnels rendus dans le cadre d'une épidémie d'influenza les 6, 7, 8, 9 et 10 avril 2008 aux personnes domiciliées à l'infirmerie des Sœurs de Ste-Croix à Ville St-Laurent, de même qu'aux employés qui y œuvrent, de verser un paiement forfaitaire au montant de 1 118,60 $ à Dr Pauline Desrosiers.

2. Ce paiement forfaitaire remplace toute autre rémunération exigible par le médecin de la Régie pour les services assurés dispensés à ces dates dans ce lieu.

3. Le présent accord entre en vigueur le 9 juin 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour d'août 2008.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 687

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la dérogation permettant aux médecins, en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale, d'exercer dans un service d'urgence d'installations désignées par les parties.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Inscrire l'installation suivante comme installation désignée en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale :

Région 06 : Montréal

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal - Hôpital général du Lakeshore

2. Le présent accord entre en vigueur le 19 juin 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour d'août 2008.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 689

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Considérant que le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes est un organisme à but non lucratif et offre des services en collaboration avec le CLSC des Faubourgs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui détiennent une nomination au CLSC des Faubourgs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal peuvent, à partir de leur nomination, être rémunérés pour les services médicaux rendus auprès de la clientèle desservie par le CRAN.

2. Aux fins de l'application des dispositions de l'entente générale et plus spécifiquement, de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle, les sites du CRAN situés au 110, rue Prince Arthur Ouest, Montréal et au 1015 rue Ste-Catherine Est à Montréal sont réputés être des points de service du CLSC des Faubourgs.

3. Le présent accord entre en vigueur le 27 octobre 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour de novembre 2008.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 690

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération de services dispensés au Centre d'hébergement des Quatre-temps du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de l'Île-de-Montréal.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le docteur Quoc Kiet Tang (188-540-9) peut à partir de la nomination à honoraires fixes qu'il détient au Centre d'hébergement Manoir-de-l'Âge-d'Or du CSSS Jeanne-Mance exercer selon ce mode pour les services dispensés au Centre d'hébergement des Quatre-temps du CSSS St-Léonard.

2. Cet accord entre en vigueur le 1er novembre 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20e jour de novembre 2008.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 692

Concernant certaines modalités de rémunération des médecins membres du comité Réseau de soutien et de validation par les pairs dans le cadre du Dossier de Santé du Québec.

CONSIDÉRANT la mise en œuvre du Dossier de Santé du Québec (DSQ) actuellement en cours;

CONSIDÉRANT que dans le cadre de cette mise en œuvre un comité Réseau de Soutien et de Validation par les Pairs (RSVP) a été créé afin de promouvoir le DSQ et de soutenir les cliniciens dans l'intégration et l'utilisation du DSQ dans leur milieu de pratique;

CONSIDÉRANT qu'un certain nombre de médecins ont été retenus pour agir à titre de membre du comité RSVP en raison de leur connaissance approfondie et de leur expertise de pointe en matière de technologies de l'information dans le cadre du travail clinique;

CONSIDÉRANT que les médecins membres du comité RSVP sont liés par un contrat individuel de services professionnels avec le ministère de la Santé et des Services sociaux;

CONSIDÉRANT la nécessité pour le DSQ de pouvoir compter sur ces médecins comme ambassadeur régional auprès de leurs pairs afin de favoriser l'adhésion de ces derniers au DSQ;

CONSIDÉRANT la nécessité de convenir de certaines modalités de rémunération des médecins membres du comité RSVP;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Article 1 Objet

1.1 Cet accord a pour objet la détermination de certaines modalités de rémunération pour les activités effectuées par les médecins membres du comité RSVP et dont les noms apparaissent en annexe.

Article 2 Champ d'application

2.1 Les dispositions de cet accord s'appliquent uniquement aux médecins membres du comité RSVP.

Article 3 Activités rémunérées

3.1 La rémunération prévue au présent accord s'applique aux activités suivantes lesquelles doivent être en lien avec le mandat confié aux médecins membres du comité RSVP:

Participation aux réunions du comité RSVP;

Participation aux réunions du DRMG ou d'un CMDP;

Participation aux rencontres diverses auprès des pairs d'une région;

Participation aux conférences téléphoniques ou aux visioconférences;

Préparation préalable aux réunions et rencontres;

Déplacement pour assister aux réunions et rencontres.

Article 4 Modalités de rémunération

4.1 Le médecin qui participe pendant une demi-journée ou une journée aux diverses réunions ou rencontres reçoit un demi- *per diem* de 110 $ ou un *per diem* de 220 $ selon le cas.

Un demi- *per diem* équivaut à moins de 3 heures et demie et un *per diem* à plus de 3 heures et demie et à moins de 8 heures.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*

*- **19902** pour le demi-*per diem *(trois heures et demie ou moins);*

*- **19903** pour le* per diem *(plus de trois heures et demie).*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le médecin ne peut facturer plus d'un per diem *ou d'un demi-*per diem *au cours d'une même journée. Le* per diem *ou le demi-*per diem *est payable lorsque le médecin est physiquement présent à la rencontre ou à la réunion.*

4.2 Le médecin reçoit une prime à l'heure de 27,50 $ pour le temps consacré à la préparation des rencontres ainsi que pour la participation aux conférences téléphoniques ou aux visioconférences.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19904** et indiquer la durée de l'activité.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le temps de préparation n'est pas payable lorsqu'il est effectué pendant la période de per diem *ou de demi-*per diem.

4.3 Le médecin reçoit une prime à l'heure de 27,50 $ pour le temps consacré aux déplacements rendus nécessaires pour ces rencontres ou ces réunions.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19905** et indiquer la durée du déplacement.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.4 Les annexes XII et XII-A de l'entente générale ne s'appliquent pas à la rémunération versée en vertu du présent accord. Il en est de même pour toutes les autres majorations prévues à l'entente générale.

4.5 La rémunération versée en vertu du présent accord est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.6 La rémunération versée selon les dispositions des paragraphes précédents est la seule payable dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec pour les activités visées aux présentes.

Article 5 Entrée en vigueur et durée

5.1 Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 2008 et le demeure jusqu'au 30 novembre 2009.

AVIS **:** *Les parties négociantes prolongent l'*Accord nº 692 *du 1er octobre 2011 au 31 décembre 2015.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20e jour d'avril 2009.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 694

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins qui exercent dans un établissement de détention.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les dispositions prévues à l'*Accord n° 206* s'appliquent également à l'établissement de détention de Hull.

2. Un nombre maximal de huit cents (800) heures par année est alloué à ce centre de détention.

3. Le présent accord entre en vigueur le 13 septembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de septembre 2009.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 695

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services de prise en charge et de suivi de la clientèle dispensés au Centre intégré de santé et des services sociaux des Îles.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de l'application de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi que de toute autre disposition conventionnelle applicable en CLSC, les services rendus à la clinique externe du centre hospitalier du Centre intégré de santé et des services sociaux des Îles, de même que les visites à domicile effectuées dans le cadre des activités relevant de la nomination d'un médecin au sein du Centre de santé, sont réputées s'effectuer dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires du même établissement.

   AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) *ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin qui exerce dans le cadre de cet accord pour l'installation visée (80795).*

   Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Accord n° 695.

   Inscrire la période couverte par l'avis de service.

   Pour le médecin déjà rémunéré à honoraires fixes dans une autre installation, préciser sur le formulaire 1897 qu'il s'agit du paragraphe 10.13.

2. Cet accord entre en vigueur le 10 janvier 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 696

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait au mode de rémunération du docteur Georges Touma agissant à titre de médecin chirurgien au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le Dr Georges Touma, médecin détenant des privilèges en chirurgie, est rémunéré selon le mode du tarif horaire pour l'ensemble des services professionnels qu'il dispense à l'Hôpital de Maria du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie.

2. Cette rémunération est de neuf (9) heures par jour et ne s'applique les samedi, dimanche et journée fériée que si le médecin est affecté à la garde.

3. Les modalités de rémunération prévues aux alinéas 1 et 2 ci-dessus s'appliquent également aux services dispensés par le Dr Touma dans un autre centre hospitalier de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine conformément à l'entente régionale en vigueur et cela jusqu'à un maximum de dix (10) semaines par année.

4. Le présent accord remplace l'*Accord n° 5* du 16 mai 1991 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 6e jour de janvier 2010.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 697

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération de la docteure Vicky Plante (00-167).

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La docteure Vicky Plante (00-167) détient une nomination à honoraires fixes à l'UMF Maizerets du CLSC Orléans du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Elle peut, à partir de cette nomination, exercer selon ce mode pour les services dispensés en soins palliatifs à l'Hôpital Enfant-Jésus du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour de juin 2010.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 698

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'une unité de médecine familiale à Drummondville.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'une unité de médecine familiale (UMF) qui conclura une entente de service avec le Centre de santé et services sociaux de Drummondville.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chacun des médecins concernés.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Accord n° 698.

Inscrire la période couverte par l'accord.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée au CLSC Drummond du Centre de santé et services sociaux de Drummondville pour la période du 1er août 2010 au 30 juin 2011 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation de l'UMF.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216).

Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215).

Inscrire le numéro d'établissement ***93872*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
- ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
- ***051031*** *Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er août 2010 et se termine le 30 juin 2011

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour d'octobre 2010.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 699

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services médicaux rendus à la population anglophone de la région de la Capitale-Nationale par l'Hôpital Jeffery-Hale-Saint Brigid's.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

ATTENDU que l'Hôpital Jeffery-Hale-Saint Brigid's est un établissement désigné au sens de l'article 508 de la *Loi sur les services santé et les services sociaux;*

ATTENDU que l'Hôpital Jeffery-Hale-Saint Brigid's a le mandat d'offrir tous les services à la clientèle anglophone incluant les services communautaires de langue anglaise;

ATTENDU que les programmes qui sont inclus dans les services communautaires relèvent de la mission d'un centre local de services communautaires (CLSC);

ATTENDU qu'aucun CLSC n'est associé à l'Hôpital Jeffery-Hale;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un médecin qui détient une nomination à l'Hôpital Jeffery-Hale pour dispenser des services médicaux dans le cadre des programmes communautaires offerts à la clientèle anglophone ambulatoire, est rémunéré selon les dispositions de l'entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaire.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Accord n° 699.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Le numéro de facturation attribué à la mission CLSC de l'hôpital est le ***80865****.*

2. Le présent accord ne vise pas la rémunération des activités à l'urgence de l'Hôpital Jeffery-Hale.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour d'octobre 2010.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 700

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services médicaux dispensés au point de service de St-Tite du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec durant le Festival Western.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 3.00 de l'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires*, le médecin peut, pour la période du Festival Western de Saint-Tite, soit pour onze (11) jours consécutifs à partir du vendredi suivant la Fête du Travail, opter pour un mode de rémunération autre que son mode habituel lorsqu'il dispense au point de service de St-Tite du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec des services sans rendez-vous.

2. Le médecin exerce cette option au début de sa période de prestation dans le cadre des services visés aux présentes. Il ne peut, par la suite, pour les services et la période en cause, modifier cette option.

3. Le médecin qui ne détient une nomination dans l'établissement que pour les services et la période en cause, tel que précisé à l'article 1 des présentes, peut opter pour le mode de l'acte ou celui du tarif horaire. Le mode de rémunération choisi devra être maintenu pour la rémunération de tous les services visés aux présentes et pendant la période visée aux présentes.

4. Malgré les dispositions de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale, les honoraires versés pour les services visés aux présentes ne sont pas comptés dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin ni sujets à aucune coupure.

5. Malgré les dispositions de l'annexe XIV de l'entente générale, les honoraires versés pour les services visés aux présentes selon le mode du tarif horaire ne sont pas sujets à l'application des règles relatives au cumul apparaissant au paragraphe 5.08 de cette annexe.

6. L'établissement visé aux présentes informe la RAMQ, dès que possible, du nom des médecins qui se prévaudront des dispositions du présent accord et lui transmet, pour les médecins extérieurs à l'établissement, les avis de service.

7. Pour les fins de l'application des dispositions des paragraphes 2.01 iii) ou 5.02 et 5.03 de l'annexe XX de l'entente générale, selon que le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte, des honoraires fixes ou du tarif horaire, le point de service de St-Tite du CIUSSS de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec est réputé être un CLSC du réseau de garde intégré pour la période visée à l'article 1 ci-dessus.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou tarif horaire, inscrire :*
*- le numéro d'installation **90782** (CLSC Saint-Tite);*
*- le code d'activité **002040** Médecin de service;*
- le code de secteur de dispensation pour la majoration des honoraires :

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation***
Samedi, dimanche ou jour férié	*de 8 h à 24 h*	*34*
Lundi au jeudi sauf un jour férié	*de 20 h à 24 h*	*32*
Vendredi sauf un jour férié	*de 20 h à 24 h*	*33*
Tous les jours de la semaine	*de 0 h à 8 h*	*35*

8. Le présent accord remplace l'*Accord n° 448*. Il entre en vigueur le 1er juillet 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 701

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services médicaux dispensés dans le cadre de l'enquête ordonnée par le Collège des médecins concernant la révision d'un certain nombre de scanographies.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT l'enquête ordonnée par le Collège des médecins du Québec nécessitant la vérification de la lecture de radiographies effectués dans trois cliniques de radiologie;

CONSIDÉRANT que les examens de scanographie, effectués dans une des cliniques ciblées, ne peuvent pas faire l'objet d'une nouvelle lecture en raison de contraintes techniques;

CONSIDÉRANT que le Collège des médecins du Québec a, en janvier 2011, demandé formellement au médecin omnipraticien prescripteur de chaque examen de scanographie d'évaluer la pertinence de reprendre l'examen en cause pour chacun des patients concernés, à la lumière de l'évolution clinique depuis l'examen en question;

CONSIDÉRANT que chaque médecin omnipraticien concerné a été informé par le Collège des médecins du Québec de la procédure à suivre et des noms et coordonnées de ses patients visés par la révision.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui procède à la réévaluation du dossier d'un patient concerné par la portion de l'enquête du Collège des médecins du Québec visant les scanographies et qui complète le formulaire prescrit à cet effet est rémunéré selon un forfait de 55 $.

> ***AVIS*** **:** *Inscrire le code de facturation **19109**.*
> *Le rôle 1 est obligatoire avec ce code de facturation.*

2. Ce forfait est applicable en cabinet ou en établissement lorsque le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte.

3. Les honoraires versés pour les services visés aux présentes sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2011 et le demeure jusqu'au 31 mars 2011.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce __e jour de _____ 2011.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 702

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens concernant la rémunération du Dr Janik Gabriel Sarrazin (98056) à l'Hôpital de Val-d'Or du Centre de santé et services sociaux Vallée de l'Or.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux à l'hospitalisation de l'Hôpital de Val-d'Or du Centre de santé et services sociaux de la Vallée de l'Or;

CONSIDÉRANT que le Dr Janik Gabriel Sarrazin, médecin omnipraticien détenant des privilèges en anesthésie, accepte de supporter les médecins qui exercent à l'unité de soins intensifs et coronariens;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pendant la période où le Dr Janik Gabriel Sarrazin dispense des services anesthésiques et se prévaut de l'entente particulière relative à la prestation des services professionnels en anesthésie dans certains CHSGS et qu'il assure également la prestation de l'ensemble des services professionnels au cours de la journée auprès d'un patient admis à l'unité de soins intensifs ou coronariens, il est rémunéré selon les règles de l'entente particulière précitée, avec les adaptations suivantes.

2. Les forfaits prévus à l'article 4.02 de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués dans une unité de soins intensifs ou coronariens de même que le supplément pour un patient intubé et ventilé mécaniquement de manière soutenue, en dehors d'une période de réanimation, durant une journée en cause sont payables à 40 % du tarif prévu.

AVIS **:** *Pour les forfaits codifiés **08896**, **09997** et **15231**, voir le paragraphe 4.02 de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens .*
Indiquer l'heure de début du service.

3. Le Dr Sarrazin peut également se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 6.03 de l'entente particulière de la garde en disponibilité et réclamer, au tarif de base prévu, les forfaits qui lui auront été octroyés par le chef du département de médecine générale.

AVIS **:** *Pour les forfaits codifiés **19057** et **09847**, voir le paragraphe 6.06 de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*
L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ un avis de service avec le nom du médecin, la période concernée et le secteur d'activité visé.

4. Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2011 et le demeure jusqu'au 30 septembre 2013.

AVIS **:** *Les parties négociantes ont prolongé l'accord du 15 mars 2019 au 15 septembre 2020.*

AVIS **:** *Les parties négociantes ont prolongé l'accord du 1er mai 2025 au 31 juillet 2026.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 11e jour de juillet 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 703

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés à la Maison Bleue-Parc Extension.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que La Maison Bleue-Parc Extension est un organisme sans but lucratif qui a comme mission d'accompagner et de soutenir de jeunes familles, plus particulièrement les familles vivant dans des situations contextuelles difficiles.

CONSIDÉRANT que La Maison Bleue-Parc Extension est reconnue comme un site du GMF Côte-des-Neiges.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins qui détiennent une nomination au CLSC de Côte-des-Neiges du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal peuvent, à partir de leur nomination, être rémunérés pour les services médicaux rendus à la Maison Bleue-Parc Extension.

2. Aux fins de l'application des dispositions de l'entente générale et plus spécifiquement, de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, et de prise en charge et suivi de la clientèle, cet organisme est réputé être un point de services du CLSC.

> ***AVIS*** **:** *Utiliser le numéro d'installation **80915** comme lieu de suivi pour les patients inscrits en GMF ou hors GMF suivis à la Maison Bleue-Parc Extension.*

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2011 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 11e jour de juillet 2011.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 704

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des services obstétricaux dispensés à l'Hôtel-Dieu de Lévis du Centre de santé et services sociaux Alphonse Desjardins.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT l'interruption de couverture par des médecins habiletés à effectuer une césarienne.

CONSIDÉRANT les exigences liées au transfert des patientes entre l'Hôtel-Dieu de Lévis du Centre de santé et services sociaux Alphonse Desjardins et le Centre hospitalier universitaire de Laval

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie de l'assurance maladie du Québec versera le montant déterminé par le comité paritaire pour les médecins ci-après nommés pour les périodes de garde mentionnées:

Coordonnées	N° permis	Périodes de garde	Montant à verser
Beaudoin, Julie	06-184	09-11-2011 8 hres au 10-11-2011 8 hres	781,56 $
Beaudoin, Julie	06-184	01-12-2011 8 hres au 02-12-2011 8 hres	781,56 $
Lanthier, Annie	11-524	24-12-2011 8 hres au 25-12-2011 8 hres	961,32 $
Dallaire, Luc	75-262	26-12-2011 8 hres au 27-12-2011 8 hres	961,32 $
L'Hébreux, Marie-Claude	96-111	31-12-2011 8 hres au 01-01-2012 8 hres	961,32 $
Thibeault, Marie-Hélène	09-224	26-06-2011 16 hres au 27-06-2011 8 hres	580,96 $
Normand, Marie	97-139	18-11-2011 8 hres au 19-11-2011 0 hres	521,04 $

2. Pour les médecins visés à l'article 1, aucune autre rémunération n'est payable à l'intérieur des périodes de garde mentionnées pour chacun d'eux.

3. Le présent accord entre en vigueur le 26 juin 2011 et le demeure jusqu'au 1er janvier 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 11e jour de février 2012.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 705

Concernant certaines modalités de rémunération des médecins participant au processus d'homologation des Dossiers Médicaux Électroniques.

CONSIDÉRANT la mise en œuvre du programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de Dossiers Médicaux Électroniques (DME) par les médecins de première ligne;

CONSIDÉRANT que dans le cadre de cette mise en œuvre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) désire retenir les services de médecins afin de participer au processus d'homologation des DME;

CONSIDÉRANT que les médecins participants ont été retenus pour agir à ce titre en raison de leur connaissance approfondie et de leur expertise de pointe en matière de technologies de l'information dans les processus de travail clinique;

CONSIDÉRANT que les médecins participants sont liés par un contrat individuel de services professionnels avec le MSSS;

CONSIDÉRANT la nécessité pour le MSSS de pouvoir compter sur ces médecins pour agir à titre d'expert;

CONSIDÉRANT également la nécessité de convenir de certaines modalités de rémunération de ces médecins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Article 1 Objet

1.1 Cet accord a pour objet la détermination de certaines modalités de rémunération pour les activités effectuées par les médecins participant au processus d'homologation des DME.

Article 2 Champ d'application

2.1 Les dispositions de cet accord s'appliquent uniquement aux médecins dont les noms apparaissent en annexe ainsi qu'à ceux qui s'y ajouteront.

Article 3 Activités rémunérées

3.1 La rémunération prévue au présent accord s'applique aux activités suivantes, lesquelles doivent être en lien avec le mandat confié aux médecins participants :

Prendre connaissance de la documentation sur l'homologation des DME;

Préparer une stratégie d'évaluation des DME;

Participer aux rencontres préparatoires;

S'approprier les critères d'évaluation;

Participer aux visites d'évaluation des DME;

Évaluer les produits des fournisseurs selon les critères d'évaluation;

Compléter les grilles d'évaluation;

Produire un rapport d'évaluation pour chaque produit évalué;

Participer aux rencontres de consolidation des évaluations;

Participer au comité d'évaluation;

Remettre toute documentation utilisée dans le cadre du mandat;

Se préparer préalablement à toute rencontre;

Participer aux conférences téléphoniques et aux visioconférences;

Se déplacer pour assister aux rencontres.

Article 4 Modalités de rémunération

4.1 Le médecin qui participe pendant une demi-journée ou une journée aux diverses rencontres ou visites reçoit un demi-per diem de 120 $ au 1er février 2012 et de 125,10 $ au 1er juin 2013 ou un per diem de 240 $ au 1er février 2012 et de 250,20 $ au 1er juin 2013 selon le cas.

AVIS **:** *Utiliser le numéro d'établissement* ***94979****.*
Inscrire le code de facturation approprié :
- ***19783*** *pour le demi-* per diem *(moins de trois heures et demie);*
- ***19784*** *pour le* per diem *(plus de trois heures et demie).*
Le rôle 1 est obligatoire avec ces codes de facturation.
*Le demi-*per diem *ou le* per diem *est payable lorsque le médecin est physiquement présent lors de la rencontre ou de la visite.*

Un demi- *per diem* équivaut à moins de 3 heures et demie (3 ½) et un *per diem* à plus de 3 heures et demie (3 ½) et à moins de huit (8) heures.

4.2 Le médecin reçoit une prime à l'heure de 30 $ au 1er février 2012 et de 31,25 $ au 1er juin 2013 pour le temps consacré à l'étude et à l'analyse des documents, à la préparation des rencontres, à la rédaction des documents ou rapports ainsi que pour la participation aux conférences téléphoniques ou aux visioconférences.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19785*** *et indiquer la durée de l'activité de préparation.*
Le temps de préparation n'est pas payable lorsqu'il est effectué pendant la période de per diem *ou de demi-*per diem.

4.3 Le médecin reçoit une prime à l'heure de 30 $ au 1er février 2012 et de 31,25 $ à l'heure au 1er juin 2013 pour le temps consacré aux déplacements rendus nécessaires par ces rencontres ou visites.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19786*** *et indiquer la durée du déplacement.*

4.4 Les annexes XII et XII-A de l'entente générale se n'appliquent pas à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente. Il en est de même pour toutes les autres majorations prévues à l'entente générale.

4.5 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.6 La rémunération versée selon les dispositions des paragraphes précédents est la seule payable dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec pour les activités visées aux présentes.

Article 5 Entrée en vigueur et durée

5.1 Le présent accord entre en vigueur le 1er février 2012 et le demeure jusqu'au 31 mars 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 24e jour de avril 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE (Accord no 705)

Liste des médecins participant au processus d'homologation des DME

Prénom	Nom	Numéro de permis
Dr Jean-François	Rancourt	85-245
Dr Bertrand	Bissonnette	80-268
Dr Michel	Robitaille	80-083
Dr Éric	Lachance	95-117

ACCORD No 706

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins partenaires d'une candidate infirmière praticienne spécialisée du Centre de santé et services sociaux Haut St-Laurent.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT l'intégration de madame Caroline Deneault, candidate infirmière praticienne spécialisée (CIPS) au Centre de santé et des services sociaux Haut St-Laurent dans un lieu non visé par la *Lettre d'entente n° 229* ;

CONSIDÉRANT que des médecins ont effectué des activités de supervision de cette candidate infirmière praticienne spécialisée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie de l'assurance maladie du Québec versera le montant forfaitaire déterminé par le comité paritaire pour les médecins ci-après nommés :

Michel Raymond (08444)	1 275,58 $
Harry Kadoch (10470)	2 354,92 $

2. Le présent accord entre en vigueur le 15 novembre 2011 et se termine le 12 janvier 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 8e jour de mars 2012.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 707

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'une unité de médecine familiale à Cowansville.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'une unité de médecine familiale (UMF) qui conclura une entente de services avec le Centre de santé et services sociaux de la Pommeraie.

> ***AVIS*** **:** *Vous devez transmettre à la Régie un* Avis de service *(n° 3547) (tarif horaire) ou un* Avis de service *(n° 1897) (honoraires fixes) pour chacun des médecins se prévalant des dispositions de cet accord. Veuillez préciser qu'il s'agit de l'*Accord n° 707 *et inscrire la période couverte par l'accord.*

2. Une banque de trois cents (300) heures est allouée à l'Hôpital Brôme Misssisquoi Perkins du Centre de santé et services sociaux de la Pommeraie pour la période du 1er janvier 2012 au 30 juin 2012 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation de l'UMF.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

> ***AVIS*** **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
>
> *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
>
> *Inscrire le numéro d'établissement* ***41131*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*
> - ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
> - ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
> - ***051031*** *Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2012 et se termine le 30 juin 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 18e jour de juillet 2012.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 708

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'une unité de médecine familiale à Drummondville.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'une unité de médecine familiale (UMF) qui conclura une entente de services avec le Centre de santé et services sociaux de Drummond.

> ***AVIS*** **:** *Vous devez transmettre à la Régie un* Avis de service (n° *3547) (tarif horaire) ou un* Avis de service *(n° 1897) (honoraires fixes) pour chacun des médecins se prévalant des dispositions de cet accord. Veuillez préciser qu'il s'agit de l'*Accord n° 708 *et inscrire la période couverte par l'accord.*
> *Un nouvel avis de service selon l'Entente particulière relative au médecin enseignant sera requis lorsque la période d'implantation sera terminée.*

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée à l'Hôpital Ste-Croix du Centre de santé et services sociaux de Drummond pour la période du 1er juillet 2012 au 30 juin 2013 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation de l'UMF.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

> ***AVIS*** **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
>
> *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
>
> *Inscrire le numéro d'établissement* ***42771*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*
> - ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
> - ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
> - ***051031*** *Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 2012 et se termine le 30 juin 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 18e jour de juillet 2012.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 709

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles effectuées à la Clinique multidisciplinaire en santé de l'Université du Québec Trois-Rivières (UQTR)

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Considérant que la Clinique multidisciplinaire en santé située sur le Campus de l'université du Québec à Trois-Rivières est un milieu favorisant la formation des infirmières praticiennes spécialisées.

Attendu que les médecins qui exercent à la Clinique multidisciplinaire en santé offriront des services médicaux à une clientèle ambulatoire.

Attendu que les médecins effectuent des activités de supervision pendant la formation des infirmières praticiennes spécialisées.

Attendu que la rémunération des activités académiques demeurent sous la responsabilité de l'université.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui dispense sur place des services médicaux à la Clinique multidisciplinaire en santé est rémunéré selon le mode du tarif horaire.

> ***AVIS*** **:** *L'établissement (95532) doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin rémunéré à tarif horaire.*
>
> *Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente* Accord nº 709.
>
> *Inscrire la période couverte par l'avis de service.*
>
> ***AVIS*** **:** *Sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), inscrire :*
>
> *- TH dans le champ mode de rémunération;*
>
> *-* ***002XXX*** *dans le champ code d'activité.*
>
> *Voir l'avis administratif sous l'article 4.00 de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC pour les codes d'activité permis.*

2. Un maximum de quatre (4) heures par jour par médecin peut être réclamé pour la rémunération de services médicaux dispensés auprès de la clientèle ambulatoire.

3. Le médecin qui assure la supervision médicale dans le cadre de la formation d'une infirmière praticienne spécialisée pendant son stage peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues à la Lettre d'entente nº 213.

AVIS **:** *Avant d'utiliser le code de facturation* ***19926****, vérifier si le lieu de formation est inscrit à la liste 2 de l'EP 42 – Médecin enseignant.*

Indiquer l'heure de début du service et le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) supervisées par demi-journée.

Inscrire le numéro attribué par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec de toutes les IPS pour lesquelles la rémunération est demandée à la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4. Le médecin travaillant en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée peut se prévaloir de la Lettre d'entente n° 389.

5. Aux fins de l'application des dispositions de l'entente générale et plus spécifiquement, de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, cette clinique est réputée être un CLSC.

6. Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2012 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 29e jour de octobre 2012.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés

Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 710

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'une unité de médecine familiale à Sherbrooke.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT la nécessité d'ouvrir une nouvelle unité de médecine familiale (UMF) à Sherbrooke.

CONSIDÉRANT que l'Université de Sherbrooke propose, à titre de projet-pilote, d'implanter une UMF dans un cabinet privé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Une banque de sept cents (700) heures est allouée au GMF Jacques-Cartier afin de rémunérer l'ensemble des activités professionnelles liées à l'analyse de la faisabilité d'implanter une UMF au sein de cette clinique privée.

2. Le médecin omnipraticien qui participe aux activités professionnelles prévues à l'article 1 est rémunéré sur une base horaire au taux du tarif horaire.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19822**.*

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui participent aux activités prévues aux présentes.

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 2.

AVIS **:** *La Clinique de santé Jacques-Cartier (**54065**) doit faire parvenir à la RAMQ la liste des médecins visés par l'*Accord n° 710 *(nom et numéro de pratique) et préciser pour chacun la période pendant laquelle ils participeront à ce projet-pilote.*

Elle doit également informer la RAMQ de toute modification subséquente apportée à cette liste.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er juillet 2012 et se termine le 30 juin 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 16e jour de novembre 2012.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre de la Santé et des Services sociaux
et ministre responsable des Aînés
Ministère de la Santé et des Services
sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du
Québec

ACCORD No 711

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'une unité de médecine familiale à St-Eustache.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'une unité de médecine familiale (UMF) qui conclura une entente de service avec le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

> ***AVIS*** **:** *L'établissement (41451) doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547), préciser qu'il s'agit de l'*Accord n° 711 *et inscrire la période couverte par l'avis de service.*
>
> *Un nouveau formulaire 1897 ou 3547 selon l'*EP 42 - Médecin enseignant *sera requis lorsque l'UMF Saint-Eustache y sera désignée officiellement.*

2. Une banque de neuf cents (900) heures est allouée à l'Hôpital de Saint-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes pour la période du 1er juin 2012 au 30 juin 2014 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation de l'UMF.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

> ***AVIS*** **:** *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
>
> *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
>
> *Inscrire le numéro d'établissement* ***41451****.*
>
> *Utiliser les codes d'activité suivants :*
>
> *-* ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
>
> *-* ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
>
> *-* ***051031*** *Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2012 et se termine le 30 juin 2014.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17e jour de avril 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés

Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 712

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'une unité de médecine familiale à Saint-Jean-sur-Richelieu.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'une unité de médecine familiale (UMF) qui conclura une entente de service avec le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville.

> ***AVIS*** **:** *L'établissement **(93592)** doit faire parvenir à la Régie le formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service - Médecin omnipraticien - Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547), préciser qu'il s'agit de l'Accord n° 712 et inscrire la période couverte par l'avis de service.*
>
> *Un nouveau formulaire 1897 ou 3547, selon l'*EP 42 - Médecin enseignant*, sera requis lorsque l'UMF Saint-Jean-sur-Richelieu y sera désignée officiellement.*

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée au CLSC Vallée-des-Forts (No RAMQ 93592) du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville pour la période du 1er octobre 2012 au 30 juin 2014 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation de l'UMF.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

> ***AVIS*** **:** *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
>
> *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
>
> *Inscrire le numéro d'établissement **93592** et utiliser les codes d'activité suivants :*
>
> *- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
>
> *- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
>
> *- **051031** Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er octobre 2012 et se termine le 30 juin 2014.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17e jour de avril 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre de la Santé et des Servicves sociaux et ministre responsable des Aînés

Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 714

Entre le ministre de la santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines modalités applicables au mode de rémunération à honoraires fixes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Le médecin qui détient une nomination selon le mode des honoraires fixes à temps plein dans un établissement et qui exerce selon le mode du tarif horaire dans un second établissement peut, à partir de sa nomination principale à honoraires fixes, exercer selon ce mode pour les services rendus, ou une partie des services rendus, dans le second établissement.

2. Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions du paragraphe précédent adresse une demande à cet effet au comité paritaire.

3. Si la demande est autorisée, le comité paritaire transmet à la Régie le nom du médecin ainsi que le nom des établissements ou des installations en cause.

4. Cet accord entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 11e jour de avril 2013.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés

Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 715

Entre le ministre de la santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines modalités applicables au mode de rémunération à honoraires fixes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Le médecin qui détient une nomination selon le mode des honoraires fixes à temps plein dans un établissement et qui exerce selon le mode du tarif horaire dans un second établissement peut, à partir de sa nomination principale à honoraires fixes, exercer selon ce mode pour les services rendus dans le second établissement. Le médecin bénéficie alors du traitement prévu au 4e alinéa du paragraphe 15.01 de l'Entente sans devoir obtenir l'autorisation de dépassement qui serait autrement requise.

2. Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions du paragraphe précédent adresse une demande à cet effet au comité paritaire.

3. Si la demande est autorisée, le comité paritaire transmet à la Régie le nom du médecin ainsi que le nom des établissements ou des installations en cause.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin autorisé par le comité paritaire à être rémunéré à honoraires fixes en vertu de cet accord.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Accord n° 715.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4. Cet accord remplace l'accord 714, entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 29e jour de juillet 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 716

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la réserve de Manawan.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui dispense sur place des services médicaux à la communauté Atikamekw sur la réserve de Manawan est rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes, et ce, à partir de sa nomination régulière à l'Unité de médecine familiale (UMF) du Centre hospitalier régional de Lanaudière (numéro de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) 40851).

AVIS **:** *Veuillez remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement - Honoraires fixes *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes. Inscrire le numéro d'établissement* ***40851*** *et utiliser le code d'activité suivant :*
- ***051256*** *Services réserve Manawan*

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

2. Le médecin a le droit de se prévaloir des dispositions relatives au temps de déplacement prévu au paragraphe 30.06 de l'Entente générale lorsqu'il se déplace pour dispenser des services à la réserve Manawan.

3. Le temps de déplacement visé aux présentes est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX.

4. Les activités de supervision d'un résident lors de la dispensation des services à la réserve de Manawan sont réputées être faites à l'UMF du Centre hospitalier régional de Lanaudière (n° RAMQ 40851).

5. Le présent accord entre en vigueur le 6 janvier 2014 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

AVIS **:** *L'*Accord n° 716 *est remplacé par l'*Accord n° 720 *au 1er janvier 2016*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23e jour de décembre 2013.

RÉJEAN HÉBERT	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 717

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'une unité de médecine familiale à Saint-Jérôme.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'une unité de médecine familiale (UMF) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

> ***AVIS*** **:** *L'établissement (**41441**) doit faire parvenir à la Régie le formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service - Médecin omnipraticien - Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) sur lequel il doit :*
>
> *- préciser qu'il s'agit de l'Accord n° 717;*
>
> *- inscrire la période couverte par l'avis de service.*
>
> *Lorsque l'UMF Saint-Jérôme sera officiellement désignée selon l'EP 42 - Médecin enseignant, un nouveau formulaire 1897 ou 3547 sera requis pour chaque médecin.*

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides pour la période du 1er juin 2014 au 30 juin 2015 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation de l'UMF.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

> ***AVIS*** **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
>
> *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
>
> *Inscrire le numéro d'installation **41441** et utiliser les codes d'activité suivants :*
> - ***051027*** *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
> - ***051028*** *Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
> - ***051031*** *Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2014 et se termine le 30 juin 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 23e jour d'octobre 2014.

RÉJEAN HÉBERT

Ministre

Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.

Président

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 718

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins qui exercent dans un centre de détention.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les dispositions prévues à l'Accord nº 206 s'appliquent également à l'établissement de détention de Leclerc de Laval.
2. Un nombre maximal de mille huit cents vingt (1 820) heures par année est alloué à ce centre de détention.
3. Le présent accord entre en vigueur le 20 octobre 2014 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 16e jour de décembre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 719

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de certaines activités médico-administratives réalisées dans le cadre du département clinique de médecine générale de chacun des établissements de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région du Nunavik (17).

Considérant que le chef de département de médecine générale est appelé à remplir ses fonctions cinquante-deux (52) semaines par année,

Considérant que l'Entente particulière concernant les médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17), du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le centre de santé de la Basse-Côte-Nord (09) prévoit une rémunération pour les activités médico-administratives seulement lorsqu'elles sont réalisées dans les territoires visés,

Considérant que la région 17 n'est qu'exceptionnellement un milieu de vie, ce qui fait en sorte que le chef de département est généralement absent plus de dix (10) semaines par année,

Considérant que le médecin qui assume la responsabilité de chef de département réalise une partie de ses activités comme chef hors de la région 17,

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'allouer une banque de soixante (60) heures par année civile à chacun des deux établissements de la région du Nunavik (région 17) pour la rémunération des activités médico-administratives du chef du département clinique de médecine générale et, le cas échéant, de celui qui l'assiste, lorsqu'elles sont réalisées hors du territoire de la région 17.

2. Ces heures sont rémunérées à tarif horaire et elles ne sont pas sujettes à la rémunération différente selon les dispositions de l'annexe XII de l'entente générale.

AVIS **:** *Sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), inscrire le mode de rémunération du tarif horaire* ***TH*** *et le code de d'activité* ***074271*** *Activités médico-administratives du chef de département hors région 17*.

3. Cette rémunération est sujette aux dispositions de l'article 5.3 de l'annexe IX. Elle n'est pas comptabilisée pour la détermination de la pratique principale décrite à l'annexe XII, tant pour la pratique en région désignée que pour la pratique totale, ni pour les fins de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

4. Chaque établissement transmet à la Régie le nom du médecin qui peut se prévaloir des dispositions du présent accord.

AVIS **:** *L'établissement principal (01603, 07523) doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* ***en version papier*** *pour le médecin chef de département clinique de médecine générale et, le cas échéant, pour celui qui l'assiste, sur lequel il doit :*
- sélectionner la situation d'entente Accord nº 719*;*
- choisir le mode de rémunération Tarif horaire*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5. Cet accord entre en vigueur le 1er juin 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28 mai 2015.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 720

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la réserve de Manawan.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services médicaux rendus sur place à la communauté Atikamekw, le Centre de services de santé Masko-Siwin, situé sur la réserve de Manawan, est réputé être un CLSC. Le médecin qui y exerce est rémunéré selon les modes de rémunération accessibles dans un tel milieu et est régi par les règles qui s'y appliquent concernant la possibilité de modifier le choix de mode de rémunération.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes.*

Inscrire le numéro d'établissement ***81075*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*

- *-* ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- *-* ***002030*** *Services cliniques*
- *-* ***002031*** *Étude de dossiers*
- *-* ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- *-* ***002037*** *Planification - Programmation - Évaluation*
- *-* ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- *-* ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- *-* ***002063*** *Garde sur place*
- *-* ***002071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- *-* ***002079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- *-* ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- *-* ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les secteurs de dispensation à utiliser.

2 Le médecin a le droit de se prévaloir des dispositions relatives au temps de déplacement prévu au paragraphe 30.06 de l'Entente générale lorsqu'il se déplace pour dispenser des services à la réserve Manawan. Le temps de déplacement est compté à partir de l'UMF du Centre hospitalier régional de Lanaudière.

AVIS **:** *Utiliser la facture de frais de déplacement.*
Voir la section Frais de déplacement *du* Guide de facturation - Rémunération à l'acte.
Seul le temps de déplacement est accepté.

3 Le temps de déplacement visé aux présentes est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX.

4 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin doit détenir un avis de nomination du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

5. Le présent accord remplace l'Accord n° 716. Il entre en vigueur le 1er janvier 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 721

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la clinique externe du Centre de services de Rivière-Rouge.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En sus de toute autre disposition applicable, certaines modalités de rémunération s'appliquent au médecin lorsqu'il exerce dans le cadre des activités du GMF de la Rouge à la clinique externe du Centre de services de Rivière-Rouge du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. Ce sont les suivantes:

- les dispositions de l'Entente particulière de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle applicables en CLSC s'y appliquent;
- les modalités de l'Annexe XX s'y appliquent comme s'il s'agissait d'un CLSC;
- le mode de rémunération à l'acte applicable en CLSC s'y applique.

AVIS **:** *Pour les services rendus dans le cadre des activités du GMF, utiliser :*

- *les codes de facturation applicables en CLSC;*
- *le secteur d'activité* **Clinique externe***;*
- *l'élément de contexte* **Service exercé dans le cadre des activités du GMF de la Rouge**.

2. Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2016 et se termine le 30 juin 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 722

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la clinique externe du Centre hospitalier Kateri Memorial.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La clinique externe du Centre hospitalier Kateri Memorial rattaché au Conseil des Mohawks de Kanawake est réputée être un CLSC pour les fins de la rémunération des médecins qui y exercent. Deux secteurs d'activités y sont reconnus, soit celui des services courants et celui du maintien à domicile.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation applicables en CLSC et indiquer le secteur d'activité* **Clinique externe**.

2. Les médecins qui exercent dans l'un ou l'autre de ces deux secteurs peuvent se prévaloir de l'ensemble des modes de rémunération accessibles en CLSC, sous réserve des contraintes existantes. Les modalités de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle applicables en CLSC y trouvent application. Les modalités de l'Annexe XX applicables en CLSC s'appliquent aussi à ces activités.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à* ***tarif horaire****, utiliser les codes d'activité suivants en remplaçant les* ***X*** *par les chiffres appropriés, selon la situation :*

Dans un CLSC = ***002XXX***

Dans le programme Toxicomanie = ***263XXX***

Dans le programme Itinérance = ***264XXX***

Dans le programme Médecine de rue = ***275XXX***

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*

- *-* ***XXX030*** *Services cliniques*
- *-* ***XXX031*** *Étude de dossiers*
- *-* ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- *-* ***XXX037*** *Planification - Programmation - Évaluation*
- *-* ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- *-* ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- *-* ***XXX063*** *Garde sur place*
- *-* ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- *-* ***XXX079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- *-* ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- *-* ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
-

Programme Centre antipoison

- *-* ***089030*** *Services cliniques*
- *-* ***089067*** *Expertise conseil, information et coordination*

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

3. Le médecin qui exerce au sein du milieu visé immédiatement avant le 1er juin 2016, peut exercer son choix en regard du mode de rémunération mixte ou du tarif horaire durant les trois premiers mois d'application du présent accord, malgré les restrictions énoncées au premier alinéa du paragraphe 1.02 de l'Annexe XXIII et au paragraphe 3.02 de l'Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de service communautaires.

4. Le présent accord remplace les Accords nos 400 et 506. Il entre en vigueur le 1er juin 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 22e jour de juin 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 724

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la réserve de Wemotaci.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

1.01 Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services médicaux rendus sur place à la communauté Atikamekw de la réserve de Wemotaci, le Centre de santé Wemotaci, sous la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec, est réputé être un CLSC.
1.02 Le médecin qui y exerce est rémunéré selon les modes de rémunération accessibles dans un tel milieu et est régi par les règles qui s'y appliquent concernant la possibilité de modifier le choix de mode de rémunération.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Inscrire le numéro d'établissement ***81105*** *et l'information appropriée :*

Nature de service

- *-* ***002XXX*** *Serv. méd. en centre (établ.)*
- *-* ***263XXX*** *Programme de toxicomanie*
- *-* ***264XXX*** *Programme d'itinérance*

Emploi de temps

- *-* ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- *-* ***XXX030*** *Services cliniques*
- *-* ***XXX031*** *Étude de dossiers*
- *-* ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- *-* ***XXX037*** *Planification - Programmation - Évaluation*
- *-* ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- *-* ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- *-* ***XXX063*** *Garde sur place*
- *-* ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- *-* ***XXX079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- *-* ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- *-* ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
-

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les secteurs de dispensation à préciser.

1.03 Les modalités de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* et les majorations de l'annexe XX prévues en CLSC, y trouvent application.

2.00 TEMPS DE DÉPLACEMENT

2.01 Les médecins qui dispensent des services médicaux au Centre de santé Wemotaci ont droit de se prévaloir des modalités de rémunération prévues à l'article 2.00 du présent accord pour le temps de déplacement de leur lieu principal de pratique dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec jusqu'au Centre de santé Wemotaci.

2.02 Le temps de déplacement est payé selon le mode du tarif horaire au taux régulier tel que prévu à l'annexe XIV de l'Entente.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à l'acte, selon le mode mixte, à honoraires fixes ou à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- le numéro de l'installation désignée de la région visée dans le champ Numéro*;*

- la journée du déplacement dans le champ Quantième*;*

*- **TH** dans le champ* Mode de rémunération*;*

- la ou les plages horaires concernées dans le champ Plage horaire*;*

*- **002092** dans le champ* Code d'activité*;*

- ne rien inscrire dans le champ Secteur disp.*;*

- le nombre d'heures de déplacement dans le champ Heures travaillées*;*

- le total des heures de déplacement dans le champ Total des heures travaillées.

La demande de paiement doit être signée par le médecin et par le représentant autorisé de l'installation.

2.03 La rémunération versée pour le temps de déplacement n'est pas comptabilisée aux fins de l'application du paragraphe 5.00 de l'annexe XIV, ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués, ni comptabilisée aux fins de l'application de l'annexe IX. Elle ne bénéficie pas de la majoration prévue à l'annexe XII et à l'annexe XX de l'Entente.

2.04 Une banque de sept cent vingt-huit (728) heures est allouée par année civile pour rémunérer le temps de déplacement des médecins visés par cet accord.
Pour la période du 1er juillet au 31 décembre 2016, les heures réclamées pour le temps de déplacement, depuis le 1er janvier 2016, seront tenues en compte dans le cumul de la banque annuelle 2016.

2.05 Le temps de déplacement est rémunéré jusqu'à un maximum de huit (8) heures (aller-retour) par déplacement.

3.00 NOMINATION

3.01 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin doit détenir un avis de nomination du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

AVIS **:** *Le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* ***en version papier*** *pour chaque médecin exerçant au Centre de santé Wemotaci (81105) sur lequel il doit :*

- inscrire la situation d'entente Accord n° 724;

- cocher le mode de rémunération choisi par le médecin;

- préciser la période couverte par l'avis de service.

Lorsque le médecin veut se prévaloir du temps de déplacement payé à tarif horaire, préciser sur l'avis de service « + temps de déplacement ».

Lorsque le médecin veut se prévaloir d'un ou de plusieurs programmes prévus aux paragraphes 3.05 et 3.06 de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC pour cette situation d'entente, cocher le ou les champs appropriés à la section 3 du formulaire.

3.02 Un médecin qui dispense sur place, des services médicaux au Centre de santé Wemotaci et dont la pratique principale se situe dans une autre région peut, sur autorisation du comité paritaire, se prévaloir des dispositions du présent accord.

4.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 Le présent accord remplace l'Accord n° 713. Il entre en vigueur le 1er juillet 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26e jour de juillet 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 725

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la Maison Bleue : Milieu de vie préventif à l'enfance.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que La Maison Bleue : Milieu de vie préventif à l'enfance est un organisme sans but lucratif qui a comme mission d'offrir des services aux femmes enceintes ainsi qu'à leurs jeunes enfants et leurs familles vivant dans un contexte de grande vulnérabilité;
CONSIDÉRANT que La Maison Bleue : Milieu de vie préventif à l'enfance est reconnue comme un site du GMF-U Maisonneuve-Rosemont;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui détient une nomination au GMF-U Maisonneuve-Rosemont du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal peut, à partir de sa nomination, être rémunéré pour les services médicaux rendus à la Maison Bleue : Milieu de vie préventif à l'enfance.
2. Aux fins de l'application des dispositions de l'entente générale, incluant celles de l'entente particulière relative aux services de médecin de famille de prise en charge et suivi de la clientèle, cet organisme est réputé être un point de service situé en CH du GMF-U Maisonneuve-Rosemont. La rémunération applicable est celle accessible dans un tel milieu.

AVIS **:** *Pour les patients inscrits en GMF ou hors GMF suivis à La Maison Bleue, utiliser le numéro d'établissement **48441** comme lieu de suivi.*

Le médecin qui y exerce peut exercer le choix de rémunération accessible dans un GMF-U. Ce choix est géré distinctement de celui exercé dans une autre installation de l'établissement où il est nommé.

AVIS **:** *Pour chaque médecin exerçant à La Maison Bleue : Milieu de vie préventif à l'enfance (48441), l'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Accord n° 725*;*
- *le mode de rémunération choisi par le médecin et inscrire le nombre d'heures, s'il y a lieu.*

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Inscrire le numéro d'établissement ***48441*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*
051015 *Examens relatifs à l'hépatite C*
051027 *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*
051028 *Gestion administrative spécifique du GMF-U*
051030 *Services cliniques*
051031 *Étude de dossiers*
051032 *Rencontres multidisciplinaires*
051043 *Tâches médico-administratives et hospitalières*
051068 *Encadrement clinique et pédagogique*
051069 *Activité de supervision*
Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.
Formation continue
Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*
- le code de congé ***17;***
- ***1.00*** *ou* ***0.50*** *dans le champ* Durée (jours)*;*
- le code d'activité ***051133*** *Demi-journée de formation continue (TH seulement) ou* ***051134*** *Journée complète de formation continue (TH seulement).*

3. Sans limiter la portée générale de l'article 2 des présentes, les honoraires des services rendus à la Maison Bleue : Milieu de vie préventif à l'enfance sont sujets à l'application de l'article 5.3 de l'annexe IX.

4. Le CIUSSS de l'Est-de-l' Île-de-Montréal informe la Régie de la nomination du médecin omnipraticien qui y exerce et du mode de rémunération choisi par le médecin.

5. Le présent accord entre en vigueur le 27 février 2017 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 1er jour de mars 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 726

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, concernant les frais de déplacement et le temps de déplacement du Dr Marcel Éthier (72-635) pour effectuer des visites à domicile auprès des habitants de L'Isle-aux-Coudres.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que Dr Marcel Éthier exerçait à L'Isle-aux-Coudres jusqu'à la fin juin 2017 et qu'aucun médecin n'accepte de prendre charge de sa clientèle;

CONSIDÉRANT que la clientèle qu'il suivait à domicile nécessite des soins et peut difficilement se déplacer pour les obtenir;

CONSIDÉRANT que Dr Marcel Éthier accepte de se rendre à L'Isle-aux-Coudres une fois par semaine pour effectuer, auprès de cette clientèle, les visites à domicile requises, du moins le temps qu'un remplaçant prenne charge des habitants de L'Isle-aux-Coudres.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un maximum d'une fois par semaine lorsqu'il effectue des visites à domicile auprès d'habitants de l'Isle-au-Coudre, le Dr Marcel Éthier peut se prévaloir de la compensation prévue au paragraphe 30.05 de l'Entente générale pour l'utilisation de son automobile personnelle pour effectuer le trajet entre son domicile et les domiciles de patients de L'Isle-aux-Coudres auprès desquels il effectue des visites à domicile.

AVIS **:** *Utiliser une facture de frais de déplacement pour l'aller et une autre pour le retour.*

*Pour **l'aller**, inscrire le code de facturation **09991** et le nombre de kilomètres effectués à partir du domicile du médecin jusqu'au domicile du **dernier patient vu** dans le champ* Nombre de kilomètres à l'aller.

La compensation pour le temps de déplacement afférent doit être demandée sur cette même facture.Voir l'article 2 du présent accord.

*Pour **le retour**, inscrire le code de facturation **09991** et le nombre de kilomètres effectués à partir du domicile du **dernier patient vu** jusqu'au domicile du médecin dans le champ* Nombre de kilomètres à l'aller*, même s'il s'agit du retour.*

La compensation pour le temps de déplacement afférent doit être demandée sur cette même facture. Voir l'article 2 du présent accord.

*La compensation pour les frais de déplacement pour l'aller et le retour de l'Isle-aux-Coudres peut être facturée **une seule fois par semaine** du dimanche au samedi.*

2. À la même occasion, il peut se prévaloir de la compensation pour son temps de déplacement selon les règles énoncées aux paragraphes 30.05 et 30.06 de l'Entente générale.

AVIS **:** *Continuer de remplir la facture de frais de déplacement pour l'indemnité de kilométrage afférente pour l'aller et pour le retour.Voir l'article 1 du présent accord.*

Pour ***l'aller****, utiliser le code de facturation* ***09992*** *et inscrire :*

- sur la deuxième ligne, le temps de déplacement en automobile à partir du domicile du médecin jusqu'au traversier de l'Isle-aux-Coudres dans le champ Nombre de kilomètres à l'aller*;*

- sur la troisième ligne, le temps d'attente et la durée de la traversée en bateau.

La compensation pour le temps de déplacement doit être demandée sur la même facture que l'indemnité de kilométrage afférente.

Pour ***le retour****, utiliser le code de facturation* ***09992*** *et inscrire :*

- sur la deuxième ligne, le temps de déplacement en automobile de la sortie du traversier jusqu'au domicile du médecin dans le champ Nombre de kilomètres à l'aller *même s'il s'agit du retour;*

- sur la troisième ligne, le temps d'attente et la durée de la traversée en bateau.

La compensation pour le temps de déplacement doit être demandée sur la même facture que l'indemnité de kilométrage afférente.

Voir la section Frais de déplacement *du* Guide de facturation - Rémunération à l'acte.

3. Le présent accord prend effet le 4 juillet 2017 et se termine le 1er juillet 2018. Au besoin, il peut être reconduit par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23e jour d'août 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédérations des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 727

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées dans le cadre du projet de télésanté entre le Groupe de médecine de famille Universitaire Saint-Charles-Borromée (GMF-U) du CISSS de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan
CONSIDÉRANT que le CISSS 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 comprennent, notamment, des services de santé courants dispensés par des médecins omnipraticiens du GMF-U de l'établissement;
CONSIDÉRANT que l'entente de télésanté est complémentaire à la prestation de services médicaux sur place assumée par les médecins du GMF-U de Saint-Charles-Borromée à la communauté Atikamekw de Manawan au Centre de santé Masko-Siwin;
CONSIDÉRANT la volonté ministérielle d'accroître l'utilisation de la télésanté dans l'offre de services du réseau de la santé à la population du Québec;
CONSIDÉRANT que les modalités de rémunération doivent être adaptées à ce projet;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin du GMF-U de Saint-Charles-Borromée se prévaut des dispositions du présent Accord lorsqu'il dispense des services médicaux à distance, par l'intermédiaire de la visioconférence, à une clientèle ambulatoire avec mobilité réduite, à la clientèle âgée et lors de toute urgence mineure en accès adapté. Le médecin doit tenir compte des limites de cette technologie de communication dans la sélection des patients qu'il accepte de traiter par l'intermédiaire de la télésanté.
2. Le médecin du GMF-U de Saint-Charles Borromée a droit aux modalités du présent Accord à la condition que le personnel professionnel clinique du Centre de Santé Masko-Siwin soit présent sur place de façon à participer à l'évaluation de chaque patient et que le médecin a des échanges, lors de la téléconsultation, avec chaque patient en cause.
3. Le médecin du GMF-U de Saint-Charles-Borromée qui, au cours d'une demi-journée, prodigue des soins dans le cadre de l'Entente de télésanté conclue entre le CISSS de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan est rémunéré, sans égard à la rémunération qui lui est applicable dans ce milieu, selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire.

AVIS **:** *Indiquer :*

- le code d'activité **277297** *Télésanté – Consultations et examens Centre Masko-Siwin*;

- le numéro d'installation **48321**.

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour connaître les secteurs de dispensation à utiliser.

AVIS **:** *L'installation doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897)* ou Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

4. En plus des dispositions prévues aux articles précédents, le médecin peut aussi se prévaloir des modalités suivantes lorsqu'il évalue ou traite en téléconsultation un patient inscrit auprès d'un médecin du GMF-U :

- Un forfait de responsabilité pour chaque patient vulnérable, selon les modalités du paragraphe 6.02 B) ou 6.02 C) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.
- Un forfait de prise en charge et de suivi selon les modalités du premier paragraphe de l'Annexe V de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF)*.

AVIS **:** *Pour les forfaits codifiés* ***08875*** *et* ***15169*** *dans le cadre de cet accord, utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé en vertu de l'Accord 727**.

5. De plus, chaque évaluation ou traitement effectué en téléconsultation est comptabilisée aux fins du calcul du taux d'assiduité des médecins du GMF-U et ces visites sont retenues pour les fins des paragraphes 4.05 et 6.01 D) de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.
6. La rémunération des services médicaux visés aux présentes est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX.
7. Les services sont réputés être dispensés au sein du GMF-U de Saint-Charles-Borromée.
8. Les modalités de rémunération prévue aux articles précédents sont exclusives.
9. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mars 2018.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour d'avril 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 728

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées au *Onentokon Healing Lodge* (Centre de réadaptation pour toxicomanes).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités de rémunération

1.01 *L'Onentokon Healing Lodge* est réputé, pour les fins de la rémunération du médecin qui y dispense les services médicaux aux patients admis, être un centre de réadaptation pour toxicomanes.

1.02 Le médecin qui y exerce est rémunéré selon le mode du tarif horaire pour l'ensemble des services dispensés à l'*Onentokon Healing Lodge*. Une prime de responsabilité s'ajoute sur ces activités, soit celle décrite au paragraphe 4.01 a) de l'Annexe XXII de l'Entente générale.

AVIS **:** *Utiliser :*

- *le numéro d'installation **19003** (Onentokon Healing Lodge);*
- *la nature de service **278XXX** Toxicomanie – Centre de réadaptation;*
- *l'emploi de temps approprié :*

XXX015 *Examens relatifs à l'hépatite C*

XXX030 *Services cliniques*

XXX031 *Étude de dossiers*

XXX032 *Rencontres multidisciplinaires*

XXX037 *Planification – Programmation – Évaluation*

XXX043 *Tâches médico-administratives et hospitalières*

XXX055 *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

XXX063 *Garde sur place*

XXX071 *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures*

XXX098 *Services de santé durant le délai de carence*

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

1.03 La banque d'heures maximale allouée pour l'ensemble des médecins qui se prévalent de l'article précédent est de trois cents (300) heures par année.

2.00 Nomination

2.01 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin doit être désigné par le comité paritaire.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent entre en vigueur le 1er janvier 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour d'avril 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 729

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les délais d'application de modifications à la définition du problème de santé trouble de déficit de l'attention introduites le cadre de l'Amendement n° 156

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que les parties ont introduit dans le cadre de de l'Amendement n° 156 des modifications aux codes et catégories de problèmes de santé prévues à *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* et qu'en ce qui concerne, le code associé aux troubles de déficit de l'attention (code de vulnérabilité 15) une des modifications apportées faisait en sorte que la Régie devait fermer ce code au dossier d'un patient âgé de dix-huit (18) ans ou plus, et ce, rétroactivement au 30 juin 2017;

CONSIDÉRANT que la Régie a été dans l'impossibilité d'aviser les médecins avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications et dès lors, compte tenu de cette situation exceptionnelle, il y a lieu de pourvoir au remboursement des médecins ayant fait l'objet d'une récupération suite à la facturation de ce service (code de vulnérabilité 15) durant la période comprise entre le 1er juillet 2017 et le 15 septembre 2017;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sur une base exceptionnelle, verser pour chaque médecin visé la somme récupérée par la Régie rétroactivement au 30 juin 2017 et qui est liée à la fermeture par la Régie du code de vulnérabilité 15 inscrit au dossier d'un patient âgé de dix-huit (18) ans ou plus.

2. Aux fins de l'application des dispositions de l'article 1 du présent accord, le Ministère transmettra à la Régie la liste des médecins concernés ainsi que le montant à verser à chacun des médecins identifiés dans cette liste.

3. Le présent accord prend effet le 1er juin 2018.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de juin 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 730

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant certaines modalités d'application pour les services en santé publique rendus à distance du Dr Margaret Odell (95-433)

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que le Dr Odell détient une nomination auprès du Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie James en santé publique et conformément aux dispositions de l'Entente et qu'elle est dûment autorisée par le comité paritaire, depuis le 1er avril 2017, à effectuer à distance une partie des services visés par sa nomination.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions de l'Entente relatives aux modalités de transmission à la Régie d'un avis de service, en lien avec l'autorisation du comité paritaire permettant au Dr Margaret Odell (95-433) de rendre à distance une partie des services visés par la nomination qu'elle détient auprès du Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie James en santé publique, le présent accord remplace l'avis de service autrement requis par l'établissement.

2. Le présent accord prend effet le 1er avril 2017 et il prend fin, sur avis du comité paritaire.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de juin 2018.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 731

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la Clinique médicale mobile dans le cadre du sommet du G7.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que les parties négociantes MSSS-FMOQ ont convenu de supporter la mise en place du plan de déploiement associé au sommet du G7 sous la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale;

CONSIDÉRANT que la présence d'un médecin a été nécessaire pour couvrir la dispensation des soins 24/7 le 7, 8 et le 9 juin 2018 à la Clinique médicale mobile;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités de rémunération

1.01 Le médecin qui dispense des services médicaux rendus sur place à la Clinique médicale mobile au sommet du G7 est rémunéré de façon exclusive, selon le tarif horaire de 95,12 $.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire* :

*- le code d'activité **283299** Clinique médicale mobile – Services cliniques Sommet G7;*
*- le numéro du CIUSSS de la Capitale-Nationale **94402**.*

1.02 Aucune majoration prévue à l'entente générale ou à une entente particulière ne s'applique à la rémunération versée en vertu du présent accord.

1.03 Le médecin qui réclame le paiement de ce montant horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette période.

2.00 Nomination

2.01 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin doit être autorisé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les parties avisent la Régie du nom des médecins qui peuvent se prévaloir de la rémunération prévue par le présent accord.

2.02 Le présent accord tient lieu de nomination autorisant la rémunération à tarif horaire.

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent accord est en vigueur le 7 juin et se termine le 10 juin 2018.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 6e jour de novembre 2018.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 733

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins omnipraticiens en collaboration avec une infirmière praticienne spécialisée (IPS) à l'emploi du CIUSSS de la Capitale-Nationale et intégrée dans le site de la Coopérative de solidarité SABSA.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que l'intégration d'une IPS doit se faire dans le cadre d'une entente de collaboration convenue entre l'IPS et un ou des médecins collaborateurs;

CONSIDÉRANT que l'IPS qui travaille à la Coopérative de solidarité SABSA (SABSA) est une employée du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (le CIUSSS) dont les services professionnels sont offerts à SABSA;

CONSIDÉRANT que l'intégration de l'IPS à SABSA a pour objet d'offrir des soins de première ligne à une clientèle vulnérable et que SABSA met de l'avant un modèle de dispensation de services unique qui diffèrent du modèle d'intégration des IPS au Québec et rend impossible l'application de la Lettre d'entente n° 389;

CONSIDÉRANT que le présent accord vise une situation d'exception et qu'il ne saurait constituer un précédent quant aux modalités de collaboration entre médecins de famille et IPS dans l'avenir;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins exclusivement de la rémunération des activités du médecin décrites au premier alinéa et second alinéa du paragraphe 1.04 de la Lettre d'entente n° 389, le médecin collaborateur de l'IPS visée par le présent accord peut adhérer à cette lettre d'entente et ce, selon les conditions du présent accord.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre de l'Accord 733**.

2. Le médecin peut se prévaloir, pour ses activités de collaboration professionnelles avec l'IPS visée par le présent accord, des dispositions du paragraphe 1.04 de la Lettre d'entente n° 389 et ce, selon son lieu habituel de pratique.

AVIS : *Utiliser :*

*- le code de facturation **42271** en cabinet;*

*- le code de facturation **42272** en CLSC ou en GMF-U pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;*

*- le code de facturation **42273** en CLSC ou en GMF-U pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte.*

Pour chacun de ces codes, utiliser une seule ligne de facture par mois et indiquer le nombre de forfaits.

Pour la facturation des forfaits liés à la collaboration professionnelle de l'IPS et à la surveillance générale des activités médicales de la CIPS, inscrire le numéro de l'IPS ou de la CIPS attribué par la RAMQ (81XXXX) dans la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

***Dans un CLSC du réseau de garde intégré**, le forfait à l'acte peut être demandé seulement si le médecin détient une nomination à l'acte pour l'ensemble de ses activités au sein du CLSC, soit à l'extérieur du service d'urgence.*

3. Malgré les dispositions du paragraphe 1.04 b) de la Lettre d'entente n° 389 le comité paritaire détermine le nombre de forfaits alloué au médecin collaborateur de l'IPS en fonction des critères qu'il établit. Il est toutefois entendu que le nombre de forfaits alloués à l'ensemble des médecins partenaires ne peut excéder ce qui est prévu à l'entente. Les dispositions des paragraphes 1.02, 1.03, 1.04, 1.05 et 4.01 de la Lettre d'entente n° 389 s'appliquent également en faisant les adaptations nécessaires.

AVIS **:** *Pour adhérer à l'*Accord n° 733*, le médecin doit s'adresser au comité paritaire.*

4. Le CIUSSS fait parvenir au comité paritaire la liste des médecins collaborateurs de l'IPS de SABSA ainsi que le nombre d'heures de travail de l'IPS.

5. Le Comité paritaire avise la Régie du nom des médecins collaborateurs autorisés à se prévaloir des dispositions du paragraphe 1.04 a) de la Lettre d'entente n° 389 en vertu du présent accord ainsi que du nombre de forfaits octroyés à l'ensemble des médecins collaborateurs.

6. Le présent accord est en vigueur le 1er janvier 2019 et il prend fin, sur avis du comité paritaire.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____ jour de_____2019.

DANIELLE MCCANN	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 734

Entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de certains services lors de la garde sur place à l'urgence de l'installation de la Minganie du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que l'installation de la Minganie ne compte que trois médecins qui participent à la garde sur place à l'urgence et que les effectifs de la région souffrent d'une pénurie importante;

CONSIDÉRANT que la proportion de quarts devant être couverts par le dépannage est disproportionnée par rapport aux effectifs en place;

CONSIDÉRANT que l'installation de la Minganie pourrait être désignée à la Lettre d'entente n° 132 pour la période du 1er septembre au 30 novembre 2019;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Durant la période visée, un médecin dépanneur ne détenant pas de privilèges d'un établissement au sein de la région de la Côte-Nord qui rencontre les conditions décrites peut se prévaloir des avantages prévus au présent accord.

2.00 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin doit :

- s'engager auprès de l'établissement à effectuer au moins deux (2) quarts de garde sur place couvrant un minimum de vingt-quatre (24) heures de garde sur place à l'urgence durant la période et durant les quarts particulièrement à risques de rupture de couverture identifiés par l'installation durant la période visée et,
- transmettre l'engagement à l'établissement avant le début de la période visée.

3.00 Un maximum de trente-quatre (34) quarts de douze (12) heures peut faire l'objet de l'engagement par l'ensemble des médecins admissibles durant la période visée et ainsi bénéficier des modalités décrites au présent accord.

4.00 Dans la mesure où il respecte l'engagement spécifié au paragraphe 3.00 ci-dessus, la rémunération du médecin pour les services dispensés sur place au service d'urgence est majorée de 15 % durant les quarts visés par son engagement. Cette majoration est versée que l'établissement adhère ou non à la Lettre d'entente n° 132 durant la période en cause et qu'il y ait ou non rupture de service durant la période en cause.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***
Inscrire le numéro d'établissement ***02637*** *(installation de la Minganie).*

Médecin désigné à l'**Accord n° 734**
Utiliser le code d'activité suivant :
- ***009304*** *Service rendu sur place Acc. 734*
Pour les services rendus en dehors des quarts de garde visés
*par l'engagement à l'*Accord n° 734*, voir les instructions relatives au mécanisme de dépannage de l'EP 1 – Grand Nord.*

Médecin désigné à la fois à l'**Accord n° 734** ***et à la*** **Lettre d'entente n° 132**
Utiliser le code d'activité suivant :
- ***009305*** *Service rendu sur place Acc. 734/LE 132*
*Pour les services rendus en dehors des quarts de garde visés par l'engagement à l'*Accord n° 734*, voir les instructions de la* Lettre d'entente n° 132.

Pour la majoration prévue à l'article 4.00, utiliser les secteurs de dispensation selon les plages horaires suivantes :

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation****
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	*41*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*40*
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*38*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*39*
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	*37*

5.00 Lorsque le médecin exerce plus que le nombre de quarts de son engagement durant la période visée, la majoration est appliquée aux quarts spécifiques visés par son engagement dans le milieu durant la période visée.

6.00 Advenant que le médecin ne respecte pas son engagement durant la période, il perd le bénéfice de la majoration associée.

7.00 Advenant que l'installation soit désignée à la Lettre d'entente n° 132 durant la période en cause, le fait qu'un médecin soit visé par le présent accord ne l'empêche pas de faire partie du groupe s'engageant à couvrir l'ensemble des quarts de garde au service d'urgence, en autant qu'il en respecte les exigences et, selon les conditions d'application de cette lettre d'entente, de se prévaloir de ses avantages, y compris pour des quarts visés par son engagement au présent accord.

8.00 L'installation informe le comité paritaire de l'engagement de chaque médecin visé par le présent accord et des dates des quarts que le médecin s'engage à assurer, de même que du non-respect de l'engagement d'un médecin, le cas échéant.

9.00 Le comité paritaire transmet à la Régie le nom des médecins visés par le présent accord, de même que les dates des quarts visés par l'engagement. Advenant le non-respect de l'engagement du médecin, le comité en informe la Régie.

10.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2019 et prend fin le 1er décembre 2019.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____ jour de _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 735

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du Dre Nancy Murphy pour certaines activités professionnelles accomplies auprès du Centre antipoison du Québec (CAPQ) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

1.01 Cet accord porte sur les modalités de rémunération applicables au Dre Nancy Murphy pour ses activités accomplies dans le cadre de la prise en charge au CAPQ de la couverture provinciale des activités en toxicologie au cours d'une journée donnée.

1.02 Les modalités de rémunération prévues au présent accord prévalent sur celles prévues à l'Entente pour les activités professionnelles rémunérées dans le cadre du présent accord.

2.00 RÉMUNÉRATION

2.01 Les activités professionnelles rémunérées par le présent accord englobent exclusivement la prise en charge, par le Dre Nancy Murphy, de la couverture provinciale des activités en toxicologie au cours d'une journée incluant les activités afférentes à cette prise en charge.

2.02 Les activités visées au paragraphe 2.01 sont rémunérées sur une base forfaitaire. Le montant forfaitaire est de 406,65 $ pour une prise en charge de 12 heures du lundi au dimanche.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Pour le Centre antipoison du Québec, indiquer le numéro d'établissement ***94519****.*
Cocher la plage horaire correspondant à celle où la prise en charge débute et inscrire :
- **TH** *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- **078124** *dans le champ* Code d'activité*;*
- **12** *dans le champ* Heures travaillées.

Préciser ***l'heure à laquelle la prise en charge débute*** *dans la section* **Renseignements complémentaires**.

2.03 La rémunération prévue au présent accord s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée. Dre Nancy Murphy ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie durant cette période.

2.04 La rémunération versée en vertu du présent accord est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente.

3.00 AUTRE DISPOSITION

3.01 Le présent accord tient lieu de nomination et remplace l'avis de service autrement requis par l'établissement.

4.01 ENTRÉE EN VIGUEUR

4.02 Le présent accord entre en vigueur le 1er novembre 2018 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce___ jour de _____2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 736

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées au Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités de rémunération

1.01 Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services médicaux rendus sur place à la communauté Hurons-Wendat de Wendake, le Centre de santé Marie-Paule-Sioui-Vincent est réputé être un CLSC.

1.02 Le médecin qui y exerce est rémunéré selon les modes de rémunération accessibles dans un tel milieu et est régi par les règles qui s'y appliquent concernant la possibilité de modifier le choix de mode de rémunération.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, voir les instructions de facturation de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.*

1.03 Les modalités de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* et les majorations de l'Annexe XX prévues en CLSC, y trouvent application.

2.00 Nomination

2.01 Les parties avisent la Régie du nom des médecins qui peuvent se prévaloir de la rémunération prévue par le présent accord.

2.02 Le présent accord tient lieu de nomination afin que le médecin puisse se prévaloir des modalités qui y sont prévues.

2.03 Aux fins de l'application de l'article 5.10 de l'Annexe XIV, Section I, le comité paritaire fait office de chef de département de médecine générale, de chef du service médical ou de médecin responsable de l'établissement afin d'autoriser au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu au paragraphe 5.02 de cette même Annexe.

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent accord entre en vigueur le 6 septembre 2019 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 737

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire à la Clinique médicale de Neufchâtel.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée à la Clinique médicale de Neufchâtel pour la période du 1er décembre 2018 au 30 juin 2020 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19980**.*
Inscrire la durée de l'activité.

3. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

4. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

AVIS **:** *Le médecin responsable de la Clinique médicale de Neufchâtel (54119) doit faire parvenir la liste des médecins visés par l'*Accord n° 737 *(nom et numéro de pratique) et préciser pour chacun la période pendant laquelle il participe à ce projet.*

Le médecin responsable doit également informer la RAMQ de toute modification subséquente apportée à cette liste.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

5. Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 2018 et se termine le 30 juin 2020.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2019.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 738

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de certains services lors de la garde sur place à l'urgence de l'installation de la Minganie du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que l'installation de la Minganie ne compte que sur un nombre minimal de médecins qui participent à la garde sur place à l'urgence et que les effectifs de la région souffrent d'une pénurie importante;

CONSIDÉRANT que la proportion de quarts devant être couverts par le dépannage est disproportionnée par rapport aux effectifs en place;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Durant la période visée, un médecin dépanneur ne détenant pas de privilèges d'un établissement au sein de la région de la Côte-Nord qui rencontre les conditions décrites peut se prévaloir des avantages prévus au présent accord.

2.00 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin doit :

-s'engager auprès de l'établissement à effectuer au moins deux (2) quarts de garde sur place couvrant un minimum de
vingt-quatre (24) heures de garde sur place à l'urgence durant la période et,

-transmettre l'engagement à l'établissement avant le début de la période visée.

3.00 Le comité paritaire détermine le nombre maximum de quarts de douze (12) heures qui peuvent faire l'objet d'engagement par l'ensemble des médecins admissibles durant la période visée, médecins qui peuvent ainsi bénéficier des modalités décrites au présent accord.

4.00 Dans la mesure où il respecte l'engagement spécifié au paragraphe 2.00 ci-dessus, la rémunération du médecin pour les services dispensés sur place au service d'urgence est majorée de 15 % durant les quarts visés par son engagement. Cette majoration est versée que l'établissement adhère ou non à la Lettre d'entente n° 132 durant la période en cause et qu'il y ait ou non rupture de service durant la période en cause.

5.00 Lorsque le médecin exerce plus que le nombre de quarts de son engagement durant la période visée, la majoration est appliquée sur les quarts communiqués par l'établissement au comité paritaire et effectués sur place dans le milieu depuis le début de la période visée.

AVIS **:**

Rémunération à tarif horaire

*Inscrire le numéro d'établissement **02637** (installation de la Minganie).*

***Médecin désigné à l'*Accord n° 738**

*Utiliser le code d'activité **009310** Service rendu sur place Acc. 738.*

*Pour les services rendus en dehors des quarts de garde visés par l'engagement à l'*Accord n° 738*, voir les instructions relatives au mécanisme de dépannage de l'EP 1 – Grand Nord.*

***Médecin désigné à la fois à l'*Accord n° 738 *et à la* Lettre d'entente n° 132**

*Utiliser le code d'activité **009311** Service rendu sur place Acc. 738/LE 132.*

*Pour les services rendus en dehors des quarts de garde visés par l'engagement à l'*Accord n° 738*, voir les instructions de la* Lettre d'entente n° 132.

Pour la majoration prévue à l'article 4.00, utiliser les secteurs de dispensation selon les plages horaires suivantes :

Jour	***Heures***	***Secteur dispensation***
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	*41*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*40*
Du lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*38*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*39*
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	*37*

6.00 Advenant que le médecin ne respecte pas son engagement durant la période, il perd le bénéfice de la majoration associée.

7.00 Advenant que l'installation soit désignée à la Lettre d'entente n° 132 durant la période en cause, le fait qu'un médecin soit visé par le présent accord ne l'empêche pas de faire partie du groupe s'engageant à couvrir l'ensemble des quarts de garde au service d'urgence, en autant qu'il en respecte les exigences et, selon les conditions d'application de cette lettre d'entente, de se prévaloir de ses avantages.

8.00 L'installation informe le comité paritaire de l'engagement de chaque médecin visé par le présent accord et du nombre de quarts que le médecin s'engage à assurer, de même que du non-respect de l'engagement d'un médecin, le cas échéant.

9.00 Le comité paritaire transmet à la Régie les périodes d'application du présent accord, ainsi que le nombre de quart maximal visé à l'article 3.00 pour chacune des périodes autorisées par le comité. De plus, il transmet à la Régie le nom des médecins visés par le présent accord, le nombre de quarts visés par l'engagement de chacun et les dates de celles-ci. Advenant le non-respect de l'engagement du médecin, le comité en informe la Régie.

10.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2020 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____ jour de _____2020.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 739 : Abrogée en date du 1er novembre 2024 par l'Amendement no 199

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du médecin omnipraticien en partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que l'intégration de l'IPSSM doit se faire dans le cadre d'une entente de partenariat convenue entre l'IPSSM et un ou des médecins;

CONSIDÉRANT que l'intégration d'une IPSSM dans un cabinet privé, un CLSC ou un GMF-U vise à supporter le médecin de famille et à améliorer l'accessibilité aux services en soins de première ligne;

CONSIDÉRANT que la prise en charge et le suivi d'un patient peuvent être assurés conjointement et en complémentarité par le médecin de famille du cabinet privé, du CLSC ou du GMF-U et par l'IPSSM;

CONSIDÉRANT que le partenariat entre l'IPSSM et le ou les médecins partenaires dans un cabinet privé, un CLSC ou un GMF-U vise des services de prise en charge et de suivi de patient au même titre que le partenariat avec une IPS-SPL tel que prévu à la Lettre d'entente n° 229.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin partenaire d'une IPSSM qui offre des services de première ligne pour les patients pris en charge et de suivi et qui est intégrée en cabinet privé, CLSC ou en GMF-U bénéficie de l'ensemble des modalités de la Lettre d'entente n° 229 s'il respecte les conditions de cette lettre d'entente, et ce, en y faisant les adaptations nécessaires à l'application du présent accord.

AVIS **:** *Pour les forfaits liés à la surveillance générale des activités médicales de l'IPSSM, inscrire le numéro de l'IPSSM attribué par la RAMQ (81XXXX) dans la section* Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux.*

2. Le comité paritaire chargé de l'application de la Lettre d'entente n° 229 désigne dans le cadre du présent accord les milieux admissibles, et ce, en conformité avec les dispositions de la Lettre d'entente n° 229, en y faisant les adaptations nécessaires. De plus, il avise la Régie du nom des médecins partenaires autorisés à se prévaloir des dispositions de l'article 2 de la Lettre d'entente n° 229 en vertu du présent accord ainsi que du nombre de forfaits octroyés à l'ensemble des médecins partenaires.

3. Le présent accord est en vigueur le 1er janvier 2020 et il prend fin, sur avis du comité paritaire.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2020.

DANIELLE MCCANN	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 740

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées au *Centre de réadaptation Wapan* (Centre de réadaptation des dépendances).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités de rémunération

1.01 Le *Centre de réadaptation Wapan* est réputé, pour les fins de la rémunération du médecin qui y dispense les services médicaux aux patients admis, être un centre de réadaptation des dépendances.

1.02 Le médecin qui y exerce est rémunéré selon le mode du tarif horaire pour l'ensemble des services dispensés au *Centre de réadaptation Wapan*. Une prime de responsabilité s'ajoute sur ces activités, soit celle décrite au paragraphe 4.01 a) de l'Annexe XXII de l'Entente générale.

AVIS **:** *Utiliser :*

*- le numéro d'installation **19303** (Centre de réadaptation Wapan);*

*- la nature de service **287XXX** Dépendances – Centre de réadaptation Wapan;*

- l'emploi de temps approprié :

*- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **XXX030** Services cliniques*

*-**XXX032** Rencontres multidisciplinaires – Évaluation*

*-**XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*-**XXX055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*-**XXX063** Garde sur place*

*-**XXX071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures*

*-**XXX080** Participation du médecin de famille (TH seulement)*

*-**XXX098** Services de santé durant le délai de carence*

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

1.03 La banque d'heures maximale allouée pour l'ensemble des médecins qui se prévalent de l'article précédent est de trois cents (300) heures par année.

2.00 Nomination

2.01 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin doit être désigné par le comité paritaire.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* *pour chaque médecin désigné à cet accord.*

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent entre en vigueur le 1er janvier 2020 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2020.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 741

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux services rendus au CLSC du Centre multiservice de santé et de services sociaux Cloutier.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

CONSIDÉRANT que la fermeture de l'urgence du Centre multiservice de santé et de services sociaux Cloutier
(Centre multi Cloutier);

CONSIDÉRANT les besoins de la population de ce secteur d'obtenir une offre de service en première ligne;

CONSIDÉRANT que le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec, de concert avec les médecins du milieu, a ouvert une clinique de proximité pour les besoins urgents et semi-urgents de la population à l'intérieur du Centre multi Cloutier.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Exceptionnellement, la rémunération du médecin qui exerce au sein du Centre multi Cloutier est considérée aux fins de l'application de l'article 16.00 l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

2.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2020 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____ jour de _____2020.

DANIELLE MCCANN
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 742

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la compensation du temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans les secteurs du CLSC Malauze de Matapédia et du CLSC de Pointe-à-la-Croix.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux et les besoins en prise en charge dans les secteurs du CLSC Malauze de Matapédia et du CLSC de Pointe-à-la-Croix;

CONSIDÉRANT la diminution de l'accès à certains services de prises en charge pour ces secteurs durant la période de l'urgence sanitaire;

CONSIDÉRANT que certains médecins se sont portés volontaire pour aller supporter ces deux secteurs de CLSC sans réduire leur offre de service en établissement;

CONSIDÉRANT que la Lettre d'entente n° 285 prévoit qu'un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de cette entente dès lors qu'il pratique dans une installation (exploitée par un établissement) ayant recours au mécanisme de dépannage.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les seuls secteurs du CLSC Malauze de Matapédia et du CLSC de Pointe-à-la-Croix, l'ensemble des modalités de la Lettre d'entente n° 285 s'appliquent telles quelles, à l'exception de la restriction relative au mécanisme de dépannage.

AVIS **:** *Voir la* Lettre d'entente n° 285.

2. Le médecin peut se prévaloir, pour son temps de déplacement, de la rémunération prévue à la Lettre d'entente n° 285. Il est entendu que le médecin doit satisfaire à l'ensemble des autres conditions de la Lettre d'entente afin de se prévaloir de la compensation pour le temps de déplacement.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné. Sur le formulaire accessible par le service en ligne :*
- sélectionner la situation d'entente Lettre d'entente n° 285 - Temps de déplacement*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire les renseignements suivants :*
- sous numéro*, le numéro de l'installation désignée de la région visée;*
- sous quantième*, la journée du déplacement;*
- sous mode de rémunération*, le mode* TH*;*
- sous plage horaire*, la ou les plages horaires concernées;*
- sous code d'activité*, le code 002092 (temps de déplacement);*
- sous secteur disp.*, ne rien inscrire;*
- sous heures travaillées*, le nombre d'heures de déplacement;*
- sous total des heures travaillées*, le total des heures de déplacement.*
La demande de paiement doit être signée par le médecin et par le chef du DRMG ou son représentant.

4. Le Comité paritaire avise la Régie de la banque d'heures octroyée à chacun des CLSC visé par le présent accord, conformément à l'article 5 de la Lettre d'entente n° 285.

5. Le présent accord est en vigueur le 15 juillet 2020 et il prend fin, sur avis du comité paritaire, lorsque les conditions d'accès au présent accord ne seront plus rencontrées.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2020.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 743

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire au CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est de l'Île de Montréal.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (90512).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 743;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée au CLSC Hochelaga-Maisonneuve pour la période du 1er octobre 2020 au 31 juillet 2022 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

3. Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 3.

6. Le présent accord entre en vigueur le 1er octobre 2020 et se termine le 31 juillet 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____ jour de _____2020.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 744

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux services rendus au GMF-U des Maizerets.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

CONSIDÉRANT le transfert des activités du GMF-U des Maizerets vers un cabinet privé;

CONSIDÉRANT de l'importance de l'offre de services médicaux rendues par certains médecins selon les modes de rémunération à tarif horaires et à honoraires fixes;

CONSIDÉRANT que ces modes de rémunération ne sont pas accessibles dans un cabinet privé;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Exceptionnellement, le médecin qui détenait une nomination au CLSC et GMF-U de Maizerets avant le transfert des activités peut, sur désignation du comité paritaire, continuer à se prévaloir de son mode de rémunération antérieur lorsque les activités seront transférées au cabinet du GMF-U des Maizerets.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Inscrire le numéro d'établissement ***83245*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*
051015 *Examens relatifs à l'hépatite C*
051027 *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*
051028 *Gestion administrative spécifique du GMF-U*
051030 *Services cliniques*
051031 *Étude de dossiers*
051032 *Rencontres multidisciplinaires*
051043 *Tâches médico-administratives et hospitalières*
051068 *Encadrement clinique et pédagogique*
051069 *Activité de supervision*
*Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'*annexe XX *pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*
Formation continue
Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*
- le code de congé 17;
- ***1.00*** *ou* ***0.50*** *dans le champ* Durée (jours)*;*
- le code d'activité ***051133*** *Demi-journée de formation continue (TH seulement) ou* ***051134*** *Journée complète de formation continue (TH seulement).*

2.00 Aux fins des dispositions de l'entente générale, les activités rendues par ces médecins au GMF-U des Maizerets sont réputés être dans un point de service CLSC.

AVIS **:** *Lorsqu'il choisi d'être rémunéré à l'acte pour certains services spécifiques, le médecin doit utiliser le numéro d'établissement 83245 et le code de facturation approprié.*

3.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er mars 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce____e jour de 20__.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 745

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la Maison bleue de Verdun : Milieu de vie préventif à l'enfance.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que La Maison Bleue de Verdun : Milieu de vie préventif à l'enfance est un organisme sans but lucratif qui a comme mission d'offrir des services aux femmes enceintes ainsi qu'à leurs jeunes enfants et leurs familles vivant dans un contexte de grande vulnérabilité;

CONSIDÉRANT que La Maison Bleue de Verdun : Milieu de vie préventif à l'enfance est reconnue comme un site du GMF-U de Verdun;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui détient une nomination au groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) de Verdun du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Sud-de l'Île de Montréal peut, à partir de sa nomination, être rémunéré pour les services médicaux rendus à la Maison Bleue de Verdun : Milieu de vie préventif à l'enfance.

2. Aux fins de l'application des dispositions de l'Entente générale et plus spécifiquement, de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle*, cet organisme est réputé être un point de services du CLSC.

AVIS **:** *Utiliser le numéro d'installation **83115** comme lieu de suivi pour les patients inscrits en GMF ou hors GMF suivis à la Maison Bleue de Verdun.*

Le médecin qui y exerce peut effectuer le choix de rémunération accessible dans un CLSC. Ce choix est géré distinctement de celui exercé dans une autre installation de l'établissement où il est nommé.

3. Sans limiter la portée de l'article 2 des présentes, les honoraires des services rendus à la Maison Bleue de Verdun : Milieu de vie préventif à l'enfance sont sujets à l'application de l'article 5.3 de l'Annexe IX.

4. Le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre sud de l'Île de Montréal informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de la nomination du médecin omnipraticien qui y exerce et du mode de rémunération choisi par le médecin.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Pour les services médicaux, sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, sélectionner la situation d'entente Accord n° 745*;*
- pour le médecin rémunéré au mode mixte, sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII *et dans* Informations additionnelles*, sélectionner* Prise en charge et suivi de la clientèle, programme jeunesse en CLSC et IVG;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour les activités d'enseignement, sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, sélectionner la situation d'entente E.P. Médecin enseignant*;*
- pour le médecin rémunéré au mode mixte, sélectionner la situation d'entente Annexe XXIII *et dans* Informations additionnelles*, sélectionner* Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U)*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Pour le mode de rémunération à tarif horaire ou honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Utiliser la nature de service ***002XXX*** *Dans un CLSC avec l'emploi de temps approprié.*

AVIS **:** *Pour la facturation en CLSC au mode de rémunération mixte :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme jeunesse ou au programme d'interruption volontaire de grossesse** *pour identifier le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

AVIS **:** *En GMF-U en établissement pour le mode de rémunération mixte selon l'Annexe XXIII – B2 :*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Groupe de médecine de famille universitaire** *pour indiquer le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

AVIS **:** *En GMF-U en établissement pour le mode de rémunération à tarif horaire ou honoraires fixes selon l'EP 42 – Médecin enseignant :*
Utiliser la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Utiliser la nature de service ***051XXX*** *En GMF-U en établissement avec l'emploi de temps approprié.*

5. Le présent Accord entre en vigueur le 1er septembre 2020 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____ième jour de _____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 746

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à l'implantation, à des fins statistiques, d'un code d'acte facturable par le médecin

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT le désir des parties de comptabiliser le nombre de patients qui ne se présentent pas lors d'une visite prévue dans les milieux de soins de première ligne;

CONSIDÉRANT les récents échanges entre les parties et la Régie;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un code d'acte, dont le tarif associé est fixé à 0 $, est créé et implanté par la Régie, à des fins statistiques exclusivement.

2. Le médecin peut facturer ce code d'acte lorsqu'un patient, inscrit ou non, ne se présente pas à une visite prévue en rendez-vous ou en sans rendez vous dans les milieux de soins de première ligne, et ce, que ce soit en cabinet (GMF ou non), en CLSC ou en GMF-U

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **09956**.*
Inscrire le numéro d'assurance maladie du patient qui ne s'est pas présenté.
Aucun élément de contexte n'est requis.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er avril 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26e jour de mai 2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 747

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec certaines modalités de rémunération des médecins qui exercent leur profession au sein de la Clinique médicale l'Actuel (MTS) et de la Clinique A, Rue McGill Inc.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pendant la période visée à l'article 2 ci-dessous, et en faisant les adaptations nécessaires, les modalités de rémunération prévues à *l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un GMF* s'appliquent au médecin qui exerce sa profession au sein de la Clinique médicale l'Actuel (MTS) et de la Clinique A, Rue McGill Inc.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) pour le médecin rémunéré à honoraires fixes et inscrire selon l'activité* :

- *le jour de l'activité dans le champ* Quantième*;*
- TH *ou* HF *dans le champ* Mode de rémunération;
- *la ou les plages horaires concernées dans le champ* Plage horaire;
- *le code d'activité* **072101** *Activités de fonctionnement en GMF dans le champ* Code d'activité;
- *le nombre d'heures travaillées dans le champ* Heures travaillées;
- *la somme des heures travaillées dans le champ* Total des heures travaillées.

Ne rien inscrire dans le champ Secteur disp.

2. Le présent accord couvre limitativement la période comprise entre le 1er janvier 2020 et le 31 mars 2022.

3. Le présent Accord entre en vigueur le 1er janvier 2020 et prend fin le 31 mars 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ième jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 748

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à la rémunération de certains services professionnels rendus par le Dr Gordon Yee

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, au bénéfice du Dr Gordon Yee, en ce qui a trait à la facturation des services faisant l'objet d'un différend portant sur la réclamation de la Régie à son à son endroit, datée du 14 août 2018, appliquer rétroactivement au 1er juin 2016, les modifications introduites au dernier alinéa du paragraphe 2.2.6 A b) i) du Préambule général, lesquelles entrent en vigueur le 1er août 2021.

2. Les parties confient à la Régie la responsabilité de revoir la facturation visée à l'article 1 qui précède à la lumière des modifications apportées au dernier alinéa du paragraphe 2.2.6 A b) i) du Préambule général de l'Annexe V.

3. Le présent Accord entre en vigueur le 1er juin 2021.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ième jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 749

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait aux modalités de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux de Baie-Saint-Paul durant certaines périodes de fermeture du service d'urgence pendant la période estivale 2021

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.1 Cet accord porte sur les modalités spécifiques de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux de Baie-Saint-Paul (ci-après désigné Hôpital de Baie-Saint-Paul) le lundi au vendredi, les samedi, dimanche et journée fériée, entre 16 h et 24 h et entre 0 h et 8 h durant la période décrite au paragraphe 1.2 ci-dessous.
1.2 Le présent accord couvre la période comprise entre le 28 juin 2021 et le 11 septembre 2021, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.
1.3 Les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* ainsi que celles, le cas échéant, déjà prévues à l'Entente.

2. MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.1 Entre 16 h et 24 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.1.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 5.03 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime A pour les installations du groupe 3.

2.1.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.1.1 un forfait horaire au montant de 54,10 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

2.1.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.1.1 et 2.1.2 ci-dessus est sujet à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujet à l'application de l'Annexe XII-A de l'Entente.

2.1.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.1.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 16 h et 24 h.

2.2 Entre 0 h et 8 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.2.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 1.4 b) du Préambule général.

2.2.2 S'ajoute à la rémunération décrite au sous-paragraphe 2.2.1 un forfait horaire au montant 32,95 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.
2.2.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.2.1 et 2.2.2 ci-dessus est sujet à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujet à l'Annexe XII-A de l'Entente.
2.3.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.
2.3.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 0 h et 8 h.

3. DURÉE DE L'ACCORD

3.1 Le présent accord entre en vigueur le 28 juin 2021 et se termine le 11 septembre 2021, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative. Le cas échéant, les parties avisent la Régie des dates d'application du présent accord.

AVIS **:** *L'accord n° 749 n'a jamais été mis en vigueur.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ième jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 750

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait aux modalités de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence de l'Hôpital de Gatineau durant certaines périodes de fermeture partielle du service d'urgence pendant la période estivale 2021.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur les modalités spécifiques de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence de l'Hôpital de Gatineau, lors des périodes de fermeture partielle, et ce, du lundi au vendredi, les samedi, dimanche et journée fériée, entre 8 h et 20 h, entre 20 h et 24 h et entre 0 h et 8 h durant les périodes décrites au paragraphe 1.2 ci-dessous.
1.2 Le présent accord couvre la période comprise entre le 25 juin 2021 et le 11 septembre 2021, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.
1.3 Le directeur des services professionnels transmet au comité paritaire, à chaque lundi, l'horaire complet de gardes sur place du service d'urgence pour la semaine à venir. L'horaire de gardes sur place transmis au comité paritaire doit préciser les périodes de gardes sur place visées par une fermeture partielle durant la semaine concernée.
Le comité paritaire informe la Régie des périodes de gardes sur place qui font l'objet d'une fermeture partielle au cours d'une semaine.
1.4 Lors des périodes de fermeture partielle du service d'urgence dénoncées à la Régie par le comité paritaire, les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* ainsi que celles, le cas échéant, déjà prévues à l'Entente.

2. MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.1 Entre 8 h et 20 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.1.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis de l'Hôpital de Gatineau sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 6.01 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime B pour les installations du groupe 1.

2.1.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.1.1 un forfait horaire au montant de 119,15 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19453*** *et inscrire :*
- les heures de début et de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait 19453 est facturé le même jour.

2.1.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.1.1 et 2.1.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette à l'application de l'Annexe XII-A de l'Entente.

2.1.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.1.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 8 h et 20 h.

2.2 Entre 20 h et 24 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.2.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis de l'Hôpital de Gatineau sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 6.01 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime B pour les installations du groupe 1.

2.2.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.2.1 un forfait horaire au montant de 97,25 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19454*** *et inscrire :*
- les heures de début et de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait 19454 est facturé le même jour.

2.2.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.2.1 et 2.2.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette à l'application de l'Annexe XII-A de l'Entente.

2.2.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.2.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 20 h et 24 h.

2.3 Entre 0 h et 8 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.3.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis de l'Hôpital de Gatineau sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 1.4 b) du Préambule général.

2.3.2 S'ajoute à la rémunération décrite au sous-paragraphe 2.3.1 un forfait horaire au montant 123,25 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19455*** *et inscrire :*
- les heures de début et de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait 19455 est facturé le même jour.

2.3.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.3.1 et 2.3.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette à l'Annexe XII-A de l'Entente.
2.3.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.
2.3.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 0 h et 8 h.

3. DURÉE DE L'ACCORD

3.1 Le présent accord entre en vigueur le 25 juin 2021 et se termine le 11 septembre 2021, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative. Le cas échéant, les parties avisent la Régie des dates d'application du présent accord.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___e jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 751

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le temps de déplacement du médecin qui dispense des services médicaux à la réserve d'Obedjiwan.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui dispense des services médicaux à la réserve d'Obedjiwan peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues par le présent accord pour son temps de déplacement de son lieu principal de pratique au Saguenay-Lac-Saint-Jean jusqu'à la réserve d'Obedjiwan, laquelle est sous la responsabilité du Centre de santé et services sociaux universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
Un médecin qui dispense des services médicaux à la réserve d'Obedjiwan et dont la pratique principale se situe dans une autre région peut, sur autorisation du Comité paritaire, bénéficier des dispositions du présent accord.

AVIS **:** *Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service- Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin qui exerce dans le cadre de cet accord pour l'installation visée (02523).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Accord no 751. Inscrire la période couverte par l'avis de service.

2. Le temps de déplacement est payé selon le mode du tarif horaire au taux régulier tel que prévu à l'Annexe XIV de l'Entente.

AVIS **:** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacations *(no 1215), en inscrivant le numéro d'établissement 02523 ainsi que les informations suivantes dans leur partie respective.*
*- Sous **quantième** : la journée du déplacement*
*- Sous **mode de rémunération** : le mode TH*
*- Sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées*
*- Sous **code d'activité** : le code 002092 (temps de déplacement)*
*- Sous **secteur de dispensation** : ne rien inscrire*
*- Sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement*
*- Sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement*

La demande de paiement doit être contresignée par le représentant autorisé de l'établissement.

3. La rémunération versée n'est pas comptabilisée aux fins de l'application de l'article 5.00 de l'Annexe XIV de l'Entente, ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués, ni comptabilisée aux fins de l'application de l'annexe IX de l'Entente. Elle ne bénéficie pas de la majoration prévue à l'Annexe XII de l'Entente.

4. Pour chaque année d'application s'échelonnant du 1er janvier au 31 décembre, une banque de trois cent (300) heures est allouée pour rémunérer le temps de déplacement des médecins visés par le présent accord.

5. Le temps de déplacement est rémunéré jusqu'à un maximum de huit (8) heures (aller-retour) par déplacement.

6. Considérant que la garde en disponibilité effectuée au bénéfice de la population de la réserve d'Obedjiwan est rémunérée via l'*Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité* depuis le 4 janvier 2021, l'Accord n° 257 prend fin à compter du 3 janvier 2021.

7. Le présent accord entre en vigueur le 4 janvier 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___e jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 752

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle du Centre de pédiatrie de Montréal-Nord.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que les services rendus dans le Centre de pédiatrie de Montréal-Nord s'apparentent aux services offerts dans un centre de pédiatrie sociale en communauté;

CONSIDÉRANT l'importance des services offerts à la clientèle du Centre de pédiatrie de Montréal-Nord;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui pratique au Centre de pédiatrie de Montréal-Nord est visé par l'ensemble des conditions d'applications de la Lettre d'entente n° 299 et ce, en y faisant les adaptations nécessaires à l'application du présent accord.

2. Le comité paritaire chargé de l'application de la Lettre d'entente n° 299 désigne dans le cadre du présent accord le milieu admissible, et ce, en conformité avec les dispositions de la Lettre d'entente n° 299, en y faisant les adaptations nécessaires. De plus, il avise la Régie du nom des médecins autorisés à se prévaloir des dispositions de l'article 3.00 de la Lettre d'entente n° 299 en vertu du présent accord.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Inscrire :

le code d'activité ***268030*** Services cliniques*;*

le numéro d'établissement ***83365****.*

Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'annexe XX.

Pour la rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement ***83365****.*

3. Le présent accord est en vigueur le 1er juin 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 753

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant certaines modalités et mesures de compensation applicables au médecin qui exerce à l'urgence, dans le cadre de la pénurie de personnel qui sévit actuellement au sein du service d'urgence du Centre de multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que le service d'urgence du Centre de multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier est actuellement confronté à une grave pénurie de personnel, ce qui peut causer une perte de revenu à un médecin qui exerce au service d'urgence et découlant de la fermeture subite et imprévue du service d'urgence durant la nuit ou d'un changement d'assignation pour le quart de jour d'un médecin qui était assigné à l'horaire de garde sur place pour la nuit.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur les modalités spécifiques de compensation pour perte de revenu applicables au médecin qui voit sa rémunération affectée par la fermeture subite du service d'urgence ou d'une modification imprévue des horaires de garde, dus à la pénurie de personnel au service d'urgence du Centre de multiservices de santé et de services sociaux de Port-Cartier.
1.2 Le médecin, dans une telle situation décrite au paragraphe 1.1 qui précède, réclame ses services selon les modalités applicables au milieu et avise le directeur des services professionnels de la situation.
Ce dernier transmet au comité paritaire la documentation pertinente au soutien de la demande du médecin, une description sommaire de la situation du médecin visé ainsi que les horaires des quarts de travail qui ont été modifiés. Cette liste doit comprendre les coordonnés du médecin et les périodes en cause.
Le médecin doit aussi transmettre à la RAMQ une autorisation de divulgation de sa rémunération nominative pour la période visée et les trois années précédentes, question de permettre au comité paritaire d'effectuer ses analyses.
1.3 Le comité paritaire, sur réception des demandes, analyse la situation du médecin en fonction des critères dûment établis entre les parties. Cette analyse prend en compte notamment, les périodes où la garde est modifiée ainsi que la situation spécifique du médecin en cause.
Si le comité constate que la rémunération est effectivement affectée, et sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la Régie du montant à verser au médecin.
1.4 Ce versement n'est pas compté dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin en vertu de l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

2. DURÉE DE L'ACCORD

2.1 Le présent accord entre en vigueur le 3 septembre 2021 et se termine sur avis des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ième jour de_____2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 754

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées dans une Maison Bleue visée par un accord convenu entre les parties

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui offre des services médicaux rendus auprès de la clientèle desservie au sein d'une Maison Bleue visée par un accord convenu entre les parties peut se prévaloir de l'acte d'intervention clinique, et ce, sans limitation à la durée quotidienne maximale prévue au troisième alinéa du sous-paragraphe 2.2.6 B du Préambule général de l'Annexe V de l'Entente.

2. Le comité paritaire désigne les milieux autorisés à se prévaloir des dispositions du présent Accord et en avise la Régie.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 3ième jour de mars 2022

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 755

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait aux modalités de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence de l'hôpital de Lachine durant les périodes de fermeture du service d'urgence ou de la fermeture aux services ambulanciers

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur les modalités spécifiques de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence de l'hôpital de Lachine le lundi au vendredi, les samedi, dimanche et journée fériée, entre 8 h et 20 h, entre 20 h et 24 h et entre 0 h et 8 h durant la période décrite au paragraphe 1.2 ci-dessous.

1.2 Le présent accord couvre la période comprise entre le 7 novembre 2021 et le 30 avril 2022, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.

1.3 Exception faite de la période de 8 h à 20 h, les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* ainsi que celles, le cas échéant, déjà prévues à l'Entente.

Durant la période de 8 h à 20 h, les modalités de rémunération du présent accord ont priorité sur les modalités autrement applicables lorsque le médecin renonce, le jour en question, à réclamer les visites et autres services qu'il serait autrement en droit de réclamer.

2. MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.1 Entre 8 h et 20 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent lorsque le médecin renonce, le jour en question, à réclamer les services qu'il serait autrement en droit de réclamer durant cette période :

> **2.1.1** Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et exceptionnellement aux patients admis à l'Hôpital de Lachine sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 6.02 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime B pour les installations du groupe 2.
>
> **2.1.2** S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.1.1 un forfait horaire au montant de 125,90 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19456*** *et inscrire :*
- les heures de début et de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait 19456 est facturé le même jour.

2.1.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.1.1 et 2.1.2 ci-dessus est sujet à l'application des majorations et, le cas échéant, le supplément applicable dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général.

2.1.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.1.5 Un maximum de deux médecins à la fois peuvent se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 8 h et 20 h.

2.1.6 Le médecin indique sa renonciation à se prévaloir des modalités autrement applicables en réclamant la compensation prévue au présent paragraphe le jour en cause.

2.2 Entre 20 h et 24 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.2.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis à l'Hôpital de Lachine sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 6.02 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime B pour les installations du groupe 2.

2.2.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.2.1 un forfait horaire au montant de 99,00 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19457*** *et inscrire :*
- les heures de début et de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait 19457 est facturé le même jour.

2.2.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.2.1 et 2.2.2 ci-dessus est sujet à l'application des majorations et suppléments applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général.

2.2.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.2.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 20 h et 24 h.

2.3 Entre 0 h et 8 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.3.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis à l'Hôpital de Lachine sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 1.4 b) du Préambule général.

2.3.2 S'ajoute à la rémunération décrite au sous-paragraphe 2.3.1 un forfait horaire au montant 140,25 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19458*** *et inscrire :*
- les heures de début et de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait 19458 est facturé le même jour.

2.3.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.3.1 et 2.3.2 ci-dessus est sujet à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général.

2.3.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.3.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 0 h et 8 h.

3. DURÉE DE L'ACCORD

3.1 Le présent accord entre en vigueur le 7 novembre 2021 et se termine le 30 avril 2022, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative. Le cas échéant, les parties avisent la Régie des dates d'application du présent accord.

AVIS **:** *Le présent accord est prolongé :*
- du 14 février 2023 au 31 mai 2023;
- du 1er juin 2023 au 31 septembre 2023;
- du 30 septembre 2023 au 31 octobre 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce __ ième jour de_____ 2021.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 756

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du médecin omnipraticien qui, dans le cadre de l'urgence sanitaire a réalisé des tâches médicales élargies du fait d'une pénurie de personnel soignant au sein d'un établissement du réseau durant la période du 8 janvier 2022 au 14 janvier 2022

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT qu'en raison du manque de ressources professionnelles certains établissements du réseau ont fait appel aux services de médecins omnipraticiens pour effectuer des tâches médicales élargies pour suppléer et soutenir les équipes soignantes et maintenir leurs offres de services essentiels et ainsi éviter des ruptures de services;
ATTENDU qu'en considération de ce qui précède, il y a lieu pour les parties de déterminer les modalités de rémunération applicables au médecin qui a effectué des tâches médicales élargies durant la période visée par le présent accord;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sous réserves du respect des conditions ci-après énoncées, le médecin qui a effectué des tâches médicales élargies durant la période s'échelonnant du 8 au 14 janvier 2022 est rémunéré selon le mode du tarif horaire convenu à l'Entente générale, et ce, pour chaque heure travaillée.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps* ***XXX400*** *Tâches médicales élargies – COVID-19.*
*Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'*Annexe XX.

2. Le présent accord tient lieu de nomination autorisant la rémunération selon le mode du tarif horaire.
3. Les annexes XII et XII-A de l'Entente s'appliquent ainsi que les majorations prévues à l'Annexe XX de l'Entente.
4. La rémunération versée n'est pas comptabilisée aux fins de l'application de l'Annexe XIV de l'Entente, ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués et ni comptabilisée aux fins de l'Annexe IX de l'Entente.
5. Le médecin qui réclame le paiement de ce montant sur base horaire pour les services rendus pour les tâches médicales élargies ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours cette période.
6. Le médecin qui désire se prévaloir du présent accord adresse une demande écrite à cet effet au comité paritaire. La demande du médecin doit être formulée par un représentant de l'établissement et elle doit être accompagnée d'une description sommaire des tâches médicales élargies effectuées ainsi que la date où les services ont été rendus.
7. Le comité paritaire analyse la demande du médecin. Il informe l'établissement de sa décision. Si la demande est autorisée, le comité paritaire transmet à la Régie le nom du médecin et le nom de l'établissement.
8. Le présent accord est en vigueur le 8 janvier 2022 et le demeure jusqu'au 14 janvier 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15ième jour de mars 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 757

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation du groupe de médecine familiale universitaire Vaudreuil-Soulanges.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie Ouest.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (93562).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 757;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
*Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'*EP 42 – Médecin enseignant*, un nouvel avis de service (3547) sera requis pour chaque médecin.*

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée au CLSC de Vaudreuil-Soulanges pour la période du 1er septembre 2021 au 30 juin 2023 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.
3. Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*
Inscrire le numéro d'établissement ***93562.***
Utiliser les codes d'activité suivants :
051027 *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
051028 *Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
051031 *Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.
5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.
6. Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2021et se termine le 30 juin 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 758

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à certaines modalités spécifiques de rémunération applicables au Dre Sarah Marcoux pour ses activités professionnelles en toxicomanie réalisées au GMF-U de Maria.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités spécifiques de rémunération

1.01 De façon dérogatoire, lorsque Dre Sarah Marcoux effectue au sein du GMF-U de Maria, sans le concours de résidents, des activités professionnelles auprès de la clientèle toxicomane, elle est rémunérée, pour le temps qu'elle consacre pour ses activités auprès de cette clientèle, en faisant les adaptations nécessaires, selon les modalités prévues au paragraphe 3.05 de *l'Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires* (EP-17).

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*
Inscrire le numéro d'établissement ***43301.***
Utiliser le code d'activité ***263XXX*** *– Services rendus dans le cadre du programme de toxicomanie*.

1.02 La rémunération prévue au présent accord s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée.

1.03 La rémunération décrite au sous-paragraphe précédent est sujette à l'application de l'Annexe XII-A de l'Entente générale.

2.00 Nomination

2.01 Le présent accord tient lieu de nomination et remplace l'avis de service autrement requis par l'établissement.

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent accord entre en vigueur le 1er février 2022 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 759

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de certaines activités professionnelles dispensées à distance pour le compte d'une direction régionale de santé publique, de la direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ou de l'Institut national de santé publique du Québec

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, durant la période couverte par le présent accord, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode mixte peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination en santé publique, exécuter les activités professionnelles décrites à l'article 2 ci-dessous soit, à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin situé au Québec ou dans une région limitrophe tout en exerçant au Québec.

2. Les activités rémunérées en vertu du présent accord sont uniquement celles prévues à l'article 3.00 de l'*Entente particulière relative à la santé publique*, pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, et celles décrites à l'article 2 de la Section A-Santé publique et sécurité du travail de l'Annexe 1 à l'Annexe XXIII, pour le médecin rémunéré au mode mixte.

AVIS **:** *Si le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, il peut se prévaloir des modalités prévues à l'article 3.00 de l'Entente particulière relative à la santé publique (24).*

Remplir la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) ou la* Demande de paiement –Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Pour les codes d'activité à utiliser, consulter les instructions de facturation indiquées au paragraphe 3.01 de l'EP 24 – Santé publique.

Dans la demande de paiement, inscrire :
*- la lettre **A** dans le champ* C.S.*;*
- le numéro de l'établissement auprès duquel le médecin détient une nomination dans la section Établissement;
- ***Service à distance*** *dans le champ* Renseignements complémentaires.

Dans le cas où certaines activités ont été rendues à distance et d'autres pas, ajouter dans le champ Renseignements complémentaires *les numéros de référence présents à gauche des codes d'activité pour les activités rendues à distance.*

Si le médecin est rémunéré selon le mode mixte, il peut se prévaloir des modalités prévues à l'article 2 de la section A – Santé publique et sécurité du travail de l'annexe I de l'Annexe XXIII. Consulter les instructions de facturation qui y sont indiquées et utiliser l'élément de contexte **Service rendu à distance**.

3. Le directeur de la direction régionale de santé publique de la région, le directeur de la direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et Services sociaux ou du président-directeur général de l'Institut national de la santé publique du Québec, selon la situation, doit préalablement autoriser le médecin à exercer à distance et, au besoin, en fixer les conditions préalables.
4. Le présent accord entre en vigueur le 15 mai 2022 et se termine le 31 décembre 2022.

AVIS **:** *Le présent accord est prolongé :*
- du 1er janvier au 31 décembre 2023;
- du 1er janvier au 31 décembre 2024;
- du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce ____e jour de _____2022

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 760

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de certaines activités professionnelles dispensées à distance pour le compte d'un GMF-U en établissement.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, durant la période couverte par le présent accord, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré à tarif horaire, à honoraires fixes ou au mode mixte peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination en GMF-U en établissement, exécuter les activités professionnelles décrites à l'article 2 ci dessous soit, à partir d'un établissement du réseau de la santé, d'un cabinet ou du domicile du médecin situé au Québec ou dans une région limitrophe tout en exerçant au Québec.
2. Les activités rémunérées en vertu du présent accord sont uniquement celles prévues à l'article 3.00 de la Section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice du médecin enseignant*, pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à l'honoraires fixes, et celles décrites à l'article 3 de la Section B-2-GMF-U en établissement de l'Annexe 1 à l'Annexe XXIII, pour le médecin rémunéré au mode mixte.

AVIS **:** *Si le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, il peut se prévaloir des modalités prévues au paragraphe 3.01 de la section II de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant (42).*

Remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour les activités rendues à distance, consulter les instructions de facturation indiquées au paragraphe 3.01 de la section II de l'EP 42 – Médecin enseignant pour identifier les codes d'activité de supervision, d'activités académiques et des services cliniques.

Dans la demande de paiement, inscrire :
*- la lettre **A** dans le champ* C.S.*;*
- le numéro de l'établissement auprès duquel le médecin détient une nomination dans la section Établissement*;*
*- **Service à distance** dans le champ* Renseignements complémentaires.

Cependant, pour les services cliniques rendus à distance dans le cadre de l'urgence sanitaire, se référer au paragraphe 3.13.3 de la Lettre d'entente n° 269.

Dans le cas où certaines activités ont été rendues à distance et d'autres pas, ajouter dans le champ Renseignements complémentaires *les numéros de référence présents à gauche des codes d'activité pour les activités rendues à distance.*

Si le médecin est rémunéré selon le mode mixte, il peut se prévaloir des modalités prévues à l'article 3 de la section B 2 – GMF-U en établissement de l'annexe I de l'Annexe XXIII. Consulter les instructions de facturation qui y sont indiquées et utiliser l'élément de contexte **Service rendu à distance**.

3. Le chef du GMF-U, doit préalablement autoriser le médecin à exercer à distance et, au besoin, en fixer les conditions préalables.

4. Le présent accord entre en vigueur le 15 mai 2022 et se termine le 31 décembre 2022.

AVIS **:** *Le présent accord est prolongé :*
- du 1er janvier au 31 décembre 2023;
- du 1er janvier au 31 décembre 2024;
- du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce ____e jour de _____2022

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 761

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant certaines modalités de rémunération applicables au médecin qui exerce leur profession dans un groupe de médecine de famille désignée accès durant la période du 1er avril 2021 au 31 mai 2022

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT le nouveau Programme GMF-AR qui entraine la création des groupes de médecine de famille désignés accès;
CONSIDÉRANT les modifications de l'Amendement nº 193 entrant en vigueur le 1er juin 2022 concernant, notamment, certaines modalités de rémunération décrites à *l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF AR)*;
CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer la rémunération des médecins exerçant leur profession dans un GMF-A, et ce, depuis leur date de désignation par le ministre;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Le médecin qui a exercé, sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès, durant la période comprise entre la date de désignation du GMF-A et le 31 mai 2022 peut se prévaloir, sous réserve du paragraphe 1.2 ci-dessous en faisant les adaptations nécessaires, des modalités spécifiques prévues à l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau*.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Pour les fonctions du médecin responsable d'un GMF-A ou celui qui l'assiste, inscrire :
*- le code de facturation **19895**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de l'activité;
- l'élément de contexte **Forfait résiduel pour les activités médico-administratives en GMF-R**, *seulement pour le médecin assistant.*
Ce forfait n'est pas divisible sur une base horaire.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les suppléments en horaires défavorables au médecin qui est affecté au service du sans rendez-vous d'un GMF-A :
En semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, entre 18 h et 22 h, inscrire :
*- le code de facturation **19893**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le samedi, le dimanche ou un jour férié, entre 8 h et 22 h, inscrire :
*- le code de facturation **19894**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Les codes de facturation 19893 et 19894 sont exclus de l'application des majorations en horaires défavorables (paragraphe 4.01 de l'Annexe XX).

Pour les services rendus au sans rendez-vous d'un GMF-A, inscrire :
- l'heure de début du service;
- l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné réseau (GMF-R)**.

Rémunération mixte
En plus des informations ci-dessus, se référer aux instructions de facturation de la section B-1 à l'annexe I de l'Annexe XXIII.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Utiliser les codes d'activité suivants :
*- **269110** Services cliniques sans rendez-vous;*
*- **269111** Services cliniques avec rendez-vous.*
Ces services cliniques sont exclus du calcul du revenu brut trimestriel. Voir le paragraphe 6.01 de l'EP 54 – GMF-AR.
Pour les services rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01 de l'Annexe XX de l'Entente.

1.2 Malgré les dispositions du paragraphe 5.02 de *l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné réseau*, le nombre de forfaits est déterminé, sur une base annuelle, par le comité paritaire en fonction des activités décrites et du niveau du GMF-AR établis au paragraphe 5.02 l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF AR).*

1.3 Le comité paritaire désigne les lieux où les médecins sont autorisés à se prévaloir des modalités de rémunération en vertu du présent accord, du nombre de forfaits octroyés pour la période visée à chacun des GMF-A ainsi que de leur date de désignation. Le comité paritaire en informe la Régie.

2. DURÉE DE L'ACCORD

2.1 Le présent accord entre en vigueur le 1er avril 2021 se termine le 31 mai 2022 inclusivement.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21ième jour de juin 2022

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, MD
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 762

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire sur le territoire du Centre intégré en santé et service sociaux de la Montérégie-Est.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Est.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (47531).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 762;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée à l'Hôpital Pierre-Boucher pour la période du 1er octobre 2021 au 30 juin 2023 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.
3. Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*
Inscrire le numéro d'établissement ***47531****.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
051027 *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
051028 *Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
051031 *Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.
5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.
6. Le présent accord entre en vigueur le 1er octobre 2021 et se termine le 30 juin 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 763

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux modalités de rémunération du médecin réalisant ses activités au sans rendez-vous populationnel du GMF-R Proactive Santé la Cité-Limoilou durant la période du 11 janvier 2022 au 28 février 2022

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT l'augmentation temporaire des besoins en services médicaux de sans rendez-vous populationnel sur le territoire la Capitale-Nationale suivant la fermeture du CDP du Jeffery-Hale;

CONSIDÉRANT que l'ajout d'un deuxième médecin au sans rendez-vous populationnel du GMF-R Proactive Santé la Cité-Limoilou visait à pallier, de façon temporaire, à cette augmentation des besoins en services médicaux;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions l'article 3.1 b) v) premier alinéa de la Lettre d'entente n° 269 à l'effet de limiter à un seul médecin la facturation du forfait prévu sur une base horaire, le deuxième médecin qui a effectué des activités au sans rendez-vous populationnel du GMF-R Proactive Santé la Cité-Limoilou, durant la période s'échelonnant du 11 janvier au 28 février 2022 peut être rémunéré selon les modalités de la Lettre d'entente n° 269 lorsqu'il répond aux critères de celle-ci.

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **19680**;*
*- le numéro d'établissement **55438**;*
- l'heure de début et l'heure de fin;
- l'élément de contexte **Service rendu en sans rendez-vous populationnel (LE269).**
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2. Le présent accord est en vigueur le 11 janvier 2022 et le demeure jusqu'au 28 février 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ième jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 764

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire sur le territoire du Centre intégré en santé et service sociaux de la Montérégie-Est.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (40401).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 764;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée à l'Hôpital Général du Lakeshore pour la période du 1er octobre 2021 au 30 juillet 2024 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.
3. Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
*Inscrire le numéro d'établissement **40401**.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051031** Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.
5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.
6. Le présent accord entre en vigueur le 1er octobre 2021 et se termine le 30 juin 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 765

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines modalités d'application dérogatoires de la formule de rémunération établie à l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du Préambule général et applicable lorsque deux médecins qui ensemble et de façon complémentaire assurent la couverture complète de la garde sur place durant la nuit au service d'urgence de l'Hôpital de Gatineau

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur des modalités d'application dérogatoires du forfait compensatoire établi à l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du Préambule général lorsque deux médecins qui ensemble assurent de façon complémentaire la couverture complète de la garde sur place durant la période de 0 h à 8 h au service d'urgence de l'Hôpital de Gatineau.

1.2 Cet accord couvre limitativement le 10 septembre 2022 et la période du 1er novembre 2022 au 31 mars 2023.

2. MODALITÉS DÉROGATOIRES

2.1 De façon dérogatoire, lorsque deux médecins de cet hôpital qui ensemble, en respect avec l'horaire établi, assurent successivement la couverture complète de la garde sur place au service d'urgence durant la période de 0 h à 8 h, la formule de rémunération établie à l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du Préambule général relative au forfait compensatoire prévu pour la période de garde de 0 h à 8 h, est convertie en heures.

2.2 Aux fins de l'application du paragraphe 2.1 ci-dessus, pour la période de garde de 0 h à 8 h, les jours de la semaine, le montant du forfait par heure est de 89,40 $. Pour la période de garde de 0 h à 8 h, les jours de fin de semaine et les jours fériés, le montant du forfait par heure est de 108,95 $.

AVIS **:** *Lorsque 2 médecins se partagent la garde de 0 h à 8 h, selon la situation, inscrire :*
*- le code de facturation **19967** en semaine, du lundi au vendredi;*
*- le code de facturation **19968** le samedi, le dimanche ou un jour férié;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus durant la période de garde, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait du PG 1.4 est réclamé**.
Inscrire l'heure de début du service.

2.3 Pour bénéficier des dispositions dérogatoires et exceptionnelles prévues au présent accord, une garde médicale sur place doit être assurée de façon continue et ininterrompue durant la période de 0 h à 8 h. En cas de non-respect de la présente disposition, le DSP doit immédiatement en informer le comité paritaire. Lorsque le comité paritaire constate le défaut, le présent accord prend fin à compter de la date à laquelle est survenue le défaut. Le comité paritaire en informe la RAMQ.

3. DURÉE DE L'ACCORD

3.1 Le présent accord entre en vigueur le 10 septembre 2022 et il prend fin le 31 mars 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce __ième _jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 766

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait au traitement de patients en hébergement temporaire regroupés au sein du CHSLD de Jonquière

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les patients de soins de niveau alternatif (SNA) ayant un statut d'inscrits en hébergement temporaire au sein du CHSLD de Jonquière sont, pour les fins de la rémunération des services qui y sont rendus, assimilés à des patients admis en hébergement;
2.00 Le médecin qui offre des services à cette clientèle est rémunéré en fonction de son avis de service au sein de l'établissement;

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes***
Utiliser la nature de service habituelle avec l'emploi de temps XXX405 Soins de niveau alternatif (SNA).

AVIS **:** ***Rémunération mixte***
Pour le médecin qui choisit de maintenir son mode de rémunération en mixte, se référer aux instructions de facturation à l'annexe I de l'Annexe XXIII et inscrire l'élément de contexte **Service rendu en soins de niveau alternatif (SNA)**.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Inscrire l'élément de contexte **Service rendu en soins de niveau alternatif (SNA)**.

3.00 Du fait que le regroupement de patients SNA avec statut d'inscrits au sein du CHSLD doit être temporaire, les patients en cause ne sont pas comptabilisés pour les fins de la Lettre d'entente 327.
4.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er juin 2022 et il prend fin le 31 mai 2023, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative. Le cas échéant, les parties avisent la Régie des dates d'application du présent accord.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29ième jour de novembre 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 767

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines adaptations aux modalités convenues à l'Accord n° 659 concernant la rémunération du Dr Paul-Aimé Joncas (85-217)

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Lorsqu'il exerce dans le cadre de l'Accord n° 659 et qu'il se prévaut d'au moins 150 forfaits patients pour des patients différents durant une année, le Dr Paul-Aimé Joncas est réputé répondre aux conditions 1) et 2) du paragraphe 17.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.
Lorsqu'il respecte de plus les conditions des alinéas 3), 4) et 5) de ce même paragraphe 17.01, il peut se prévaloir des modalités décrites à ses sous-paragraphes a), b) et c), et ce, en plus des modalités de l'Accord n° 659.

AVIS **:** *Les modalités de compensation pour les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DME concernent les codes de facturation suivants :*
*- Équipements (code de facturation **19976**);*
*- Lien Internet et commutateur (code de facturation **19977**);*
*- Licences (code de facturation **19978**).*
Le maximum est de 1 montant par trimestre, peu importe la date, sur la base d'une année civile :
- janvier, février, mars;
- avril, mai, juin;
- juillet, août, septembre;
- octobre, novembre, décembre.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2021. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce __ième _jour de_____2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 768

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les modalités particulières dans le cadre de la collaboration professionnelle entre un médecin désigné et une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS PL) ou un groupe d'IPS PL dans le cadre du déploiement par un CISSS ou un CIUSSS de cliniques d'IPS PL implantées sur leur territoire

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT la crise hospitalière qui sévit actuellement et dont les conséquences se répercutent dans les services d'urgence;

CONSIDÉRANT que dans le but de soutenir l'accès aux services de première ligne pour ainsi offrir des services médicaux supplémentaires à la population, en particulier aux patients référés par les services d'urgence, il y a lieu de mettre en place des cliniques d'IPS PL temporaires sous l'égide d'un CISSS ou d'un CIUSSS;

CONSIDÉRANT que des médecins seront désignés pour agir comme médecins collaborateurs avec une IPS PL ou un groupe d'IPS PL intégrés dans une telle clinique et qu'il y a donc lieu de convenir des modalités de rémunération des médecins collaborateurs;

CONSIDÉRANT que le présent accord a pour effet de confirmer la collaboration des médecins désignés auprès d'une IPS PL ou d'un groupe d'IPS PL œuvrant dans une telle clinique, et ce, en lieu et place des ententes individuelles prévues au paragraphe 1.01 de la Lettre d'entente n° 229;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins exclusivement de la rémunération des activités d'un médecin décrites au 1er alinéa du paragraphe 2.01 de la Lettre d'entente n° 229, le médecin collaborateur d'une IPS PL ou d'un groupe d'IPS PL visés par le présent accord peut adhérer à cette Lettre d'entente et ce, selon les conditions du présent accord.
AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu dans le cadre de l'Accord n° 768**.

2. Le médecin peut se prévaloir, dans le cadre de la collaboration entre ce dernier et une IPS PL ou un groupe d'IPS PL visés, des dispositions du paragraphe 2.01 a) de la Lettre d'entente n° 229 et ce, selon le lieu habituel de pratique du médecin.
Toutefois, aux fins exclusives de l'application du présent accord, et en faisant les adaptations nécessaires, lorsque le lieu de pratique habituel du médecin collaborateur est dans un établissement (excluant le CLSC et le GMF-U en ce qui a trait aux activités professionnelles de première ligne), ce médecin réclame, pour ses activités de collaboration, les codes de facturation suivants :

i) S'il est rémunéré selon le mode à tarif horaire ou à honoraires fixes, il réclame le code de facturation 19949;

ii) S'il est rémunéré selon le mode de l'acte, selon le mode mixte ou selon un mode forfaitaire auquel s'ajoute de l'acte, il réclame le code de facturation 19950.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, le présent accord tient lieu de nomination spécifique dans l'établissement.

AVIS **:** *Pour les activités du médecin collaborateur, inscrire :*
*- le code de facturation **19948** en cabinet;*
*- le code de facturation **19949** en établissement pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;*
*- le code de facturation **19950** en établissement pour le médecin rémunéré à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte;*
- le numéro d'établissement correspondant à votre lieu habituel de pratique;
- le numéro de l'IPSPL ou de la CIPSPL attribué par la RAMQ (81XXXX) dans la section Autre (personne autre qu'un patient) de la facture de services médicaux.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Pour chacun de ces codes, utiliser une seule ligne de facture par mois et indiquer le nombre de forfaits.

3. Malgré les dispositions du paragraphe 2.01 b) de la Lettre d'entente n° 229, le comité paritaire détermine le nombre de forfaits alloué aux médecins collaborateurs en fonction des critères qu'il établit dont notamment en tenant compte du nombre d'IPS PL avec qui le médecin collabore. Il est toutefois entendu que le nombre de forfaits alors alloué ne peut excéder ce qui prévu à cette lettre d'entente.
Il est également entendu que les nombres de forfaits octroyés à un médecin collaborateur en vertu du présent accord sont en sus de ceux qui seraient par ailleurs octroyés à ce médecin en vertu de la Lettre d'entente n° 229.
Les dispositions des articles 1.03 ainsi que de l'article 2.00 de cette lettre d'entente s'appliquent également en faisant les adaptations nécessaires.

4. Le CISSS ou le CIUSSS fait parvenir au comité paritaire la date de début de la mise en place de la clinique d'IPS PL, la liste des médecins collaborateurs des IPS PL ainsi que du nombre d'heures de travail de chaque IPS PL.

5. Le Comité paritaire avise la Régie du nom des médecins collaborateurs autorisés à se prévaloir des dispositions du paragraphe 2.01 a) de la Lettre d'entente n° 229 en vertu du présent accord, du lieu dans lequel la clinique est implantée au sein du CISSS ou du CIUSSS, de la date de début du fonctionnement de la clinique ainsi que du nombre de forfaits octroyés à l'ensemble des médecins collaborateurs.

6. Le présent accord est en vigueur le 28 novembre 2022 et il prend fin le 31 mars 2023, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

AVIS **:** *Cet accord est prolongé jusqu'au 31 octobre 2024 par les parties négociantes.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce _____jour de _____2022.

CHRISTIAN DUBÉ	MARC-ANDRÉ AMYOT
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 769

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire hors établissement sur le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

- 1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire hors-établissement (GMF-U) appelé GMF-U Clinique Mednam Lachine qui conclura une entente de services avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- 2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée à la Clinique Mednam Lachine, pour la période du 1er mars 2022 au 30 juin 2023 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19079**.*
Inscrire la durée de l'activité.

- 3. Le médecin omnipraticien qui participe aux activités professionnelles prévues à l'article 1 est rémunéré sur une base horaire au taux du tarif horaire.
- 4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.
- 5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.

AVIS **:** *Le médecin responsable de la Clinique Mednam Lachine (55457) doit faire parvenir à la RAMQ la liste des médecins visés par l'*Accord n° 769 *(nom et numéro de pratique) et préciser pour chacun la période pendant laquelle il participe à ce projet.*
Le médecin responsable doit également informer la RAMQ de toute modification subséquente apportée à cette liste.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

- 6. Le présent accord entre en vigueur le 1er mars 2022 et se termine le 30 juin 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 770

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la reconduction des modalités de rémunération de certaines activités professionnelles dispensées à distance prévues dans le cadre de l'Accord n° 759 et de l'Accord n° 760 lesquels prennent fin le 31 décembre 2022

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que la situation prévalant en santé publique et celle pour le compte d'un GMF-U en établissement justifiant la rémunération de certaines activités professionnelles rendues à distance demeurent inchangées;

ATTENDU qu'en considération de ce qui précède, il est dès lors nécessaire de reconduire pour une année les modalités de rémunération prévues pour certaines activités professionnelles dispensées à distance dans le cadre de l'Accord n° 759 et dans le cadre de l'Accord n° 760.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'Accord n° 759 concernant certaines activités professionnelles rendues à distance en santé publique est reconduit à compter du 1er janvier 2023. Il prend fin le 31 décembre 2023, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

***AVIS*:** *Le présent accord est prolongé du 1er janvier au 31 décembre 2024 et du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.*

AVIS :

*Si le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, il peut se prévaloir des modalités prévues à l'article 3.00 de l'*Entente particulière relative à la santé publique *(24) :*

Remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1216) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Pour les codes d'activités à utiliser, consulter les instructions de facturation indiquées au paragraphe 3.01 de l'EP 24 – Santé publique.

Lorsque le médecin rend les services dans un secteur géographique autre que celui où il détient sa nomination, inscrire :
- la lettre A dans le champ C.S.*;*
- le numéro de l'établissement auprès duquel il détient une nomination dans la section Établissement*;*
- le numéro d'établissement ou le nom de la localité où le service est rendu et Service rendu à distance *dans le champ* Renseignements complémentaires.

Si certaines activités ont été rendues à distance et d'autres pas, ajouter dans le champ Renseignements complémentaires *les numéros de référence présents à gauche des codes d'activité pour les activités rendues à distance.*

Ainsi, la majoration selon l'Annexe XII s'appliquera en fonction du lieu où le médecin rend le service.

Si le médecin est rémunéré selon le mode mixte, il peut se prévaloir des modalités prévues à l'article 2 de la section A – Santé publique et sécurité du travail *de l'annexe I de l'Annexe XXIII.*

Peu importe le secteur géographique où le médecin rend ses services, lors de sa facturation pour les services rendus à distance, inscrire :
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement pour lequel il détient une nomination;
- pour le lieu en référence :
- le numéro de l'établissement ou du cabinet ou le code de localité où les services sont rendus,
- la précision du lieu Lieu où le service est rendu par le professionnel.

Utiliser l'élément de contexte **Service à distance**.

Ainsi, la majoration selon l'Annexe XII s'appliquera en fonction du lieu où le médecin rend le service.

2. L'Accord nº 760 concernant certaines activités professionnelles rendues à distance pour le compte d'un GMF-U en établissement est reconduit à compter du 1er janvier 2023. Il prend fin le 31 décembre 2023, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

AVIS **:** *Le présent accord est prolongé du 1er janvier au 31 décembre 2024 et du 1er janvier 2025 jusqu'au renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023.*

AVIS **:**

*Si le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, il peut se prévaloir des modalités prévues au paragraphe 3.01 de la section II de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant *(42)*.

Remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216)*.

Pour les codes d'activités à utiliser, consulter les instructions de facturation indiquées au paragraphe 3.01 de la section II de l'EP 42 – Médecin enseignant pour identifier les codes d'activité de supervision, d'activités académiques et de services cliniques.

Lorsque le médecin rend les services dans un secteur géographique autre que celui où il détient sa nomination, inscrire :
- la lettre A dans le champ C.S.*;*
- le numéro de l'établissement auprès duquel il détient une nomination dans la section Établissement*;*
- le numéro d'établissement ou le nom de la localité où le service est rendu et Service rendu à distance *dans le champ* Renseignements complémentaires.

Si certaines activités ont été rendues à distance et d'autres pas, ajouter dans le champ Renseignements complémentaires *les numéros de référence présents à gauche des codes d'activité pour les activités rendues à distance*.

Ainsi, la majoration selon l'Annexe XII s'appliquera en fonction du lieu où le médecin rend le service.

Si le médecin est rémunéré selon le mode mixte, il peut se prévaloir des modalités prévues à l'article 3 de la section B-2 – GMF-U en établissement *de l'annexe I de l'Annexe XXIII*.

Peu importe le secteur géographique où le médecin rend ses services, lors de sa facturation pour les services rendus à distance, inscrire :
- pour le lieu de dispensation, le numéro d'établissement pour lequel il détient une nomination;
- pour le lieu en référence :
- le numéro de l'établissement ou du cabinet ou le code de localité où les services sont rendus,
- la précision du lieu Lieu où le service est rendu par le professionnel.

Utiliser l'élément de contexte **Service à distance**.

Ainsi, la majoration selon l'Annexe XII s'appliquera en fonction du lieu où le médecin rend le service.

3.Le présent accord prend effet le 1er janvier 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ce ____e jour de _____2023

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 771

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à certaines modalités spécifiques de rémunération applicables à certains médecins désignés pour leurs activités professionnelles en toxicomanie réalisées au GMF-U de Maria.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités spécifiques de rémunération

1.01 De façon dérogatoire, lorsqu'un médecin désigné par le comité paritaire en vertu du paragraphe 1.02 du présent accord effectue au sein du GMF-U de Maria, sans le concours de résidents, des activités professionnelles auprès de la clientèle toxicomane, il est rémunéré, pour le temps qu'il consacre pour ses activités auprès de cette clientèle, en faisant les adaptations nécessaires, selon les modalités prévues au paragraphe 3.05 de l'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires* (EP-17).

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) et inscrire :*

*- le numéro d'établissement **43301**;*

*- le code d'activité **263XXX** – Services rendus dans le cadre du programme de toxicomanie.*

Pour une pratique à distance, inscrire :

- dans le champ C.S.*, la lettre* **A**

- dans la section Établissement*, le numéro de l'établissement auprès duquel le médecin détient une nomination;*

- dans le champ Renseignements complémentaires*, pour le lieu en référence :*

- Service à distance*,*
- *le numéro de la localité où les services sont rendus,*
- *le numéro de référence de chaque activité correspondant à cette situation,*
- *la date des services.*

1.02 Les dispositions du présent accord s'appliquent uniquement au médecin désigné par le comité paritaire. Le comité paritaire avise la Régie du nom de chaque médecin autorisé à se prévaloir de la rémunération prévue par le présent accord.

1.03 La rémunération prévue au présent accord s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée.

1.04 La rémunération décrite au sous-paragraphe précédent est sujette à l'application de l'Annexe XII-A de l'Entente générale.

2.00 Nomination

2.01 Le présent accord tient lieu de nomination et remplace l'avis de service autrement requis par l'établissement.

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent accord entre en vigueur le 1er février 2023 et il prend fin le 31 janvier 2024, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

AVIS **:** *Le présent accord est prolongé du 1er février 2024 au 31 janvier 2025 et du 1er février 2025 au 31 janvier 2026.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 772

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de services professionnels rendus par le Dr Isaac Bertin Mbonjo (07-169) à titre de consultant en cardiologie à l'Hôpital de Papineau durant certaines périodes

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que la Régie de l'assurance maladie a effectué une inspection de la **facturation du Dr Mbonjo** pour les périodes du 6 février 2014 au 7 octobre 2015 et du 1er novembre 2015 au 23 février 2018 pour ses services professionnels à titre de consultant en cardiologie à l'Hôpital de Papineau et que cette inspection a donné lieu à une réclamation de la Régie et une récupération;

CONSIDÉRANT que la Régie a demandé aux parties négociantes d'estimer les ajustements requis du fait que l'Entente n'y pourvoit pas;

CONSIDÉRANT que pour ce faire, les parties négociantes ont convenu d'un montant auquel le Dr Mbonjo aurait droit pour les services professionnels rendus durant la période inspectée par la Régie compte tenu de sa pratique particulière à titre de consultant en cardiologie au sein de l'Hôpital de Papineau;

CONSIDÉRANT que Dr Mbonjo a pu adapter sa facturation depuis l'inspection pour tirer partie des modalités existantes pour sa pratique;

CONSIDÉRANT que le médecin ne conteste pas la réclamation de la Régie datée du 27 octobre 2020 pour les services durant la période.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En considération de ce qui précède, les parties négociantes demandent à la Régie de verser un montant forfaitaire compensatoire de 60 028,61 $ au Dr Isaac Bertin Mbonjo sur confirmation de sa part de son paiement de la réclamation de la Régie et de son désistement complet et total du différend déposé le 29 avril 2021 à l'encontre de ladite réclamation.
2. Le présent accord prend effet le 1er février 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ____e jour de_____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Marc-André Amyot,M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 773

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire relevant du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

AVIS : *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (40051*).
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 773*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée au GMF-U Montréal-Nord pour la période du 1er février 2023 au 30 juin 2025 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

3. Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS : *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
*Inscrire le numéro d'établissement **40051**.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051031** Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.

6. Le présent accord entre en vigueur le 1er février 2023 au 30 juin 2025.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 774

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines modalités d'application dérogatoires de l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* visant des médecins hors Québec ou non participants venant prêter main forte aux différents territoires du Québec.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur des modalités particulières d'exemptions de l'obligation de détenir un avis de conformité prévue à l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* dans le cadre de certaines situations spécifiquement prévues.

2. MODALITÉS DÉROGATOIRES

2.1 Par exception, et que pour les fins spécifiques prévues par le présent accord, les parties autorisent le comité paritaire responsable de l'application de l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* à accorder une exemption de détenir un avis de conformité à un médecin hors Québec ou un médecin non participant ou un DRMG qui en fait la demande selon les conditions et modalités ci-après énoncées à savoir :

a) La contribution du médecin dans le territoire est pour une période d'une durée déterminée par le comité paritaire;

b) Les dispositions et conditions prévues à l'*Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux* s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, au médecin visé par le présent accord;

c) Le DRMG doit avoir donné au préalable une recommandation favorable aux parties à l'installation du médecin dans la région que ce dernier détermine.

d) Le comité paritaire qui exempte un médecin de la réduction de la rémunération pour une pratique sans avis de conformité, détermine les modalités et conditions spécifiques à respecter par le médecin visé.

e) Le médecin qui effectue les activités médicales visées par le présent accord est présumé adhérer à l'*Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (AMP)* et respecter les différentes modalités.

2.2 Le comité paritaire avise la Régie du nom de chaque médecin concerné, assure des validations d'engagements prévus et il assure les suivis nécessaires auprès de la Régie en lien du respect des conditions associées à l'exemption.

2.3 Toute demande d'installation durable de pratique d'un médecin hors Québec ou d'un médecin non participant, ou un DRMG, non visées par les conditions et modalités du paragraphe 2.1 doivent passer par le processus de recommandation de dérogation au PREM du Comité de gestion des effectifs médicaux (COGEM).

3. DURÉE DE L'ACCORD ET PROLONGATION

3.1 Le présent accord entre en vigueur le 13 février 2023 et le demeure jusqu'à avis contraire des parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce___e jour de_____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 775

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire sur le territoire du Centre intégré en santé et service sociaux de la Montérégie-Est.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de services avec le Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Est.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (83435).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 775;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée à l'Hôpital Pierre-Boucher pour la période du 1er octobre 2021 au 30 juin 2024 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

3. Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro d'établissement ***83435****.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051031** Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.

6. Le présent accord remplace l'Accord nº 762. Il entre en vigueur le 1er octobre 2021 et il se termine le 30 juin 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 776

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération des activités professionnelles du médecin réalisées au Centre médical Longueuil situé au 1333, 2e Bloc Modulaire, boulevard Jacques-Cartier Est à Longueuil

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités spécifiques de rémunération

1.01 Exceptionnellement, pendant la durée du présent accord, un médecin qui exerce sa profession au Centre médical Longueuil situé au 1333, 2e Bloc Modulaire, boulevard Jacques-Cartier Est à Longueuil, est rémunéré exclusivement pour ses activités professionnelles selon le mode du tarif horaire prévu à l'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires*.

1.02 Pour les fins de la rémunération des services rendus, le Centre médical Longueuil est réputé être un point de service d'un CLSC.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire, remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*.

*Inscrire le numéro d'établissement **83435**.*

*Utiliser la nature de service **002XXX** – Dans un CLSC avec l'emploi de temps approprié.*

Pour les emplois de temps à utiliser, consulter les instructions de facturation indiquées au paragraphe 4.00 de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01 de l'Annexe XX de l'Entente.

1.03 Les modalités de l' *Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* s'appliquent. Les modalités de l'Annexe XX applicables en CLSC y trouvent application.

1.04 La rémunération prévue au présent accord s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée.

2.00 Nomination

2.01 Le présent accord tient lieu de nomination et remplace l'avis de service autrement requis par l'établissement.

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent accord entre en vigueur le 19 septembre 2022 et il prend fin à la date de la désignation du GMF-U des Montérégiennes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 777

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées au sein de la clinique mobile appelée « Book humanitaire - unité mobile d'urgence » du GMF-U Lafontaine du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que le « Book humanitaire - unité mobile d'urgence » (ci-après Clinique mobile) a comme mission d'offrir des soins de proximité aux clientèles marginalisées et sans domicile fixes (itinérance, toxicomanie, victime de violence, etc.);
CONSIDÉRANT que la Clinique mobile est un milieu d'enseignement pour les résidents du GMF-U Lafontaine conformément au cursus de formation en médecine familiale;
CONSIDÉRANT que le projet est supporté par l'Université de Montréal;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui détient une nomination au GMF-U Lafontaine peut, à partir de sa nomination, être rémunéré pour les services médicaux rendus au sein de la Clinique mobile.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin rémunéré au tarif horaire ou à honoraires fixes exerçant dans la cinique Mobile du GMF-U (95622).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 777;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

Le médecin doit remplir la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) et indiquer :*
*- le numéro d'établissement **95622**;*
*- la nature de service **151XXX** – Programme de formation en médecine familiale – Clinique mobile;*
- l'emploi de temps approprié. Consulter l'article 3.01 de la section II de l'EP 42 – Médecin enseignant.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré à l'acte***
Pour les services rendus à la clinique mobile, utiliser l'élément de contexte **Service rendu dans la clinique mobile du GMF-U Lafontaine**.

2. Aux fins de l'application des dispositions de l'*Entente générale et plus spécifiquement, de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle*, ce site mobile est réputé être un point de service du GMF-U Lafontaine.
3. La rémunération versée en vertu du présent accord est sujet à l'application de l'article 5.3 de l'Annexe IX.
4. Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2023 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____e jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 778

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins omnipraticiens qui exercent à l'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que l'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal a été déménagée au sein de l'établissement les 11 et 12 mars 2023 et que l'organisation des services a été temporairement modifié;
CONSIDÉRANT qu'il a été nécessaire pour des médecins de participer à des sessions préalables les 9 et 10 mars 2023 pour s'assurer de la fluidité du déménagement et du fonctionnement de l'urgence pendant le déménagement;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui exerce à l'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal du 9 au 12 mars 2023 inclusivement se prévaut, au jour le jour selon son choix, des modalités régulières de rémunération applicables dans ce milieu ou de la rémunération selon le mode du tarif horaire pour les activités en lien avec le déménagement de l'urgence.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à tarif horaire doit remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et :*
*- utiliser le code d'activité **200413** – Déménagement de l'urgence – Institut de cardiologie de Montréal;*
- inscrire le secteur de dispensation 07 afin d'indiquer l'urgence.

2. Le présent accord tient lieu de nomination.
3. La rémunération en vertu du présent accord est sujet au paragraphe 5.3 de l'Annexe IX.
4. Le présent accord est en vigueur à compter du 9 mars 2023, et ce, jusqu'au 12 mars 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___e jour de_____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 779

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux services rendus au GMF-U de la Haute-Ville.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ;
CONSIDÉRANT le transfert des activités du GMF-U de la Haute-Ville vers un cabinet privé ;
CONSIDÉRANT de l'importance de l'offre de services médicaux rendues par certains médecins selon les modes de rémunération à tarif horaires et à honoraires fixes ;
CONSIDÉRANT que ces modes de rémunération ne sont pas accessibles dans un cabinet privé ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Exceptionnellement, le médecin qui détenait une nomination au CLSC et GMF-U de la Haute-Ville avant le transfert des activités peut, sur désignation du comité paritaire, continuer à se prévaloir de son mode de rémunération antérieur lorsque les activités seront transférées au cabinet du GMF-U de la Haute-Ville.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216).*

*Inscrire le numéro d'établissement **83445** et utiliser les codes d'activité suivants :*

051015 *Examens relatifs à l'hépatite C*

051027 *Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*

051028 *Gestion administrative spécifique du GMF-U*

051030 *Services cliniques*

051031 *Étude de dossiers*

051032 *Rencontres multidisciplinaires*

051043 *Tâches médico-administratives et hospitalières*

051068 *Encadrement clinique et pédagogique*

051069 *Activité de supervision*

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

Formation continue

Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*

*- le code de congé **17;***

*- **1.00** ou **0.50** dans le champ Durée (jours);*

*- le code d'activité **051133** Demi-journée de formation continue (TH seulement) ou **051134** Journée complète de formation continue (TH seulement).*

2.00 Aux fins des dispositions de l'Entente générale, les activités rendues par ces médecins au GMF-U de la Haute-Ville sont réputées être dans un point de service CLSC.

AVIS **:** *Lorsqu'il choisi d'être rémunéré à l'acte pour certains services spécifiques, le médecin doit utiliser le numéro d'établissement **83445** et le code de facturation approprié.*

3.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2023 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____e jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 780

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le temps de déplacement du médecin qui dispense des services médicaux à la réserve d'Obedjiwan.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin qui dispense des services médicaux à la réserve d'Obedjiwan peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues par le présent accord pour son temps de déplacement de son lieu principal de pratique au Saguenay-Lac-Saint-Jean jusqu'à la réserve d'Obedjiwan, laquelle est sous la responsabilité du Centre de santé et services sociaux universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

Un médecin qui dispense des services médicaux à la réserve d'Obedjiwan et dont la pratique principale se situe dans une autre région peut, sur autorisation du Comité paritaire, bénéficier des dispositions du présent accord.

AVIS **:** *Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin qui exerce dans le cadre de cet accord pour l'installation visée (02523).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 780*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

2. Le temps de déplacement est payé selon le mode du tarif horaire au taux régulier tel que prévu à l'Annexe XIV de l'Entente.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacations *(1215), en inscrivant le numéro d'établissement* ***02523*** *ainsi que les informations suivantes dans leur partie respective :*

- sous ***Quantième*** *: la journée du déplacement;*
- sous ***Mode de rémunération*** *: le mode TH;*
- sous ***Plage horaire*** *: la ou les plages horaires concernées;*
- sous ***Code d'activité*** *: le code* ***002092*** *(temps de déplacement);*
- sous ***Secteur de dispensation*** *: ne rien inscrire;*
- sous ***Heures travaillées*** *: le nombre d'heures de déplacement;*
- sous ***Total des heures travaillées*** *: le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être contresignée par le représentant autorisé de l'établissement.

3. La rémunération versée n'est pas comptabilisée aux fins de l'application de l'article 5.00 de l'Annexe XIV de l'Entente, ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués, ni comptabilisée aux fins de l'application de l'Annexe IX de l'Entente. Elle ne bénéficie pas de la majoration prévue à l'Annexe XII de l'Entente.

4. Pour chaque année d'application s'échelonnant du 1er janvier au 31 décembre, une banque de sept cent cinquante (750) heures est allouée pour rémunérer le temps de déplacement des médecins visés par le présent accord. Le comité paritaire informe la Régie de la modification de cette banque ainsi que de la date effective.

5. Le temps de déplacement est rémunéré jusqu'à un maximum de huit (8) heures (aller-retour) par déplacement.

6. La garde en disponibilité effectuée au bénéfice de la population de la réserve d'Obedjiwan est rémunérée via *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.
7. Le présent accord remplace l'Accord n° 751 à compter du 1er janvier 2022 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____e jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 781

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération au sein de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, durant la période couverte par le présent accord, les médecins visés sont rémunérés à tarif horaire pour leurs activités au sein de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges (MSPVS).
2. Durant la même période, ils sont aussi autorisés à se prévaloir de la rémunération pour la garde en disponibilité au sein du même milieu.
3. Les médecins visés sont :
- Dre Geneviève Chaput (n° 12068);
- Dre Sylvie Dufresne (n° 96427);
- Dre Andreea Paula Iancu (n° 06448);
- Dre Aida-Marcela Pop (n° 08436);
- Dre Annick Terret-Hans (n° 15712);
- Dre Zahra Ramji (n° 18935);
- Dre Lina Barbara Huynh Voung (n° 20849);
- Dre Assia Mekliche (n° 00513);
- Dr Hitesh Bhanabhai (n° 13608);
- Dr Juan Guillermo Zarruck Serrano (n° 01894);
- Dre Chantal Anctil (n° 95392).

4. La période couverte par le présent accord est du 9 juillet 2020 au 8 août 2022. Toutefois, pour la Dre Geneviève Chaput la date de fin de la période est le 30 septembre 2022.
5. Le présent accord tient lieu des nominations requises.
6. Le présent accord entre en vigueur le 9 juillet 2020 et le demeure jusqu'au 30 septembre 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce ____e jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 782

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les modalités d'application particulières relatives à la procédure d'obtention d'un avis de conformité aux plans régionaux d'effectifs médicaux durant la période comprise entre le
15 septembre 2023 au 30 novembre 2024

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que le processus relatif à la gestion des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) doit être adapté pour l'exercice du PREM 2024;

CONSIDÉRANT que ces changements sont nécessaires pour apporter une meilleure souplesse et agilité dans ce processus;

CONSIDÉRANT que l'*Entente particulière relative au respect des Plans régionaux d'Effectifs médicaux* (EP- PREM) prévoit les règles encadrant ce processus et qu'en considération de ce qui précède, il y a lieu de prévoir, pour une période temporaire, des modalités particulières relatives à la procédure d'obtention d'un avis de conformité pour l'exercice du PREM 2024.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour la période d'application visée par le présent accord, les modifications suivantes sont apportées à l'EP-PREM, en faisant les adaptations nécessaires :

1.1 En remplaçant le troisième alinéa de l'article 5.01 par le suivant :

« Une demande d'obtention d'avis de conformité faite entre le 15 octobre 2023 et le 31 octobre 2023 est traitée et encadrée par les modalités qui suivent : »

1.2 En remplaçant les 4e et 5e puces de l'article 5.01 par les suivantes :

- Du 1er novembre 2023 au 1er mars 2024, le ministère transmet les candidatures au(x) DRMG identifié (s) par le candidat sur la demande d'avis de conformité. Le DRMG de chaque région doit répondre à toutes les demandes qu'il aura alors reçues le 20 décembre 2023 et informer le ministère de leurs décisions selon les modalités exposées au paragraphe 5.02 de la présente entente.
- Lorsque toutes les places au PREM sont comblées dans les régions identifiées par le candidat, le ministère informe le candidat non retenu de la fin du traitement de sa demande pour les processus d'application et l'informe qu'il peut communiquer avec les DRMG des régions pour lesquelles des places sont disponibles. Aux fins de l'application du présent alinéa, toute demande d'obtention d'un avis de conformité transmise au ministère après le 31 octobre 2023 sera traitée après le 1er mars 2024, selon le principe « premier arrivé, premier servi » .

1.3 En remplaçant les 3e et 4e puces de l'article 5.02 par les suivantes et en ajoutant la 5e puce suivante :

- dans un premier temps, offrir les avis de conformité aux candidats dont les sous-territoires correspondent au 1er choix exprimé dans leurs demandes;
- dans un deuxième temps, offrir aux candidats non sélectionnés les avis de conformité toujours disponibles dans les sous-territoires de leur 2e choix au PREM;

- dans un troisième temps, offrir aux candidats non sélectionnés dans les sous-territoires de leur 1er et 2e choix, les places toujours disponibles au PREM de la région.

1.4 En remplaçant le cinquième alinéa de l'article 5.02 par le suivant :

« Lorsqu'il y a un nombre égal ou inférieur de candidats que de places disponibles dans un RLS à une date donnée, le DRMG accepte sans autres formalités la demande d'obtention d'avis de conformité le 20 décembre 2023. »

1.5 En remplaçant l'article 5.04 par le suivant :

« Entre le 20 décembre 2023 et le 12 janvier 2024, le médecin doit confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaudra de l'avis de conformité qui lui a été délivré. Il précise également la date effective d'entrée en vigueur de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du délai imparti, son avis de conformité est révoqué par le DRMG et offert à un autre candidat admissible, le cas échéant.

Le médecin qui se voit offrir un nouvel avis de conformité suite à un désistement doit confirmer ses intentions par écrit au DRMG dans un délai de 5 jours. Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du ce délai de 5 jours, son avis de conformité est révoqué par le DRMG et offert à un autre candidat admissible, le cas échéant.

Après le 1er mars 2024, le médecin a 5 jours pour confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaudra de l'avis de conformité qui lui a été délivré. Il précise également la date effective d'entrée en vigueur de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne débute pas ses activités à la date effective d'entrée en vigueur, il est réputé avoir refusé d'exercer ses activités. Dans pareil cas, le DRMG révoque l'avis de conformité délivré. Il en informe le médecin concerné et la Régie.

Tout désistement d'un candidat, subséquent à la confirmation qu'il a fait parvenir au DRMG de l'acceptation de son avis de conformité oblige le candidat, s'il veut obtenir un avis de conformité, à faire une nouvelle demande qui sera traitée après le 1er mars 2024. »

2. Le présent accord entre en vigueur le 15 septembre 2023 et il prend fin le 30 novembre 2024, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce _____e jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 783

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération des activités professionnelles du médecin réalisées au Centre médical Longueuil situé temporairement au 1333, 2e Bloc Modulaire, boulevard Jacques-Cartier Est à Longueuil et de façon permanente au 20, boulevard de Mortagne à Boucherville.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités spécifiques de rémunération

1.01 Exceptionnellement, pendant la durée du présent accord, un médecin qui exerce sa profession au Centre médical Longueuil est rémunéré pour ses activités professionnelles selon le mode à honoraires fixes, à tarif horaire prévu à l'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires* ainsi que la rémunération au mixte prévue à l'Annexe XXIII (Section B-1).

1.02 Pour les fins de la rémunération des services rendus, le Centre médical Longueuil est réputé être un point de service d'un CLSC.

AVIS **:** *Le médecin doit remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) et indiquer :*
*- le numéro d'établissement **83435**;*
*- la nature de service **002XXX** Dans un CLSC avec l'emploi de temps approprié.*

Pour les emplois de temps à utiliser, consulter les instructions de facturation indiquées au paragraphe 4.00 de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01 de l'Annexe XX de l'Entente.

AVIS **:** *Pour la facturation au mode de rémunération mixte selon l'Annexe XXIII, section B-1 :*
*- inscrire le numéro d'établissement **83435**;*
- utiliser l'élément de contexte **Mixte (Ann. XXIII) – Programme de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle ainsi qu'au programme jeunesse ou au programme d'interruption volontaire de grossesse** *pour identifier le secteur de pratique;*
- inscrire l'heure de début.

Se référer aux instructions de facturation de la section B-1 à l'annexe I de l'Annexe XXIII.

1.03 Les modalités de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* s'appliquent. Les modalités de l'Annexe XX applicables en CLSC y trouvent application.

1.04 La rémunération prévue au présent accord s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée.

2.00 Nomination

2.01 Le présent accord tient lieu de nomination et remplace l'avis de service autrement requis par l'établissement.

3.00 Entrée en vigueur et durée

3.01 Le présent accord remplace l'Accord n° 776 et entre en vigueur le 19 septembre 2022 et il prend fin à la date de de la désignation du GMF-U des Montérégiennes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 784

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux modalités de rémunération du médecin additionnel exerçant de 0 h à 8 h à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal durant la période du 15 août 2023 au 30 juin 2025

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT la surcharge de travail de nuit à l'Hôpital général du Lakeshore, autant à l'urgence qu'auprès de patients admis du fait que le service d'urgence est responsable des patients admis;

CONSIDÉRANT que les modalités du sous-paragraphe 1.4 b) du Préambule général ne répondent pas aux besoins exprimés par l'établissement;

CONSIDÉRANT que l'établissement s'engage à revoir son organisation et son fonctionnement de nuit de façon à dégager le médecin de l'urgence de la responsabilité envers les patients admis;

CONSIDÉRANT la suspension de l'autorisation des médecins de l'installation de se prévaloir du forfait compensatoire divisible en heures du paragraphe 1.4 b) du Préambule général de l'Annexe V pour la période de la nuit.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin additionnel qui assure les services sur place à l'urgence et auprès de patients admis entre 0 h et 8 h à l'Hôpital général du Lakeshore est rémunéré selon les règles suivantes à l'exclusion des modalités du paragraphe 1.4 b) du Préambule général :

i) Il réclame un forfait compensatoire unique pour la période de huit heures;

AVIS **:** *Pour le médecin additionnel pour la période de garde de 0 h à 8 h, utiliser le code de facturation approprié :*
*- **19695** en semaine;*
*- **19709** la fin de semaine et les jours fériés.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période de garde.
Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un des forfaits de garde est facturé.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus durant la période de garde, utiliser l'élément de contexte **Service rendu pendant la période où un forfait de l'Accord n° 784 est facturé** *et inscrire l'heure de début du service.*

ii) Les honoraires pour les services effectués, à l'urgence comme auprès de malades admis sont majorés de 134 %;

AVIS **:** *Pour les services rendus durant la période de garde, utiliser l'élément de contexte* **Service rendu pendant la période où un forfait de l'Accord n° 784 est facturé** *et inscrire l'heure de début du service.*

iii) Le médecin bénéficie de plus de la majoration décrite au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général de l'Annexe V, autant sur le forfait compensatoire que les services effectués à l'urgence et de la majoration décrite au paragraphe 2.2.9 A du Préambule général de l'Annexe V sur les services auprès des patients admis;
iv) Un seul médecin par jour peut se prévaloir du forfait compensatoire;
v) Le montant du forfait compensatoire les jours de semaine est de 357,60 $. Les jours de fin de semaine ou les jours fériés, le montant est de 435,80 $;
vi) Le forfait compensatoire n'est pas divisible en heures. Le médecin qui n'effectue pas huit heures de services ne peut pas se prévaloir du forfait;
vii) Le forfait compensatoire est sujet au paragraphe 5.3 de l'Annexe IX.

2. Le présent accord est en vigueur le 15 août 2023 et prend fin le 30 juin 2025, à moins d'avis contraire du comité paritaire dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce __ième jour de_____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 785

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés dans l'Aire ouverte du territoire du CLSC de la Visitation.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que l'Aire ouverte du territoire du CLSC de la Visitation accueille une clientèle de 12 à 25 ans avec des problèmes divers, incluant ceux de santé mentale;

CONSIDÉRANT que la localisation de l'Aire ouverte en question fait en sorte qu'une portion importante de la clientèle est composée de jeunes vivant dans l'itinérance ou avec des problèmes de toxicomanie et que l'implication de médecins vise surtout cette clientèle spécifique;

CONSIDÉRANT que la clientèle en itinérance et toxicomanie du CLSC de la Visitation s'est déplacée vers l'Aire ouverte en question et que les médecins affectés à ce programme ont suivi la clientèle.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les médecins qui détiennent une nomination au CLSC de la Visitation dans le programme d'itinérance ou de toxicomanie peuvent, à partir de leur nomination, être rémunérés pour les services médicaux rendus auprès de la clientèle de l'Aire ouverte du territoire du CLSC de la Visitation.
2.00 Aux fins de l'application des dispositions de *l'Entente générale et plus spécifiquement, de l'Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du CLSC* et de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle*, le site de l'Aire ouverte situé au 1015, rue Robin à Montréal est réputé être un point de service du CLSC de la Visitation et faire partie de son programme d'itinérance ou de toxicomanie.
AVIS **:** *Inscrire le numéro d'établissement **90802**.*

3.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2023 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ___ jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ-AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins ominipraticiens du Québec

ACCORD No 786

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins qui exercent à l'urgence de l'Hôpital Fleury de Montréal.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1 er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

CONSIDÉRANT que la localisation de l'Aire ouverte en question fait en sorte qu'une portion importante de la clientèle est composée de jeunes vivant dans l'itinérance ou avec des problèmes de toxicomanie et que l'implication de médecins vise surtout cette clientèle spécifique;

CONSIDÉRANT la nature subite et imprévue de ce remaniement au fonctionnement de la salle d'urgence de l'Hôpital Fleury les 23 et 24 décembre 2022 et de l'assignation de certains médecins pour assurer les quarts de garde sur place dans ce service d'urgence;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En considération de la situation exceptionnelle ci-haut décrite, le comité paritaire avise la Régie, par lettre administrative, du montant de rémunération à verser à chaque médecin visé pour ses activités à l'urgence de l'Hôpital Fleury durant les périodes suivantes :

i) À compter de 16 h le 23 décembre 2022 jusqu'à 2 h le 24 décembre 2022;
ii) À compter de 8 h jusqu'à 16 h le 24 décembre 2022.

2. Aucune autre rémunération ne peut être versée à un médecin visé par le présent accord durant les périodes décrites à l'article 1 ci-dessus.

3. Le paragraphe 5.3 de l'Annexe IX s'applique à la rémunération versée en vertu du présent accord.

4. Le présent accord est en vigueur du 23 au 24 décembre 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___e jour de_____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 787

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire relevant du Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) appelé GMF-U Orléans-La Source qui conclura une entente de service avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (80595).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 787;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2.00 Une banque de sept cents (700) heures est allouée au GMF-U Orléans-La Source pour la période du 1er septembre 2023 au 30 juin 2026 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro d'établissement ***80595****.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051031** Étude de dossiers.*

3.00 Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

4.00 Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

5.00 Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.

6.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 788

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant la rémunération du Docteure Ana Maria Marias-Radu (99-153).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que la Docteure Marias-Radu a repris ses études de médecine au Québec, après avoir immigré au Canada, et a obtenu son permis du Collège des médecins du Québec à l'âge de 48 ans;

CONSIDÉRANT qu'elle offre actuellement des services majoritairement en prise en charge, après 23 ans de pratique polyvalente (hospitalisation, urgence, longue durée et prise en charge);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De façon exceptionnelle, la Docteure Ana Maria Marias-Radu (99-153) est autorisée à bénéficier de la tarification bonifiée prévue à la nomenclature des actes applicables en cabinet, à domicile, en CLSC et en GMF-U, et ce, nonobstant les dispositions de l'article 2.2.6 A) a) du Préambule général.
2.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er avril 2023 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce _____ e jour de _____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 789

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités professionnelles dispensées à la Clinique santé familiale de Montréal Autochtone (nº 57058) et à la Clinique de médecine familiale de Verdun (nº 54027).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le médecin qui détient une nomination au groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) de Verdun du Centre Intégré Universitaire de Santé et Services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal peut, à partir de sa nomination, être rémunéré pour les services médicaux rendus à la Clinique santé familiale de Montréal Autochtone (nº 57058) et à la Clinique de médecine familiale de Verdun (nº 54027).

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216). Indiquer :*
*- le numéro d'établissement **48261**;*
*- la nature de services **293XXX** GMF-U Verdun – Accord 789;*
- l'emploi de temps approprié. Consulter l'article 3.01 de la section II de l'EP 42 – Médecin enseignant.

AVIS **:** *Médecin rémunéré à l'acte*
Pour les services rendus au GMF-U de Verdun, utiliser l'élément de contexte **Service rendu dans un point de service du GMF-U de Verdun – Accord nº 789**.

2.00 Aux fins de l'application des dispositions de l'Entente générale et plus spécifiquement, de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle, ces deux cliniques sont réputées être un point de services du GMF-U de Verdun.

3.00 Sans limiter la portée de l'article 2 des présentes, les honoraires des services rendus à ces cliniques sont sujets à l'application de l'article 5.3 de l'Annexe IX.

4.00 Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de la nomination du médecin omnipraticien qui y exerce et du mode de rémunération choisi par le médecin.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin rémunéré au tarif horaire ou à honoraires fixes exerçant dans les 2 cliniques du GMF-U (48261).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord nº 789;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.00 Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2023 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 790

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire relevant du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Service sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et avec l'Hôtel-Dieu D'Arthabaska.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (42751).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 790;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2. Une banque de sept cents (700) heures est allouée au GMF-U de Victoriaville pour la période du 1er décembre 2022 au 30 juin 2024 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

3. Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Indiquer le numéro d'établissement ***42751*** *(GMF-U Victoriaville).*
Utiliser les codes d'activités suivants :
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051031** Étude de dossiers.*

4. Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

5. Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.

6. Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 2022 au 30 juin 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____ jour de_____ 2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 791

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à la nomination à honoraires fixes du Dr Simon Ruelland (84-114) pour les services à la population amérindienne au Dispensaire-conseil de bande Pessamit, secteur santé.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que Dr Simon Ruelland (84-114) exerce de longue date selon le mode des honoraires fixes;

CONSIDÉRANT que Dr Ruelland exerçait dans le programme de soutien à domicile au CLSC Lionel-Charest et que dans le cadre de cette nomination, il offrait des services de première ligne sur la réserve indienne Pessamit sur la Côte-Nord;

CONSIDÉRANT qu'il continue d'offrir des services de première ligne sur la réserve, mais qu'il ne détiendra prochainement plus de nomination en CLSC et que cette situation met en jeu la possibilité pour lui de conserver le mode des honoraires fixes pour ces activités.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Uniquement de façon à permettre au Dr Ruelland d'être rémunéré selon le mode des honoraires fixes au Dispensaire et de s'y prévaloir des modalités de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle,* le Dispensaire-conseil de bande Pessamit-secteur santé est réputé être un CLSC.
2. La caractérisation de ce milieu pour les fins de rémunération d'autres médecins n'est pas touchée.
3. Le présent accord tient lieu de nomination et remplace l'avis de service autrement requis par l'établissement.
4. Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2024 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ___ jour de_____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC- ANDRÉ AMYOT, M.D
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 792

Entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à la rémunération de la Docteure Michelle Roy (08-055) durant une période d'invalidité entre janvier 2018 et juillet 2023 pour ses activités au CLSC de Côte-des-Neiges (Outremont).

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que Docteure Michelle Roy (08-055) a été en invalidité, reconnue par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie), entre janvier 2016 et décembre 2023;

CONSIDÉRANT que Dre Roy a dispensé des soins à des patients du CLSC durant son invalidité et que les parties négociantes se sont assurées du temps consacré à ces activités;

CONSIDÉRANT qu'elle a reçu des allocations d'invalidité de la Régie entre janvier 2016 et janvier 2018 mais que par la suite, en raison de malentendus entre elle et l'assureur, son invalidité n'a pas été prise en charge par l'assureur, qu'elle n'a pas facturé les services fournis à la Régie et que du fait des délais encourus elle ne pourrait pas le faire;

CONSIDÉRANT qu'elle s'est engagée, advenant qu'elle obtienne une compensation ou des allocations d'invalidité de l'assureur du groupe des honoraires fixes en lien avec la présente invalidité, à informer l'assureur des montants reçus en vertu du présent accord ou de permettre les parties négociantes de l'assurer à sa place.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire calculé par les parties en fonction des activités cliniques de Dre Roy entre janvier 2018 et juillet 2023 et en tenant compte de l'absence de contribution au RREGOP et à la RRQ durant la période en cause.
2.00 À compter du 1er janvier 2024, de réputer son traitement hebdomadaire pour les fins du paragraphe 1.24 de l'Annexe VI prévoyant la compensation des jours fériés, les vacances et les jours de perfectionnement à 3,5 heures par jour, et ce jusqu'au 30 avril 2025.
3.00 À compter du 1er janvier 2024, jusqu'au 30 avril 2024, de réputer sa banque de vacances de 5 jours et sa banque de perfectionnement de 2 jours et, à compter du 1er mai 2024, de réputer sa banque de vacances à 20 jours et sa banque de perfectionnement de 10 jours, et ce jusqu'au 30 avril 2025.
4.00 Le présent accord entre en vigueur le 29 novembre 2023 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____ ce _____e jour de _____2023.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 793

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux services rendus au GMF-U de la Haute-Ville.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT le transfert des activités du GMF-U de la Haute-Ville vers un cabinet privé ;

CONSIDÉRANT l'importance de l'offre de services médicaux rendus par certains médecins selon les modes de rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes ;

CONSIDÉRANT que ces modes de rémunération ne sont pas accessibles dans un cabinet privé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Exceptionnellement, le médecin qui détenait une nomination au CLSC et GMF-U de la Haute-Ville avant le transfert des activités peut, sur désignation du comité paritaire, continuer à se prévaloir de son mode de rémunération antérieur lorsque les activités seront transférées au cabinet du GMF-U de la Haute-Ville.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
*Inscrire le numéro d'établissement **83445** et utiliser les codes d'activité suivants :*
***051015** Examens relatifs à l'hépatite C*
***051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques*
***051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U*
***051030** Services cliniques*
***051031** Étude de dossiers*
***051032** Rencontres multidisciplinaires*
***051043** Tâches médico-administratives et hospitalières*
***051068** Encadrement clinique et pédagogique*
***051069** Activité de supervision*
*Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'*Annexe XX *pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

Formation continue
Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*
*- le code de congé **17;***
*- **1,00** ou **0,50** dans le champ* Durée (jours)*;*
*- le code d'activité **051133** Demi-journée de formation continue (TH seulement) ou **051134** Journée complète de formation continue (TH seulement).*

AVIS **:** *À compter du 30 juin 2024, le médecin rémunéré à honoraires fixes qui ne maintient pas ce mode de rémunération doit remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216)*.

*Utiliser le code de congé **89** pour chaque journée ou demi-journée travaillée selon un autre mode de rémunération*.

2.00 Aux fins des dispositions de l'Entente générale, les activités rendues par ces médecins au GMF-U de la Haute-Ville sont réputées être dans un point de service CLSC.

AVIS **:** *Utiliser le numéro d'établissement 83445*.

3.00 Pour les activités cliniques effectuées au service de sans rendez-vous au GMF-U de la Haute-Ville, le médecin sera rémunéré à l'acte au tarif cabinet.

AVIS : *Utiliser le numéro du cabinet **54508***.

4.00 Le présent accord remplace l'Accord n° 779 à compter du 1er avril 2024 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ____e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 794

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au centre À Deux Mains / Head and Hands.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que le centre À Deux Mains / Head and Hands accueille une clientèle multiculturelle de 12 à 25 ans avec des problèmes de santé divers, incluant des problèmes de santé mentale ;
CONSIDÉRANT que la localisation du centre À Deux Mains / Head and Hands fait en sorte qu'une portion importante de la clientèle est composée d'étudiants, de jeunes issus de milieux défavorisés ainsi que des jeunes parents (moins de 25 ans) ;
CONSIDÉRANT que le centre À Deux Mains / Head and Hands travaille à promouvoir le bien-être physique, mental et social des jeunes de ce groupe d'âge, que l'implication des médecins vise surtout cette clientèle et qu'ils offrent des services de proximité.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le centre À Deux mains / Head and Hands est réputé être un CLSC pour les fins de la rémunération des activités cliniques.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (1215).
Inscrire le numéro d'établissement ***83505****.*
*Pour les secteurs de dispensation qui s'appliquent en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'*Annexe XX.

2.00 Le médecin qui exerce au centre À Deux Mains / Head and Hands est rémunéré de façon exclusive selon le mode du tarif horaire.
3.00 Une banque de 800 heures par année est allouée au centre À Deux Mains / Head and Hands. Cette banque peut être modulée par le comité paritaire selon l'évolution des besoins. Le comité paritaire en informe alors la Régie par voie de lettre administrative.
4.00 Aucune rémunération n'est prévue pour les activités médico-administratives.
5.00 Les modalités pour la rémunération des activités liées à la supervision d'un résident ou d'un externe, prévues à la Section I de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* s'appliquent dans un centre désigné peuvent s'y appliquer. Les modalités d'inscription de clientèle de l'*Entente particulière sur la médecine de famille, prise en charge et de suivi de la clientèle* s'y appliquent également.
6.00 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables y trouvent application.
7.00 Pour se prévaloir des modalités du présent accord, le médecin transmet sa demande au comité paritaire. Cette demande doit être accompagnée des informations et documents suivants :

- - Date de début de pratique ;
- - Recommandation du centre À Deux Mains / Head and Hands quant à la désignation du médecin.

8.00 Le présent accord tient lieu de nomination.
9.00 Le médecin qui cesse de pratiquer au centre À Deux Mains / Head and Hands doit aviser le comité paritaire de son départ. Le comité paritaire en informe la Régie.
10.00 Le présent accord est en vigueur à compter du 1er juin 2024, et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ____e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 795

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle de la Maison de la famille de la Nouvelle-Beauce.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que les services rendus à la Maison de la famille de la Nouvelle-Beauce qui s'apparentent aux services offerts dans un centre de pédiatrie sociale en communauté ;

CONSIDÉRANT l'importance des services offerts à la clientèle de la Maison de la famille de la Nouvelle-Beauce.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le médecin qui pratique à la Maison de la famille de la Nouvelle-Beauce est visé par l'ensemble des conditions d'applications de la Lettre d'entente n° 299, et ce, en y faisant les adaptations nécessaires à l'application du présent accord.
2.00 Le comité paritaire chargé de l'application de la Lettre d'entente n° 299 désigne dans le cadre du présent accord le milieu admissible, et ce, en conformité avec les dispositions de la Lettre d'entente n° 299, en y faisant les adaptations nécessaires. De plus, il avise la Régie du nom des médecins autorisés à se prévaloir des dispositions de l'article 3.00 de la Lettre d'entente n° 299 en vertu du présent accord.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
Inscrire :
*- le code d'activité **268030** Services cliniques;*
*- le numéro d'établissement **81425**.*
*Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'*Annexe XX*.*

*Pour la rémunération à l'acte, utiliser le numéro d'établissement **81425**.*

3.00 Le présent accord est en vigueur à compter du 1er décembre 2023, et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 796

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins omnipraticiens qui assurent la garde en disponibilité pour le Centre multiservices de santé et de services sociaux de Témiscaming-Kipawa.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT le nombre limité de médecins assurant les services sur une base régulière dans ce milieu, situation qui persiste depuis plusieurs années ;

CONSIDÉRANT le besoin sporadique et imprévisible de couverture double pour assurer les soins des patients admis, assurer la prise en charge des patients à l'urgence et organiser les transferts inter établissements dans un contexte d'isolement géographique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les modalités du paragraphe 6.01 et du paragraphe 7.00 de l'*Entente particulière sur le Grand-Nord* s'appliquent au Centre multiservice de santé et de services sociaux de Témiscaming-Kipawa à l'exclusion d'autres modalités rémunérant la garde en disponibilité. Elles peuvent trouver application autant pour un médecin qui exerce régulièrement dans le milieu qu'un médecin exerçant dans le mécanisme du dépannage et ce, que l'autorisation de ce dernier vise les services à l'urgence ou auprès des patients admis de courte durée.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (1897) *ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin rémunéré à l'acte, selon le mode mixte, à tarif horaire ou à honoraires fixes exerçant des activités régulières dans tous les secteurs du centre.*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 796*;*
- sélectionner le numéro d'établissement ***91312****;*
- sélectionner le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Pour la rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes, indiquer :*
- le code d'activité ***002081*** *Garde en disponibilité;*
- le code d'activité ***009081*** *pour la facturation à tarif horaire de la garde en disponibilité, dans le cadre du mécanisme de dépannage;*
- le numéro d'établissement ***91312****;*
- dans les Renseignements complémentaires*, l'heure de début et l'heure de fin de la garde en disponibilité.*

2.00 La garde en disponibilité couvre à la fois la clientèle admise auprès du centre que les patients inscrits à l'urgence.
3.00 Au plus un (1) médecin peut, par période de garde en disponibilité, se prévaloir de la rémunération pour la garde en disponibilité au sein de ce milieu. Advenant la facturation de la garde en disponibilité durant une semaine ou portion de semaine, aucun autre médecin ne peut se prévaloir d'une garde sous-régionale ou d'une garde locale en vertu de l'*Entente particulière sur la garde en disponibilité*.
4.00 Les heures de garde en disponibilité n'entrent pas dans la comptabilité des paragraphes 5.01 ou 5.02 de la Partie I de l'*Annexe XIV*.

5.00 Le présent accord est en vigueur à compter du 1er juin 2024, et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ____e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 797

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation du groupe de médecine familiale universitaire de Vaudreuil-Soulanges.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré de Santé et Services sociaux de la Montérégie-Ouest.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (93562).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 797*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2.00 Une banque de sept cents (700) heures est allouée au CLSC de Vaudreuil-Soulanges pour la période du 1er septembre 2021 au 30 juin 2024 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

3.00 Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro d'établissement ***93562****.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051031** Étude de dossiers.*

4.00 Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

5.00 Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.

6.00 Le présent accord remplace l'Accord n° 757. Il entre en vigueur le 1er septembre 2021 et il prend fin le 30 juin 2024, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de___ 2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 798

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des activités préparatoires à l'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire relevant du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les activités académiques visées au présent accord sont celles effectuées pendant la période d'implantation d'un groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) qui conclura une entente de service avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin exerçant dans le GMF-U (40051).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Accord n° 798*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Lorsque le GMF-U sera officiellement désigné à l'EP 42 – Médecin enseignant, un nouveau formulaire 3547 sera requis pour chaque médecin.

2.00 Une banque de sept cents (700) heures est allouée au GMF-U Montréal-Nord pour la période du 1er février 2023 au 30 juin 2026 et couvre l'ensemble des activités académiques effectuées pour l'implantation du GMF-U.

3.00 Les médecins ayant participé aux activités visées aux présentes sont rémunérés selon le mode du tarif horaire.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*
Inscrire le numéro d'établissement ***40051****.*
Utiliser les codes d'activité suivants :
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051031** Étude de dossiers.*

4.00 Le médecin responsable du projet répartit les heures allouées entre les médecins qui ont participé aux activités visées aux présentes.

5.00 Le médecin responsable transmet à la Régie la liste des médecins visés à l'article 4.

6.00 Le présent accord remplace l'Accord n° 773. Il entre en vigueur le 1er février 2023 et il prend fin le 30 juin 2026, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 799

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait à certaines dispositions relatives à la rémunération des services dispensés au Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que les services rendus au Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke s'apparentent à ceux offerts en centre local de services communautaires (CLSC);

CONSIDÉRANT que les services médicaux s'adressent aux Autochtones des Premières Nations et de la Nation Inuit, leur offrant un environnement de sécurisation culturelle en milieu urbain.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services dans le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke, ce dernier est réputé être un CLSC. Le médecin qui y exerce peut choisir d'y être rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire, le mode des honoraires fixes, le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, et ce, sans égard au mode de rémunération choisi dans une autre installation de l'établissement où il est nommé.

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'établissement* ***83515****.*

*Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'*Annexe XX.

2.00 Les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* s'appliquent dans un tel centre.

3.00 Les modalités pour la rémunération des activités liées à la supervision d'un résident ou d'un externe prévues à la Section I de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant s'appliquent dans un centre désigné* s'y appliquent.

4.00 Les services rendus dans un tel centre sont sujets aux majorations en horaires défavorables en CLSC prévues au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX.

5.00 Le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke peut s'intégrer à un groupe de médecine de famille, dans le respect des exigences du Programme, et les modalités de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF)* trouvent alors application.

6.00 Pour se prévaloir du présent accord, le médecin transmet sa demande au comité paritaire.

Cette demande doit contenir les informations suivantes :

- - Nom du centre;
- - Date de début de pratique;
- - Le mode de rémunération demandé.

Le comité paritaire informe la Régie de la désignation du médecin omnipraticien, de son choix de mode de rémunération et de la date de début de ses activités professionnelles dans ce centre.

Un médecin peut demander au comité paritaire de modifier son choix de mode de rémunération et le comité juge s'il y donne suite et, le cas échéant, en informe la Régie de même que de la date de changement.

7.00 Le présent accord tient lieu de nomination.

8.00 Lorsqu'un médecin quitte la pratique à l'intérieur du Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke, il doit aviser le comité paritaire de la date de son départ. Le comité paritaire en informe la Régie.

9.00 Le présent accord est en vigueur à compter du 1er mai 2024 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ____e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 800

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération des médecins qui exercent à l'urgence du Centre de santé de Chibougamau.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que la Ville de Chibougamau a fait l'objet d'un ordre d'évacuation du 6 juin 2023 au 12 juin 2023 en raison des feux de forêts;
CONSIDÉRANT que l'urgence du Centre de santé de Chibougamau est demeurée ouverte pour répondre aux besoins du personnel des services essentiels et des secouristes, ainsi qu'aux besoins d'assistance des localités voisines confrontées au besoin de transférer des patients;
CONSIDÉRANT que les médecins prévus à l'urgence durant cette période ont subi une diminution de rémunération provoquée par ces remaniements imprévus;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 En considération de la situation exceptionnelle ci-haut décrite, durant la période à compter du 6 juin 2023 à 12 h jusqu'au 12 juin 2023 à 24 h, le comité paritaire autorise les modalités de facturation suivantes en sus des montants forfaitaires prévus au paragraphe 5.03 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime A pour les installations du groupe 3 et des dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général de l'Annexe V :

a) Entre 8 h et 20 h, durant la période décrite à l'article 1 ci-dessus, s'ajoute à la rémunération un forfait horaire compensatoire au montant de 43,36 $ lequel s'applique sur toutes les heures déjà facturées au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait horaire susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42324** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

*Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait codifié **42324** est facturé le même jour.*

b) Entre 20 h et 24 h, durant la période décrite à l'article 1 ci-dessus, s'ajoute à la rémunération un forfait horaire compensatoire au montant de 55,72 $ lequel s'applique sur toutes les heures déjà facturées au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait horaire susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42325** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

*Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait codifié **42325** est facturé le même jour.*

c) Entre 0 h et 8 h, durant la période décrite à l'article 1 ci-dessus, s'ajoute à la rémunération un forfait horaire compensatoire au montant de 49,18 $ lequel s'applique sur toutes les heures déjà facturées au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait horaire susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***42326*** *et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait codifié ***42326*** *est facturé le même jour.*

2.00 Aucun service additionnel ne peut être facturé durant la période où le médecin reçoit un forfait horaire compensatoire décrit au paragraphe 1.

3.00 La rémunération décrite ci-dessus est sujette à l'application des majorations et suppléments applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général.

4.00 Les majorations applicables en vertu de l'Annexe XII de l'Entente concernant la rémunération différente s'appliquent.

5.00 Le paragraphe 5.3 de l'Annexe IX s'applique à la rémunération versée en vertu du présent accord.

6.00 Le présent accord est en vigueur du 6 juin 2023 au 12 juin 2023.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce ____e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 801

Entre le ministre de la Santé et des Services Sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les modalités d'application particulières relatives à la procédure d'obtention d'un avis de conformité aux plans régionaux d'effectifs médicaux durant la période comprise entre le 15 septembre 2024 au 30 novembre 2025.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT que le processus relatif à la gestion des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) doit être adapté pour l'exercice du PREM 2025;
CONSIDÉRANT que ces changements sont nécessaires pour apporter une meilleure souplesse et agilité dans ce processus;
CONSIDÉRANT que l'*Entente particulière relative au respect des Plans régionaux d'Effectifs médicaux* (EP- PREM) prévoit les règles encadrant ce processus et qu'en considération de ce qui précède, il y a lieu de prévoir, pour une période temporaire, des modalités particulières relatives à la procédure d'obtention d'un avis de conformité pour l'exercice du PREM 2025.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période d'application visée par le présent accord, les modifications suivantes sont apportées à l'EP-PREM, en faisant les adaptations nécessaires :

1.1 En remplaçant le troisième alinéa de l'article 5.01 par le suivant :

« Une demande d'obtention d'avis de conformité faite entre le 15 octobre 2024 et le 31 octobre 2024 est traitée et encadrée par les modalités qui suivent : »

1.2 En remplaçant les 4e et 5e puces de l'article 5.01 par les suivantes :

- Du 1er novembre 2024 au 14 février 2025, le ministère transmet les candidatures au(x) DRMG identifié (s) par le candidat sur la demande d'avis de conformité. Le DRMG de chaque région doit répondre à toutes les demandes qu'il aura alors reçues le 13 décembre 2024 et informer le ministère de leurs décisions selon les modalités exposées au paragraphe 5.02 de la présente entente.
- Lorsque toutes les places au PREM sont comblées dans les régions identifiées par le candidat, le ministère informe le candidat non retenu de la fin du traitement de sa demande pour les processus d'application et l'informe qu'il peut communiquer avec les DRMG des régions pour lesquelles des places sont disponibles. Aux fins de l'application du présent alinéa, toute demande d'obtention d'un avis de conformité transmise au ministère après le 31 octobre 2024 sera traitée après le 14 février 2025, selon le principe « premier arrivé, premier servi ».»

1.3 En remplaçant les 3e et 4e puces de l'article 5.02 par les suivantes et en ajoutant la 5e puce suivante :

- dans un premier temps, offrir les avis de conformité aux candidats dont les sous-territoires correspondent au 1er choix exprimé dans leurs demandes;
- dans un deuxième temps, offrir aux candidats non sélectionnés les avis de conformité toujours disponibles dans les sous-territoires de leur 2e choix au PREM;

- dans un troisième temps, offrir aux candidats non sélectionnés dans les sous-territoires de leur 1er et 2e choix, les places toujours disponibles au PREM de la région.

1.4 En remplaçant le cinquième alinéa de l'article 5.02 par le suivant :

« Lorsqu'il y a un nombre égal ou inférieur de candidats que de places disponibles dans un RLS à une date donnée, le DRMG accepte sans autres formalités la demande d'obtention d'avis de conformité le 13 décembre 2024. »

1.5 En remplaçant l'article 5.04 par le suivant :

« Entre le 13 décembre 2024 et le 8 janvier 2025, le médecin doit confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaudra de l'avis de conformité qui lui a été délivré. Il précise également la date effective d'entrée en vigueur de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du délai imparti, son avis de conformité est révoqué par le DRMG et offert à un autre candidat admissible, le cas échéant.

Le médecin qui se voit offrir un nouvel avis de conformité suite à un désistement doit confirmer ses intentions par écrit au DRMG dans un délai de 5 jours. Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du ce délai de 5 jours, son avis de conformité est révoqué par le DRMG et offert à un autre candidat admissible, le cas échéant.

Après le 14 février 2025, le médecin a 10 jours pour confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaudra de l'avis de conformité qui lui a été délivré. Il précise également la date effective d'entrée en vigueur de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne débute pas ses activités à la date effective d'entrée en vigueur, il est réputé avoir refusé d'exercer ses activités. Dans pareil cas, le DRMG révoque l'avis de conformité délivré. Il en informe le médecin concerné et la Régie.

Tout désistement d'un candidat, subséquent à la confirmation qu'il a fait parvenir au DRMG de l'acceptation de son avis de conformité oblige le candidat, s'il veut obtenir un avis de conformité, à faire une nouvelle demande qui sera traitée après le 14 février 2025. »

2.00 Le présent accord entre en vigueur le 15 septembre 2024 et il prend fin le 30 novembre 2025, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce _____e jour _____ 2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 802

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui dispensent des services médicaux au Centre de santé Mino Tehewin situé au Lac-Simon et au Centre de Santé de Kitcisakik situé au village de Kitcisakik dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT que les services rendus au Centre de santé Mino Tehewin et au Centre de Santé de Kitcisakik s'apparentent à ceux offerts en centre local de services communautaires (CLSC);

CONSIDÉRANT que les services médicaux s'adressent à la nation Anishnabe;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services médicaux rendus sur place à la nation Anishnabe au Centre de santé Mino Tehewin et au Centre de Santé de Kitcisakik sont réputés être un CLSC. Le médecin qui y exerce est rémunéré selon les modes de rémunération accessibles dans un tel milieu et est régi par les règles qui s'y appliquent concernant la possibilité de modifier le choix de mode de rémunération.

AVIS **:** *Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre nomination :*
*- **83595** (Centre de santé Mino Tehewin);*
*- **83605** (Centre de Santé de Kitcisakik).*

*Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'*Annexe XX.

2. Les dispositions de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle, ce centre de santé* s'appliquent dans un tel centre.

3. Pour se prévaloir du présent accord, le médecin transmet sa demande au comité paritaire.

Cette demande doit contenir les informations suivantes :

- Le nom du centre;
- La date de début de pratique;
- Le mode de rémunération demandé;
- La recommandation du centre de santé quant à la désignation du médecin.

Le comité paritaire informe la Régie de la désignation du médecin omnipraticien, de son choix de mode de rémunération et de la date de début de ses activités professionnelles dans le centre.

Un médecin peut demander au comité paritaire de modifier son choix de mode de rémunération et le comité juge s'il y donne suite et, le cas échéant, en informe la Régie de même que de la date de changement.

4. Le présent accord tient lieu de nomination.

5. Lorsqu'un médecin quitte la pratique à l'intérieur du Centre de santé Mino Tehewin, ou au Centre de Santé de Kitcisakik, il doit aviser le comité paritaire de la date de son départ. Le comité paritaire en informe la Régie.

6. Le présent accord entre en vigueur le 1er septembre 2024 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 803

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait aux modalités de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux de Forestville durant certaines périodes de fermeture du service d'urgence pendant la période estivale 2024.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur les modalités spécifiques de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux (CMSSS) de Forestville du lundi au vendredi, les samedi, dimanche et journée fériée, entre 8 h et 20 h, entre 20 h et 24 h et entre 0 h et 8 h durant la période décrite au paragraphe 1.2 ci-dessous.

1.2 Le présent accord couvre la période comprise entre le 14 juin 2024 et le 13 septembre 2024, sauf avis contraire des parties dénoncé à la Régie.

1.3 Le directeur des services professionnels transmet au comité paritaire, à chaque lundi, l'horaire complet de gardes sur place du service d'urgence pour la semaine à venir. L'horaire de gardes sur place transmis au comité paritaire doit préciser les périodes de gardes sur place visées par une fermeture partielle durant la semaine concernée.

Le comité paritaire informe la Régie des périodes de gardes sur place qui font l'objet d'une fermeture partielle au cours d'une semaine.

1.4 Les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* ainsi que celles, le cas échéant, déjà prévues à l'Entente.

2. MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.1 Entre 8 h et 20 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.1.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis au CMSSS de Forestville sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 5.03 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime A pour les installations du groupe 3.

2.1.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.1.1 un forfait horaire au montant de 54,00 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **20000** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Service d'urgence CLSC réseau de garde.

*Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait codifié **20000** est facturé le même jour.*

2.1.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.1.1 et 2.1.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette à l'application des majorations de l'Annexe XII de l'Entente.

2.1.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.1.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 8 h et 20 h.

2.2 Entre 20 h et 24 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.2.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis du CMSSS Forestville sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 5.03 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime A pour les installations du groupe 3.

2.2.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.2.1 un forfait horaire au montant de 28,60 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **20001** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Service d'urgence CLSC réseau de garde.

*Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait codifié **20001** est facturé le même jour.*

2.2.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.2.1 et 2.2.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette à l'application des majorations de l'Annexe XII de l'Entente.

2.2.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.2.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 20 h et 24 h.

2.3 Entre 0 h et 8 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.3.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis au CMSSS de Forestville sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 1.4 b) du Préambule général.

2.3.2 S'ajoute à la rémunération décrite au sous-paragraphe 2.3.1 un forfait horaire au montant de 11,80 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

2.3.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.3.1 et 2.3.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette aux majorations de l'Annexe XII de l'Entente.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **20002** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Service d'urgence CLSC réseau de garde.

*Inscrire l'heure de début de tous les services rendus lorsque le forfait codifié **20002** est facturé le même jour.*

2.3.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.3.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 0 h et 8 h.

3 DURÉE DE L'ACCORD

3.1 Le présent accord entre en vigueur le 14 juin 2024 et se termine le 13 septembre 2024, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative. Le cas échéant, les parties avisent la Régie des dates d'application du présent accord.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce _____e jour de____ 2024.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD N° 804

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement aux services rendus au GMF-U de la Haute-Ville

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
CONSIDÉRANT le transfert des activités du GMF-U de la Haute-Ville vers un cabinet privé;

CONSIDÉRANT l'importance de l'offre de services médicaux rendus par certains médecins selon les modes de rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes;

CONSIDÉRANT que ces modes de rémunération ne sont pas accessibles dans un cabinet privé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Exceptionnellement, le médecin qui détenait une nomination au CLSC et GMF-U de la Haute-Ville avant le transfert des activités peut, sur désignation du comité paritaire, continuer à se prévaloir de son mode de rémunération antérieur lorsque les activités seront transférées au cabinet du GMF-U de la Haute-Ville.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à* honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
*Inscrire le numéro d'établissement **83445** et utiliser les codes d'activité suivants :*
*- **051015** Examens relatifs à l'hépatite C;*
*- **051027** Développement d'instruments cliniques ou pédagogiques;*
*- **051028** Gestion administrative spécifique du GMF-U;*
*- **051030** Services cliniques;*
*- **051031** Étude de dossiers;*
*- **051032** Rencontres multidisciplinaires;*
*- **051043** Tâches médico-administratives et hospitalières;*
*- **051068** Encadrement clinique et pédagogique;*
*- **051069** Activité de supervision.*
*Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'*Annexe XX *pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

Formation continue
Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat (1216) *et inscrire :*
*- le code de congé **17;***
*- **1,00** ou **0,50** dans le champ* Durée (jours)*;*
*- le code d'activité **051133** Demi-journée de formation continue (TH seulement) ou **051134** Journée complète de formation continue (TH seulement).*

AVIS **:** *À compter du 30 juin 2024, le médecin rémunéré à honoraires fixes qui ne maintient pas ce mode de rémunération doit remplir la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*
*Utiliser le code de congé **89** pour chaque journée ou demi-journée travaillée selon un autre mode de rémunération.*

2.00 Aux fins des dispositions de l'Entente générale, les activités rendues par ces médecins au GMF-U de la Haute-Ville sont réputées être dans un point de service CLSC.

3.00 Pour les fins du versement annuel du forfait d'inscription de même que du forfait annuel de prise en charge du patient vulnérable en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle,* le lieu de suivi habituel des patients inscrits dans le cadre des activités au GMF-U de la Haute-Ville est réputé être le cabinet dans le même lieu, sans égard au fait que le médecin puisse être rémunéré à honoraires fixes lors de l'inscription ou du suivi.

4.00 Pour les activités cliniques effectuées au service de sans rendez-vous au GMF-U de la Haute-Ville, le médecin sera rémunéré à l'acte au tarif cabinet.

AVIS **:** *Utiliser le numéro du cabinet **54508**.*

5.00 Le présent accord remplace l'Accord n° 779 et l'Accord n° 793. Il entre en vigueur le 1er septembre 2023, à l'exception du paragraphe 4.00 qui entre en vigueur le 1er avril 2024. Il demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à_____, ce____ e jour de _____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ACCORD No 805

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ayant trait aux modalités de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux des Escoumins durant certaines périodes de fermeture du service d'urgence pendant la période estivale 2024.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'Entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 Cet accord porte sur les modalités spécifiques de rémunération applicables au médecin qui assure la garde sur place au service d'urgence du Centre multiservices de santé et de services sociaux (CMSSS) des Escoumins du lundi au vendredi, les samedi, dimanche et journée fériée, entre 8 h et 20 h, entre 20 h et 24 h et entre 0 h et 8 h durant la période décrite au paragraphe 1.2 ci-dessous.
1.2 Le présent accord couvre la période comprise entre le 20 juin 2024 et le 8 septembre 2024, sauf avis contraire des parties dénoncées à la Régie.
1.3 Le directeur des services professionnels transmet au comité paritaire les horaires de garde sur place à l'urgence qui doivent préciser les périodes de gardes sur place visées par une fermeture partielle durant la semaine concernée.
Le comité paritaire informe la Régie des périodes de gardes sur place qui font l'objet d'une fermeture partielle.
1.4 Les modalités de rémunération prévues au présent accord ont priorité sur les modalités de rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence de première ligne déjà prévues à *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* ainsi que celles, le cas échéant, déjà prévues à l'Entente.

2. MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.1 Entre 8 h et 20 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.1.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis au CMSSS des Escoumins sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 5.03 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime A pour les installations du groupe 3.
2.1.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.1.1 un forfait horaire au montant de 43,01 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42379** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

*Inscrire l'heure de début de tous les services lorsque le forfait codifié **42379** est facturé le même jour.*

2.1.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.1.1 et 2.1.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette à l'application des majorations de l'Annexe XII de l'Entente.

2.1.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.1.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 8 h et 20 h.

2.2 Entre 20 h et 24 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.2.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis du CMSSS des Escoumins sont rémunérés selon le montant du forfait prévu au paragraphe 5.03 de *l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements* soit celui applicable au Régime A pour les installations du groupe 3.

2.2.2 S'ajoute à la rémunération prévue au sous-paragraphe 2.2.1 un forfait horaire au montant de 30,37 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42380** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

*Inscrire l'heure de début de tous les services lorsque le forfait codifié **42380** est facturé le même jour.*

2.2.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.2.1 et 2.2.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette à l'application des majorations de l'Annexe XII de l'Entente.

2.2.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.2.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 20 h et 24 h.

2.3 Entre 0 h et 8 h, durant toute la semaine, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

2.3.1 Les services dispensés sur place, au bénéfice des patients inscrits au service d'urgence et aux patients admis au CMSSS des Escoumins sont rémunérés selon les dispositions du paragraphe 1.4 b) du Préambule général.

2.3.2 S'ajoute à la rémunération décrite au sous-paragraphe 2.3.1 un forfait horaire au montant de 10,72 $ lequel s'applique sur toutes les heures effectuées durant la période de garde sur place du médecin au service d'urgence. Aux fins de l'application de la présente disposition, le forfait susmentionné est rémunéré à 100 % de sa valeur.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **42381** et inscrire :*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde sur place au service d'urgence;
- le secteur d'activité Clinique d'urgence.

*Inscrire l'heure de début de tous les services lorsque le forfait codifié **42381** est facturé le même jour.*

2.3.3 La rémunération décrite aux sous-paragraphes 2.3.1 et 2.3.2 ci-dessus est sujette à l'application des majorations applicables dans un service d'urgence prévues au paragraphe 2.2.9 B du Préambule général. Elle est également sujette aux majorations de l'Annexe XII de l'Entente.

2.3.4 Aucun autre service rémunéré à l'acte ne peut être facturé durant cette période.

2.3.5 Un seul médecin à la fois peut se prévaloir de cette modalité de rémunération entre 0 h et 8 h.

3. DURÉE DE L'ACCORD

3.1 Le présent accord entre en vigueur le 20 juin 2024 et se termine le 8 septembre 2024, à moins d'avis contraire des parties dénoncé à la Régie par voie de lettre administrative. Le cas échéant, les parties avisent la Régie des dates d'application du présent accord.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce _____e jour de____ 2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

4. ENTENTES PARTICULIÈRES

AVANT-PROPOS

Les ententes particulières sont des ententes conclues entre le MSSS et la FMOQ en vertu de l'entente générale relative à l'assurance maladie (paragraphes 4.04 ou 17.07), qui ont pour objet la détermination de la rémunération et de certaines conditions d'exercice.

EP 1 – GRAND-NORD

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ASSURANCE HOSPITALISATION ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC CONCERNANT LES MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS LE GRAND-NORD

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans ou auprès des établissements ou installations suivants : le Centre de santé et des services sociaux de la Radissonie (Centre hospitalier La Grande Rivière), le Centre de santé de l'Hématite, le Centre de santé de la Minganie, le CLSC Naskapi ou l'un de leurs points de service.

1.02 Aux fins de l'application de l'annexe XII de l'entente générale, les CLSC rattachés aux établissements ou aux installations visés à la présente entente sont réputés être des CLSC du réseau de garde intégré. Il en va de même pour leur service d'urgence en ce qui a trait à l'application de l'annexe XXI de l'entente générale et du paragraphe 16.01 de l'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des centres susmentionnés, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS D'EXERCICE

3.01 La dispensation à domicile de services médicaux sur le territoire desservi par un établissement ou installation qui exploite un centre visé aux présentes fait partie du programme de santé de cet établissement ou installation. Il en est ainsi des services médicaux dispensés dans l'un de ces centres en vertu d'une entente de service;

3.02 Le temps que le médecin consacre à la dispensation de ces services fait partie de sa période régulière d'activités professionnelles s'il est rémunéré à honoraires fixes et, s'il est rémunéré selon le mode du tarif horaire, de sa période normale d'activités professionnelles;

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire***

Utiliser les codes d'activité suivants :

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002063*** *Garde sur place*
- ***002071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***002081*** *Garde en disponibilité*
- ***002084*** *Services cliniques (situation exceptionnelle) (TH seulement)*
- ***002085*** *Garde sur place (situation exceptionnelle) (TH seulement)*
- ***002094*** *Garde en disponibilité (points de services)*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
- ***002147*** *Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité*

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire. Le médecin peut cependant opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'entente.

De plus, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes peut parfois choisir, de façon ponctuelle et au cas par cas, d'être rémunéré selon le mode de l'acte, à l'exclusion du tarif horaire ou des honoraires fixes, pour certains services spécifiques, soit lorsqu'une lettre d'entente le permet explicitement ou lorsqu'il rend les services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1 au Préambule général de l'Annexe V ou complète les formulaires, rapports, constats et bulletins qui découlent de ceux-ci.

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Pour les services médico-administratifs, utiliser la facture de services médicaux.

4.02 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 16,10 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 16,25 $ par heure au 1er octobre 2019. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **002147** Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité.*

Cette prime est calculée par la RAMQ à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes et est versée le mois suivant la fin d'un trimestre.

*Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles facturées avec le code d'activité **002147** et payées dans le cadre de la présente EP 1 – Grand-Nord au cours du trimestre visé.*

5.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

5.01 Circonstances exceptionnelles et temporaires

S'il y a survenance de circonstances exceptionnelles et temporaires, le chef du département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser, au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu aux paragraphes 5.02 et 5.05 de l'annexe XIV de l'entente générale.

5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues

a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) sur lequel il doit :*

- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Grand-Nord*;*

- à la section Informations additionnelles*, sélectionner* Article 5.02 – Nomination à demi-temps en périodes discontinues*;*

- inscrire la période couverte par l'avis de service.

b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :

- la moitié de la prime d'isolement;
- deux (2) sorties;
- dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 5.02 a) de la présente entente particulière;

c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 8.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le centre ou l'installation. Elle est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur base horaire, auquel on applique un modificateur sur le taux horaire normal prévu. Au 31 mars 2019, le modificateur applicable est de 50 % et il est de 61,45 % à compter du 1er avril 2019.

6.02 Dans ou auprès d'un centre, d'une installation ou pour le compte d'un établissement exploitant plusieurs centres, au plus deux (2) médecins peuvent, par période de garde en disponibilité, se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 6.01;

6.03 Dans ou auprès d'un point de service désigné spécifiquement par accord des parties, un médecin peut, par période de garde en disponibilité, être rémunéré selon les modalités qu'édicte le paragraphe 6.01. Cette garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le dispensaire.

7.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

7.01 Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

7.02 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

8.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

8.01 Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement selon les termes du décret 1179-88 du 3 août 1988;

8.02 La perte de temps que subit un médecin par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

9.00 DÉPANNAGE

9.01 L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constitutée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les dispositions de ce même article s'appliquent au médecin visé par le présent article, sous réserve des dispositions suivantes :

9.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès d'un établissement ou installation visé, est rémunéré :

a) soit selon un *per diem* auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu au paragraphe 6.00;

b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au *per diem*, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire;

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

*- **009030** Services cliniques*

*- **009063** Garde sur place*

*- **009081** Garde en disponibilité*

*- **009094** Garde en disponibilité (points de service du Grand-Nord)*

Pour les activités professionnelles effectuées sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération :

Pour la rémunération au per diem :

-** inscrire **PD;

*- utiliser le code d'activité **009030** pour 9 heures d'activités sur place (équivaut à 14 heures d'activités).*

Pour la rémunération à tarif horaire :

*- inscrire **TH;***

*- utiliser le code d'activité **009030** lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au* per diem*, soit moins de 9 heures ou plus de 9 heures.*

Pour la garde :

*- **009063** : aucune particularité;*

*- **009081** : maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en **PD;***

*- **009094** : maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en **PD**.*

Si le mode de rémunération est PD, inscrire 9 heures dans la case Heures travaillées.

9.03 Sous réserve du paragraphe 7.02 de la présente entente, la rémunération versée selon le mode du tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

9.04 La rémunération selon le *per diem* couvre un maximum de quatorze (14) heures d'activités professionnelles, dont neuf (9) heures d'activités professionnelles sur place.

Le taux de base du *per diem* est de 1 105 $ au 1er septembre 2018 et de 1 116 $ au 1er octobre 2019.

9.05 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 de l'entente générale;

Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement.

9.06 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale, une rémunération versée en vertu du présent article de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale.

9.07 Aux fins de l'application des dispositions des articles 4.00 et 5.00 de l'annexe XX, le *per diem* est divisible en heures.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

*Lorsqu'un secteur de dispensation doit être utilisé, répartir les heures effectuées (*per diem *divisible en heures) avec ou sans secteur de dispensation. Par exemple :*

Facturation un jour ouvrable de 15 h à 24 h

Plage pm : 5 heures

Plage soir : 4 heures avec secteur de dispensation ***32***

10.00 MESURES TRANSITOIRES

10.01 Les heures excédentaires effectuées du 1er juin 1998 au 30 septembre 1998, peuvent être imputées sur les semaines couvrant la période du 1er décembre 1997 au 31 mai 1998, en autant que le médecin bénéficie de la disposition du paragraphe 6.09 de l'entente particulière du 8 octobre 1993 et que les règles d'application de ce paragraphe soient rencontrées.

10.02 Ces heures ainsi imputées ne sont pas comptabilisées dans le calcul des 1540 heures prévues au paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente générale;

10.03 La Régie applique cette imputabilité au plus tard le 28 février 1999;

10.04 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, peut, exceptionnellement, permettre à un médecin une dérogation aux délais qui lui sont fixés par le présent article.

11.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière intervenue en date du 8 octobre 1993, telle que modifiée subséquemment, concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord;

11.02 Elle prend effet le 1er juin 1998. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 19e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

EP 3 – SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES PROFESSIONNELS EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN, EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, DANS UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin auprès de patients dans l'unité de soins coronariens ou dans l'unité de soins intensifs et coronariens, excluant les lits de monitoring, sise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés inscrit à l'annexe I des présentes;

1.02 L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe I de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens visés aux présentes, optent pour le régime A ou B tels que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes. Dans le cas où une installation opère une unité de soins coronariens distincte de l'unité de soins intensifs, les médecins qui exercent dans l'unité de soins coronariens ne peuvent adhérer qu'au régime A;

3.02 Une option de rémunération quant au régime de rémunération ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'unité de l'installation à la présente entente. Elle est exercée par l'ensemble des médecins concernés;

3.03 L'adhésion d'une unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens d'une installation à la présente entente précise le régime de rémunération qui s'applique.

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION RÉGIME A

4.01 Le médecin, selon un choix quotidien, opte d'être rémunéré selon la formule du mode de rémunération forfaitaire prévue au présent article ou selon la rémunération à l'acte prévue à l'entente générale.

4.02 La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant :

pour la première journée de séjour dans l'unité un forfait de 141,05 $ au 1er septembre 2018 et de 142,45 $ au 1er octobre 2019;

pour la deuxième journée de séjour et les journées suivantes, un forfait de 116,30 $ au 1er septembre 2018 et de 117,45 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation suivants :*

- ***09997*** *pour la* ***première*** *journée de séjour dans l'unité;*
- ***08896*** *pour la* ***deuxième*** *journée et les jours* ***suivants*** *de séjour dans l'unité.*

Le code ***09997*** *peut être facturé* ***uniquement à la date de début du séjour****, soit la date à laquelle le patient est admis dans l'unité ou réadmis dans l'unité dans le cadre d'une même hospitalisation.* ***Dans ce dernier cas, la date de début de séjour doit correspondre à la date de la réadmission****.*

Cette rémunération ne comprend pas les services professionnels effectués le même jour en dehors de l'unité des soins intensifs pour un patient donné.

En plus du forfait ci-dessus, un supplément est payé lorsque le patient est intubé et est ventilé mécaniquement de manière soutenue, en dehors d'une période de réanimation, durant une journée en cause. Ce supplément, par patient, par journée, est de 56,95 $ au 1er septembre 2018 et de 57,50 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***15231*****.**

Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente en ce qui concerne le forfait et les actes non inclus dans le forfait et visés par le sous-paragraphe 2.2.9 A.

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début du service.*

NOTE : Le médecin qui réclame le supplément de ventilation peut, le même jour et pour le même patient, facturer l'installation pour ventilation en position ventrale.

4.03 Le forfait prévu ci-dessus ne comprend pas la rémunération de la prestation des actes suivants :

a) la réanimation cardio-respiratoire *(codes 00828, 00829)*;

b) la mise en place de la canule artérielle (*code 00684*);

c) le cathétérisme de veines centrales (*codes 00695, 09305, 09306 et 00487*);

d) la mise en place d'un cathéter artériel ou veineux pour hémodialyse par voie transcutanée (*code 00389*);

e) l'induction de l'hypothermie thérapeutique (*code 20018*);

f) l'installation pour ventilation en position ventrale (*code 20019*);

g) la mesure de la tension intra-abdominale (*code 20020*);

h) la constatation de décès *(codes 00013, 00014, 00016, 00018, 15234, 15264, 15265 et 15266)*;

i) l'examen d'évaluation médicale et le constat médico-légal pour un patient présumé victime d'agression sexuelle *(codes 09067, 09069, 15160 et 15967)*;

j) le forfait de congé en établissement d'un patient admis *(code 15158)*;

k) le forfait de déplacement d'urgence auprès d'un patient à l'unité des soins intensifs et coronariens entre 0 h et 7 h *(code 15232)*;

l) les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (*code 15643*);

m) la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (*code 00596*);

n) l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (*code 00182*);

o) le traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (*code 00412*);

p) le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (*code 00413*);

q) la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (*code 00489*);

r) la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique
(*code 00669*);

s) l'échographie ciblée d'urgence (*code 00689*).

4.04 Sont rémunérés à l'acte de la façon prévue à l'entente générale les soins simultanés requis par le médecin qui fournit l'ensemble de la prestation de services, les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant ou, en cas de non-disponibilité du médecin visé au paragraphe 3.01, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin.

AVIS **:** *Selon la situation, utiliser les éléments de contexte suivants :*
- **Soins immédiatement requis, dispensés car non disponibilité temporaire du médecin responsable***;*
- **Médecin consultant***;*
- **Soins simultanés selon l'EP – Soins intensifs et coronariens**.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION - RÉGIME B

5.01 Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens de l'installation peuvent opter pour le régime B si cette unité répond aux conditions suivantes :

a) elle comprend au moins sept (7) lits exclusivement de soins intensifs généraux ou dix (10) lits de soins intensifs et coronariens;

b) l'occupation moyenne de ces lits de soins intensifs généraux doit être sur base quotidienne d'au moins sept (7) patients de soins intensifs généraux ou de dix (10) patients de soins intensifs et coronariens;

c) la responsabilité de tous les patients ainsi que la coordination de tous les lits de l'unité est assumée par un médecin omnipraticien;

d) un seul médecin assume l'ensemble des soins dispensés auprès des patients de l'unité au courant de la période décrite au paragraphe 5.02.

5.02 Les modalités de rémunération prévues au présent article couvrent une période minimale de huit (8) heures de services dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le médecin est alors rémunéré selon un tarif de 776,15 $ au 1er septembre 2018 et de 783,90 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19105;***

- l'heure de début et l'heure de fin du forfait.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée que le forfait est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Soins intentifs ou coronariens est réclamé**.

Malgré ce qui précède, au moment de l'adhésion de l'unité au régime B et sur demande de l'établissement ou des médecins concernés, le comité paritaire peut, en tenant compte notamment du nombre de lits et de la nature des soins requis, autoriser la rémunération sur la base d'une période de dix (10) heures de soins dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le forfait est de 970,20 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 979,90 $ à compter du 1er octobre 2019.

AVIS *Inscrire :*

*- le code de facturation **19106;***

- l'heure de début du forfait.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée que le forfait est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Soins intentifs ou coronariens est réclamé**.

5.03 Au forfait prévu au paragraphe précédent, s'ajoute un forfait quotidien par patient dont le médecin assume la responsabilité. Ce forfait est fixé à 42,65 % de la moyenne du tarif des deux (2) forfaits apparaissant au paragraphe 4.02 des présentes, soit de 54,90 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 55,45 $ à compter du 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19107.***

5.04 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9.A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente en ce qui concerne les forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus et les actes non inclus dans les forfaits et visés par le sous-paragraphe 2.2.9.A.

5.05 Ces forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 incluent tous les services dispensés auprès d'un patient de l'unité pendant une journée au cours de laquelle le médecin se prévaut des dispositions du présent article sous réserve des dispositions suivantes :

a) Sont rémunérés à 45 % du tarif les actes suivants :
- la réanimation cardio-respiratoire;
- le supplément de ventilation prévu au paragraphe 4.02 *(voir l'avis sous le paragraphe 4.02 concernant la facturation du code **15231**);*
- la mise en place de la canule artérielle;
- le cathétérisme de veines centrales;
- la mise en place d'un cathéter artériel ou veineux pour hémodialyse par voie transcutanée;
- la mesure de la tension intra-abdominale;
- l'induction de l'hypothermie thérapeutique lorsque l'intervention commence à l'intérieur de la période visée au paragraphe 5.02;
- l'installation pour ventilation en position ventrale lorsque l'intervention commence à l'intérieur de la période visée au paragraphe 5.02;

les échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (*code 15643*);
la ponction lombaire avec ou sans épreuve manométrique (*code 00596*);
l'intubation endotrachéale seule, non reliée aux services médicaux au préambule particulier d'anesthésie réanimation (*code 00182*);
le traitement de pneumo et d'hémothorax ou les deux par pleurotomie et drainage fermé (*code 00412*);
le traitement d'épanchement pleural par pleurotomie et drainage fermé (*code 00413*);
la cardioversion électrique avec ou sans défibrillation (*code 00489*);
la mise en place d'un cathéter dans la veine sous-clavière ou jugulaire, sous guidage échographique
(*code 00669*);
l'échographie ciblée d'urgence (*code 00689*).

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Soins intentifs ou coronariens est réclamé**.

b) Le médecin qui se prévaut des dispositions du présent article et qui dispense des services auprès d'un patient de soins coronariens admis à l'unité de soins intensifs ou coronariens dont il n'assume pas la responsabilité est rémunéré à 45 % du tarif des actes.

AVIS **:** *Utiliser les éléments de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Soins intensifs ou coronariens est réclamé** *et* **N'assume pas la responsabilité du patient**.

c) Sont rémunérés à 100 % selon l'entente générale :

les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (annexe XIII de l'Entente);

la garde en disponibilité ainsi que les services nécessitant un déplacement et dispensés pendant cette période;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

en cas de non-disponibilité temporaire du médecin visé à la présente, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Soins immédiatement requis, dispensés car non disponibilité temporaire du médecin responsable**.

les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant auprès d'un patient de l'unité de soins coronariens ou de soins intensifs;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Médecin consultant**.

le forfait de congé en établissement d'un patient admis.

5.06 Tous les services dispensés hors de l'unité des soins intensifs et coronariens pendant la période visée au paragraphe 5.02 sont rémunérés à 45 % du tarif des actes posés.

AVIS **:** *Utiliser :*

- l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Soins intensifs ou coronariens est réclamé***;*

- si requis, l'élément de contexte **N'assume pas la responsabilité du patient**.

Indiquer l'heure de début du service.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente.

7.00 ADHÉSION ET RETRAIT

7.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière de son unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens et les modalités de retrait de celle(s)-ci;

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels au sein de l'unité visés par l'adhésion à la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

7.03 Une demande ayant pour objet le retrait d'une unité ou d'une installation, de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties;

7.04 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion de l'unité à la présente entente ou à son retrait de celle-ci ou quant à l'option relativement au régime de rémunération, le comité paritaire prévu à l'article 6.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;

7.05 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;

7.06 Les installations adhérentes en vertu de l'entente particulière signée le 16 mai 1991 sont réputées être adhérentes au régime A de la présente entente.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière signée le 16 mai 1991 et ses amendements. Elle entre en vigueur le 1er septembre 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16e jour de janvier 2006.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe I de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens.*

EP 6 - GARDE DANS CLSC

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde effectuée, dans le cadre du réseau de garde intégré, dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un centre local de services communautaires (C.L.S.C.) agréé par les parties et énuméré en annexe I des présentes.

AVIS **:** *Voir la liste des CLSC désignés à l'annexe I de l'EP 6 – Garde dans CLSC*.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin exerçant dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes,sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

3.01 Participation

Dans un centre local de services communautaires régi selon la présente entente particulière, cette entente permet au médecin non rémunéré à honoraires fixes dont l'activité professionnelle s'en limite à effectuer des gardes sur place régies en vertu des présentes, d'être titulaire, à cette fin, d'une nomination spécifique.

Cette entente particulière permet également à un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes dans un autre établissement d'être titulaire, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, d'une nomination spécifique à honoraires fixes pour la garde sur place qu'il effectue.

Une nomination spécifique à honoraires fixes au sens de la présente entente particulière ne comporte, à l'endroit du médecin qui en est titulaire, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

3.02 Garde sur place

La garde sur place effectuée par un médecin qui est rémunéré à l'acte est rémunérée selon ce mode et les options de rémunération prévues au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif s'appliquent.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde dans CLSC.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Voir les modalités d'application et de facturation au paragraphe 1.4 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

La garde sur place effectuée par un médecin qui se prévaut d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire est, selon le mode de rémunération applicable au médecin, rémunérée selon l'un de ces modes.

AVIS **:** *Utiliser l'un des codes d'activité suivants :*

*- **002063** Honoraires fixes et tarif horaire*

*- **002071** Tarif horaire*

*- **002132** Honoraires fixes*

Inscrire les codes de secteurs de dispensation suivants :

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation***
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	*35*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*28[1] ou 34*
Lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*32*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*33*
Lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	*07*

*[1] Le secteur de dispensation **28** peut être utilisé en considérant le paragraphe 4.01 iv) de l'annexe XX.*

3.03 Garde en disponibilité

Outre les motifs énoncés à l'article 14.00 de l'entente générale, la nécessité d'effectuer, en complémentarité avec la garde sur place, une garde en disponibilité selon la présente entente particulière, se fonde également sur le nombre réduit des effectifs médicaux et l'impossibilité qui en découle d'assurer, de façon continue, une garde sur place.

La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.
Pour les instructions de facturation, voir l'EP 38 – Garde en disponibilité.

3.04 Répartition de la garde sur place

Lorsque le fonctionnement du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes est assumé par des médecins dont certains sont rémunérés à l'acte et d'autres à honoraires fixes, la garde est répartie équitablement entre ces médecins par le chef de médecine générale, ou le médecin qui assume ces fonctions, peu importe leur mode de rémunération.

3.05 Activités professionnelles

Un médecin dont la nomination spécifique a pour objet exclusif, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, la dispensation de services d'urgence de première ligne selon la présente entente particulière ne peut être contraint d'accepter une autre activité professionnelle se situant en dehors des périodes de garde sur place visées aux présentes. Le présent paragraphe ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

Malgré l'objet restreint de sa nomination, le médecin qui est détenteur d'une nomination spécifique selon la présente entente particulière peut, à l'occasion et à la demande expresse du chef de médecine générale ou du médecin qui assume ces fonctions, accepter d'effectuer une activité professionnelle autre que la garde prévue à la présente entente particulière. Dans ce cas, pour l'activité professionnelle ainsi exercée, la rémunération à l'acte s'applique au médecin qui est rémunéré selon ce mode et, selon que le médecin est détenteur d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire, il est rémunéré, selon le mode de rémunération qui lui est applicable, en vertu des dispositions des paragraphes 15.04 ou 17.12 de l'Entente.

3.06 Effectifs médicaux

Malgré les paragraphes 10.09 et 10.11 de l'entente générale, le médecin régi selon le paragraphe 3.05 de la présente entente particulière ne peut voir son avis de non-renouvellement de nomination spécifique fondé sur la détermination des effectifs médicaux arrêtés par le conseil d'administration de l'établissement.

Toutefois, cette disposition ne doit pas avoir pour effet d'augmenter le nombre de médecins autorisés par le plan d'effectifs médicaux spécifique prévu pour le C.L.S.C.

3.07 Malgré l'objet restreint de la nomination spécifique du médecin rémunéré à honoraires fixes visé aux deuxième et troisième sous-paragraphes du paragraphe 3.01, la garde sur place effectuée par ce médecin dans un C.L.S.C. visé aux présentes est, selon les modalités qu'édicte l'annexe VI de l'Entente, prise en compte aux fins de la détermination du traitement hebdomadaire de ce médecin comme si la garde sur place visée avait été effectuée dans un établissement où, en qualité de plein temps ou de demi-temps, il exerce principalement.

3.08 La rémunération prévue à la présente entente particulière n'est payable, pour une même période de garde et pour un même service d'urgence, qu'à un seul médecin.

3.09 L'établissement avise la Régie du nom du médecin rémunéré selon la présente entente.

4.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

4.01 La présente entente particulière entre en vigueur à la date de sa signature.

4.02 Elle remplace l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) intervenue en date du 16 mai 1991 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16e jour de juin 1992.

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

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des C.L.S.C. désignés aux fins de l'entente particulière concernant la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré.

AVIS **:** *Voir la liste des CLSC désignés à l'annexe I de l'EP 6 – Garde dans CLSC.*

EP 10 - ANESTHÉSIE (CHSGS)

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DE SERVICES PROFESSIONNELS EN ANESTHÉSIE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

PRÉAMBULE :

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet de déterminer la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie effectuée par un médecin qui détient des privilèges en anesthésie dans une installation qui opère un centre hospitalier visé en annexe des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Le médecin, ou le cas échéant, le groupe de médecins si l'installation compte plus d'un médecin visé aux présentes, opte pour le régime B ou C tel que décrits aux articles 5.00 et 6.00 des présentes;

3.02 Seul le médecin rémunéré au 1er avril 2004 selon les dispositions du régime A peut continuer de s'en prévaloir.

Un médecin qui, subséquemment au 1er avril 2004, débute sa pratique en anesthésie dans une installation où le régime A s'applique déjà à un des médecins de l'installation ne peut lui-même s'en prévaloir. Il doit opter pour le régime B ou le régime C. Son option devient le régime auquel adhère l'installation pour tout autre médecin autre que celui visé à l'alinéa précédent;

3.03 Le médecin, ou, le cas échéant, le groupe de médecins, rémunéré, à la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière, selon les dispositions du régime A ou du régime B tel que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes continue de se prévaloir du même régime. Il peut, toutefois, opter pour le régime B ou C, selon le cas, selon les dispositions du paragraphe suivant;

3.04 Une option de rémunération au sens du présent article ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'installation à la présente entente. Elle est exercée par le médecin ou, dans le cas où l'installation compte plus d'un médecin visé aux présentes, par l'ensemble des médecins visés et doit recueillir leur accord unanime;

AVIS **:** *Lorsque l'option de rémunération est exercée, l'établissement doit en informer la RAMQ. Voir les modalités applicables dans l'avis administratif du régime de rémunération choisi.*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

3.05 L'adhésion d'une installation à la présente entente fait état du régime de rémunération pour lequel a opté le médecin visé aux présentes ou, le cas échéant, le groupe de médecins;

3.06 L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente ainsi que, le cas échéant, le nombre de vacations allouées dans le cadre du régime A.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe I de l'EP 10 – Rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés*.

4.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION A

4.01 La prestation des services professionnels en anesthésie, effectuée par un médecin visé par le présent mode est rémunérée selon le mode de la vacation;

4.02 Cette rémunération couvre la dispensation, par un médecin, de tous les actes anesthésiques au sens du préambule particulier d'anesthésie-réanimation prévu à l'entente générale du 1er septembre 1976 et comprend en outre la prestation de toute période de garde afférente à la dispensation de tels actes;

AVIS **:** *Inscrire le code d'activité **008030** Services cliniques sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

4.03 Pour la prestation des services anesthésiques visés aux présentes, le médecin est, sur une base hebdomadaire, rémunéré jusqu'à concurrence du nombre de vacations apparaissant à l'annexe I, sous la colonne intitulée régime A. Lorsque la prestation en cause ne couvre qu'une partie de la période hebdomadaire visée, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte. Pendant toute période ou partie de période hebdomadaire où le médecin est rémunéré à vacation en vertu de la présente entente particulière, il ne peut recevoir aucune autre rémunération pour des activités dans le centre hospitalier;

Lorsque plus d'un médecin dispense des services anesthésiques dans un centre hospitalier, le nombre de vacations prévu en annexe pour ce centre hospitalier est réparti par le centre hospitalier après consultation des médecins concernés.

Toutefois, un médecin ne peut être rémunéré pour plus de vingt (20) vacations hebdomadaires.

4.04 Dans le cadre du régime de rémunération prévu au présent article, le comité paritaire évalue le nombre de vacations allouées hebdomadairement pour la dispensation des services anesthésiques à l'installation visée aux présentes. Le nombre de vacations allouées est réévalué à tous les deux ans.

5.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION B

5.01 Sous réserve de l'article 7.00 des présentes, le médecin qui opte pour le régime B est rémunéré selon le mode de la vacation pour la dispensation sur place de l'ensemble des services en lien avec ses privilèges en anesthésie et pour la garde faite sur place afférente à ces services. Aux fins des dispositions du présent paragraphe, l'examen préanesthésie est exclu de l'ensemble des services en lien avec les privilèges en anesthésie;

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Services en anesthésie dans certains CHSGS.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Les examens préanesthésiques codifiés ***09092***, ***09093***, ***15192*** *ou* ***15193*** *peuvent être facturés en tout temps y compris pendant les heures rémunérées à la vacation avec les codes d'activité* ***008030*** *ou* ***008106*** *lorsqu'une anesthésie se prolonge après 16 h*.

5.02 La rémunération selon le mode de la vacation s'applique à la dispensation des services professionnels en anesthésie effectués sur place par le médecin, de 7 h à 16 h, du lundi au vendredi, incluant le cas échéant, pendant ces périodes, la garde faite sur place.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***008030*** *Services cliniques sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215)*.

Pour les services dispensés sur place après 16 h, l'entente générale s'applique.

5.03 Le médecin ne peut recevoir pour les services professionnels visés au présent article plus de trois (3) vacations par jour. Lorsque la prestation en cause ne couvre qu'une partie d'une journée telle que définie au paragraphe précédent, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte;

5.04 Malgré le maximum de vacations prévu au paragraphe précédent, lorsque la durée d'un acte anesthésique couvre des périodes qui sont rémunérées selon des modalités différentes, les modalités de rémunération applicables au début de l'acte anesthésique visé s'appliquent à la rémunération de l'ensemble de l'acte concerné;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***008106*** *pour la suite de l'anesthésie débutée pendant une période rémunérée à la vacation*.

5.05 Dans le cas où un installation n'opère qu'un seul bloc opératoire, sauf exception autorisée par le comité paritaire prévu à l'article 8 des présentes, et qu'il a été désigné aux fins du présent paragraphe par le comité paritaire, le médecin peut également se prévaloir des conditions de rémunération suivantes :

Le médecin qui dispense sur place des services d'anesthésie durant moins de 45 heures au cours d'une semaine donnée peut être rémunéré, à raison de la différence entre 45 heures et le nombre d'heures de services dispensés sur place, pour les heures faites non sur place, en-dehors de la période déjà rémunérée en vertu de l'article 7.00 des présentes, selon le mode de la vacation, au quart (1/4) du taux de la vacation pour chaque heure facturée ;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **008105**.*

Voir les avis sous les paragraphes suivants pour la facturation complémentaire s'appliquant à la situation.

*Les codes d'activité **008030** et **008105** ne peuvent être facturés simultanément. Lorsqu'ils sont facturés au cours de la même plage horaire, les heures de début et de fin doivent être précisées pour chacun de ces codes dans le champ* Renseignements complémentaires.

Concurremment aux heures compensées au quart (1/4) du taux de la vacation selon les modalités apparaissant à l'alinéa précédent et à la condition qu'il soit, lorsque requis, disponible pour la dispensation de services en anesthésie selon le règlement de l'établissement, le médecin peut exercer dans d'autres secteurs d'activités.

Il est alors rémunéré, en plus de la rémunération au quart (1/4) du taux de la vacation comme précisé ci-dessus, selon les dispositions suivantes :

- Les services dispensés auprès des malades admis dans l'établissement où le médecin détient sa nomination avec privilèges en anesthésie sont rémunérés selon les dispositions des paragraphes 5.01 à 5.03 des présentes malgré le fait qu'il ne s'agisse pas de services liés à sa nomination en anesthésie;

AVIS **:** *Pour les heures effectuées auprès de malades admis durant les heures de garde non faites sur place en anesthésie dans les secteurs **0XXX2**, **0XXX3**, **0XXX4**, **0XXX5**, **0XXX6** et **0XXX8**, utiliser le code d'activité **008139**.*

Ces heures sont rémunérées au taux de la vacation additionné du quart du taux de la vacation pour les heures de garde non faites sur place en anesthésie.

*Pour une même plage horaire, les codes d'activité **008139**, **008105** et **008030** ne peuvent se chevaucher.*

Indiquer les heures de début et de fin rattachées à chacun de ces codes dans le champ Renseignements complémentaires.

Exemple

Plage horaire	***Code d'activité***	***Nombre d'heures***	***Case* Renseignements supplémentaires**
AM	***008139***	*2 h (Services malade admis)*	*8 h à 10 h*
(2 h au taux de la vacation + 2 h au quart du taux de la vacation)			
AM	***008105***	*1 h*	*10 h à 11 h*
(1 heure non faite sur place en anesthésie = 1 h au quart du taux de la vacation)			
AM	***008030***	*1 h (Services cliniques en anesthésie)*	*11 h à 12 h*

- Les services dispensés dans d'autres secteurs d'activités sont rémunérés selon les modalités de rémunération s'appliquant dans le secteur en question.

Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions prévues à ce présent paragraphe que pour les journées ou partie de journées pendant lesquelles il assume seul la garde afférente à la dispensation des services en anesthésie.

AVIS **:** *Utiliser l'un des codes d'activité suivants :*

- ***008105*** *Heures non faites sur place*
- ***008139*** *Services malade admis régime B*

6.00 RÉGIME DE RÉMUNÉRATION C

6.01 Sous réserve de l'article 7.00 des présentes, le médecin qui opte pour le régime C est rémunéré, lorsqu'il dispense des services anesthésiques, selon le mode du *per diem* plus un pourcentage des actes tel qu'apparaissant à l'annexe II des présentes. Malgré certaines dispositions d'ententes particulières, cette rémunération couvre, de façon exclusive, pendant la période couverte par le *per diem* ou le demi- *per diem*, la dispensation de tous les services médicaux au sens de l'entente générale dispensés sur place et comprend la garde afférente à ces actes faite sur place.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Services en anesthésie dans certains CHSGS.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour la période où le médecin peut être rémunéré selon le mode mixte, pour les services en anesthésie rémunérés à l'acte, utiliser, selon la situation, l'un des éléments de contexte suivants :

- **Service dispensé pendant la période où un *per diem* est réclamé***;*
- **Service dispensé pendant la période où un demi *per diem A.M.* est réclamé***;*
- **Service dispensé pendant la période où un demi *per diem P.M.* est réclamé**.

Pour les services anesthésiques rendus en période de per diem*, utiliser le formulaire* Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743)*.

Les activités faites sur place en-dehors des périodes prévues au paragraphe 6.03 sont rémunérées selon l'entente générale;

6.02 Les services médicaux visés ainsi que les pourcentages des actes sont indiqués à l'annexe II des présentes. La détermination et l'application de ces pourcentages d'actes se font selon les règles suivantes :

i) Lorsqu'un service médical est visé par plus d'un pourcentage d'acte le pourcentage de l'acte le plus élevé est retenu;

AVIS **:** *Déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable selon le tarif du rôle 1 ou selon le tarif du rôle 2 (unités anesthésiques) du service médical*.

Ce supplément d'honoraires (%) s'applique ensuite pour tous les rôles à l'exception du rôle 4 qui n'est pas sujet à rémunération.

Pour un service médical à unités (rôle 1), tenir compte seulement du tarif de la première unité pour déterminer le supplément d'honoraires (%) applicable.

ii) Le pourcentage des actes est appliqué sur les unités de base ainsi que sur les unités de durée;

iii) Sous réserve de l'alinéa iv) ci-dessous, l'heure de début de prestation de services est retenu;

iv) À l'égard des procédés d'anesthésie-réanimation tarifés en unités, le temps de prestation du service est retenu pour les unités de durée et l'heure du début de prestation du service est retenue pour les unités de base.

6.03 Une journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités faites sur place de sept (7) heures, entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés.

Une demi-journée d'activités s'entend d'une période moyenne d'activités de trois heures et demie (3 ½), entre 7 h et 17 h, du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés;

6.04 Aux fins de la détermination d'une période moyenne d'activités on applique les règles suivantes :

i) le calcul de la période moyenne d'activités est effectué par période de deux (2) semaines;

ii) le médecin ne peut réclamer plus d'un *per diem* par jour;

iii) le médecin ne peut réclamer le paiement d'un demi *per diem* au cours d'une journée où il ne participe à aucune des activités prévues à l'article 6.02;

iv) le médecin ne peut réclamer le paiement d'un *per diem* au cours d'une journée où sa participation aux activités prévues à l'article 6.02 a été inférieure à trois heures et demie (3 ½);

v) aux fins de déterminer le nombre maximum de demi *per diem* qu'un médecin peut réclamer par période de deux (2) semaines, on divise par 3,5 le nombre d'heures de participation du médecin aux activités prévues à l'article 6.02 au cours de cette période de deux (2) semaines;

AVIS **:** *La période est établie selon le calendrier de la rémunération mixte.*

6.05 Un médecin reçoit un *per diem* pour l'ensemble des services médicaux qu'il dispense sur place au cours d'une journée d'activités. Pour une demi-journée d'activités, il reçoit la moitié du *per diem* applicable pour une journée. Le montant du *per diem* est de 841 $ au 1er septembre 2018 et de 849 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Pour les services anesthésiques rémunérés au* per diem :

- utiliser la Demande de paiement – Rémunération mixte *(3743);*

- inscrire le code d'activité ***008030*** *Services cliniques.*

Limitation sur la rémunération

6.06 Sous réserve du paragraphe 6.07, le médecin ne peut durant la journée, de 7 h à 17 h pendant laquelle il se prévaut d'un *per diem*, ou de 7 h à12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi *per diem*, se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'installation à l'exception de l'entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont limitées, pour la période en cause, à l'application des modificateurs apparaissant à l'annexe II des présentes.

Malgré ce qui précède, le médecin peut, de 16 h à 8 h, être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans un service d'urgence de l'établissement;

6.07 Sous réserve de l'article 7.00, le médecin peut exercer en cabinet ou dans tout établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière pour les services dispensés en dehors de la période de 7 h à 17 h s'il se prévaut d'un *per diem* ou en-dehors de la période de 7 h à 12 h s'il se prévaut d'un demi *per diem* ;

6.08 Le médecin ne peut, de 7 h à 17 h, lorsqu'il se prévaut d'un *per diem*, ou de 7 h à 12 h, ou de 12 h à 17 h, selon le cas, s'il se prévaut d'un demi *per diem*, être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs rendus dans le cadre de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* lorsque dispensés entre 7 h et 17 h, à l'exception des services médico-administratifs énumérés à l'annexe II des présentes;

6.09 Le médecin qui se prévaut d'un *per diem* ou d'un demi- *per diem* au cours d'une journée de calendrier est rémunéré pour l'examen pré-anesthésique selon le pourcentage applicable de l'annexe II sauf pour les soins immédiatement requis pendant une période de garde en disponibilité.

7.00 RÉGIMES B ET C : GARDE EN DISPONIBILITÉ

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée à raison d'un forfait pour les quarts de garde suivants :

du lundi au vendredi :

de 0 h à 7 h;

de 16 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime B;

de 17 h à 24 h pour le médecin rémunéré en vertu du régime C;

les samedi, dimanche et jour férié, de 0 h à 8 h et de 8 h à 16 h et de 16 h à 24 h;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation :*

*- **09090** Installation adhérente au régime B;*

*- **19045** Installation adhérente au régime C.*

Indiquer l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

*Le forfait n'est **pas divisible** sur une base horaire.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus pendant la garde en disponibilité, utiliser l'élément de contexte **Garde en disponibilité**.

Le montant du forfait est de 66,40 $ au 1er septembre 2018 et de 82,40 $ au 1er avril 2019.

7.02 Sous réserve du paragraphe 6.09, les services médicaux dispensés pendant une garde en disponibilité sont rémunérés de la façon prévue au paragraphe 15.03 de l'entente générale, cette rémunération entraînant, le cas échéant, l'application du paragraphe 2.4.7.3 B du préambule général au tarif;

7.03 Une garde au sens du présent article n'est effectuée que par un seul médecin; cette garde ne peut être concomitante avec une garde qui, dans un centre hospitalier, pour une même période, serait effectuée par un médecin spécialiste.

7.04 Un forfait supplémentaire de 478,35 $ au 1er septembre 2018 et de 590,75 $ au 1er avril 2019, par 24 heures de garde en disponibilité est versé à un médecin qui assure la garde en disponibilité un samedi, un dimanche ou un jour férié si l'installation auprès duquel cette garde est faite présente les caractéristiques suivantes :

i) il est situé dans une région désignée au sens de l'annexe XII de l'entente générale;

ii) il est en pénurie d'effectifs médicaux selon les critères que se donne le comité paritaire et;

iii) le plan d'effectifs médicaux en anesthésiologie prévoit un seul médecin.

Le comité paritaire désigne l'installation et la durée de cette désignation. Il peut, exceptionnellement, désigner une installation qui ne présente pas toutes les caractéristiques énoncées ci-dessus.

L'annexe III à la présente entente fait état des installations désignées ainsi que de la durée de la désignation.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe III de l'EP 10 – Rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.*

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19339**.*

*Ce forfait n'est **pas divisible** sur une base horaire.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

9.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci;

9.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels visés par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

9.03 Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'installation et des médecins concernés, l'accord des parties;

9.04 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion à la présente entente ou à son retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 4.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;

9.05 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;

9.06 L'adhésion d'une installation à la présente entente est abrogée lorsque aucun médecin de cette installation ne s'est prévalu de ses dispositions depuis plus d'un an ou, pour la première année d'application de la présente entente, de l'entente en vigueur du 1er juin 1997.

10.00 DISPOSITION TRANSITOIRE

10.01 Tout médecin ou ensemble de médecins d'une même installation qui, selon la modalité prévue au paragraphe 3.04 des présentes, opte pour le Régime C entre le 1er avril 2004 et le 30 septembre 2004 peut, malgré la limite en regard de la date anniversaire d'adhésion énoncée à ce paragraphe, modifier son option avant le 1er octobre 2004. La date de cette modification devient alors la date anniversaire visée au paragraphe 3.04 des présentes.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 20 mai 2004. Elle entre en vigueur le 1er avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe I de l'EP 10 – Rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.*

ANNEXE II

POURCENTAGE DES ACTES

%	Services médicaux visés
80	Tous les services médicaux, à l'exception des examens, visites et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), l'intervention clinique, les transferts ambulanciers : codes 09087 et 09246. Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base. Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus. Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans. Les services médicaux codés 00910, 00911, 00912, 00921, 00927, 00928, 00933, 00935, 00939, 00940, 00984, 00988, 00989, 00990, 00991, 00997, 00998, 00999, 01900, 00828, 00829, 00822, 00824. Les services médicaux codés 00123, 00170, 00176, 00251, 00291, 00435, 00469, 00530, 00542, 00559, 00575, 00617, 00639, 00648, 00707, 00753, 00799, 00973, 00975, 03019, 03026, 03028, 03029, 03039, 03040, 03041, 03042, 03043, 03044, 03045, 03046, 03120, 03122, 03123, 03124, 03125, 03133, 05022, 05023, 05025, 05027, 05029, 05057, 05060, 05067, 05077, 05080, 05081, 05083, 05090, 05140, 05141, 05142, 05146, 05147, 05150, 05154, 05158, 05160, 05161, 05164, 05166, 05194, 05241, 05242, 05245, 05253, 05279, 05280, 05304, 05329, 05335, 05338, 05339, 05350, 05353, 05362, 05363, 05364, 05374, 05379, 05384, 05385, 05386, 05389, 05396, 05405, 05412, 05418, 05421, 05423, 05426, 05428, 05429, 05434, 05436, 05437, 05450, 05452, 05467, 05470, 05473, 05474, 05475, 05478, 05480, 05485, 06101, 06113, 06114, 06115, 06141, 06199, 06311, 06312, 06331, 06332, 06334, 06335, 06336, 06340, 06357, 06374, 06383, 09351, 09352, 09353, 09360, 09362, 09363, 09419, 09422, 09423, 09436, 09439, 09444, 09446, 09447, 09448, 09449, 09450, 09492, 09493, 09494, 09495 et 09496 lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans.
100	Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Appareil cardio-vasculaire » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans. Tous les services médicaux apparaissant sous l'onglet « Système nerveux » lorsque dispensés à un patient de moins de 16 ans. Tous les services codés 00013, 00014, 00016, 00018, 09100, 09101, 09063, 09067, 09069, 09070, 09073, 09800, 09801, 09818, 09825, 09826, 09907, 09908, 09914, 09915, 09916, 09922, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09954, 09970, 09971, 15234, 15265, 15266,15795, 15796, 15797, 15967.

Modalité particulière :

Les pourcentages d'actes sont payables en rôle 1, 2 et 3 seulement.

ANNEXE III

Liste des installations désignées aux fins de l'application de l'article 7.04 de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe III de l'EP 10 – Rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.*

EP 11 - ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet, au bénéfice du médecin qui exerce sa profession au Québec, la détermination des conditions de remboursement par la Régie de l'assurance maladie du Québec d'une quote-part de la prime annuelle d'assurance responsabilité que ce médecin paie en regard de chacune des années de calendrier visées aux présentes.

2.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

2.01 Une prime d'assurance responsabilité professionnelle visée aux présentes ne comprend pas le coût de toute prime spécifique afférente à la couverture des actes médicaux posés antérieurement par le médecin;

2.02 La Régie rembourse au médecin participant au régime, une quote-part de sa prime d'assurance responsabilité professionnelle.

Cette quote-part correspond, selon la classification du médecin, à la différence entre la prime-témoin qui inclut la taxe de vente de 9 % sur les assurances et le montant représentant la contribution du médecin, lesquels sont mentionnés en annexe de la présente entente. La prime-témoin s'entend du montant de la cotisation fixé pour un genre d'activité médicale par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) pour l'année 2024 incluant la taxe de vente de 9 % sur les assurances.

Toutefois, pour le médecin qui ne souscrit pas son assurance responsabilité professionnelle auprès de l'ACPM, la quote-part correspond, selon le genre d'activité médicale visé, à la différence entre :

- le moindre de la prime d'assurance responsabilité professionnelle applicable pour l'année et de la prime-témoin incluant la taxe de vente de 9 % sur les assurances; et
- le montant mentionné en annexe représentant la contribution du médecin.

De plus, lorsque le médecin n'exerce qu'une partie de l'année et n'acquitte ainsi, auprès de l'ACPM ou d'un assureur, qu'une partie de la prime d'assurance responsabilité professionnelle autrement applicable, la quote-part est déterminée en tenant compte de la prime acquittée pour cette partie de l'année et en ajustant au prorata la contribution du médecin mentionnée en annexe.

3.00 REMBOURSEMENT

3.01 Le remboursement de prime est accordé au médecin qui, pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023, a touché des revenus supérieurs à 36 000 $.
Le remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2024, a touché des revenus supérieurs à 36 000 $.

Le remboursement de prime visé aux alinéas ci-dessus est aussi accordé au médecin qui, pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2023, ou pendant l'année 2024 a touché des revenus supérieurs à 20 000 $ mais inférieurs à 36 000 $ et qui remplit les conditions apparaissant à l'alinéa suivant.
Ce remboursement est accordé au médecin qui, au retour d'un congé de maternité, a une pratique réduite pour une période maximale de deux (2) ans d'au moins 30 % ou est en invalidité partielle temporaire ou, au médecin qui, s'étant prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté, effectue un retour en pratique active dans le cadre des paramètres fixés par la Lettre d'entente n° 154.

3.02 Un remboursement de prime est payé dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle.

Un remboursement de prime pour l'année 2024 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2025.

Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 %; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

AVIS **:**

AVIS **:** *Pour connaître les détails concernant la demande de remboursement, consulter la rubrique* Assurance responsabilité.

Lorsque le médecin a droit à un remboursement, le montant remboursé paraît au sommaire de l'état de compte lors d'un paiement régulier avec la mention Détail du remboursement en assurance responsabilité.

Le médecin est assuré par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM)

Le médecin n'a aucune démarche à effectuer auprès de la RAMQ. C'est l'ACPM qui fournit à la RAMQ les informations nécessaires au remboursement de sa quote-part à la suite de son adhésion et paiement.

Lorsqu'une partie de la prime a été acquittée par le médecin, la RAMQ rembourse partiellement la quote-part.

Le médecin est assuré par une compagnie AUTRE que l'ACPM

Pour demander le remboursement de sa prime d'assurance responsabilité, le médecin doit remplir et signer le formulaire Demande de remboursement relative à l'assurance responsabilité professionnelle *(2904).*

Dans la section ***Contrat d'assurance****, inscrire :*

- le numéro de contrat et le nom de la compagnie d'assurance;

- la date de début et la date de fin de la période de couverture;

- le montant total de la prime d'assurance en excluant la taxe provinciale et les frais d'administration.

La RAMQ calcule la quote-part remboursable.

La section ***Détail sur la prime payée*** *doit être remplie par le médecin assuré. Le code et le nom de l'activité font référence au genre de travail qui paraît sur la facturation.*

Le médecin doit joindre une pièce justificative numérique que la prime a été acquittée, en totalité ou en partie.

La pièce justificative doit comporter les informations suivantes :

- Nom du professionnel;

- Numéro de police;

- Montant du renouvellement de la police;

- Montant des taxes provinciales sur la prime d'assurance;

- Mention Payé.

Transmettre le formulaire dûment rempli et signé et la pièce justificative par courriel. *S'assurer que ces documents sont lisibles.*

4.00 MISE EN VIGUEUR

4.01 La présente entente a effet du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024. Elle est renégociée au 1er octobre 2024.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce____ième jour de_____2024.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

ANNEXE DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Genre d'activité	Prime témoin 2024 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Adjoint-e-s cliniques et hospitalistes dans un service de médecine ou de chirurgie • Comprend l'assistance chirurgicale, les soins pré/postopératoires. • Ne doit pas comprendre le travail dans une unité de soins coronariens, une unité de soins intensifs/critiques ou dans une unité de soins intensifs néonataux, les quarts de travail au service d'urgence ou la consultation dans le cadre de services de spécialistes. Ne doit pas comprendre le travail et l'accouchement, la pratique chirurgicale indépendante ou le traitement des fractures. * *Ce code ne s'applique pas aux médecins spécialistes ou aux médecins de famille qui exercent également la médecine générale ou qui travaillent dans une clinique de médecine familiale sans rendez-vous.* * *Ce code ne s'applique pas aux résidents ni aux moniteurs cliniques (fellows).*	156,96 $	84,00 $
Enseignement au Canada – • S'applique seulement aux membres qui travaillent **exclusivement** en formation clinique au Canada. • Vous ne devez pas exercer la médecine, prendre de décisions cliniques, rédiger d'ordonnances, ou travailler en médecine administrative. • Vous pouvez avoir des contacts avec des patients **uniquement** dans le cadre de la formation clinique, sans participer à leurs soins.	104,64 $	84,00 $

Médecine familiale ou médecine générale **Tous les codes applicables à la médecine familiale ou à la médecine générale englobent le travail effectué en :** ○ cabinet privé ○ soins à domicile ○ clinique sans rendez-vous/clinique de soins d'urgence ○ CLSC ○ hôpital ou unité de soins ○ centre d'hébergement ○ centre de soins de longue durée • Si vous travaillez principalement en médecine physique ou réadaptation, choisissez le code 27. • Si vous travaillez principalement en gériatrie ou médecine palliative, choisissez le code 29. • Si votre travail se limite à la médecine du travail, choisissez le code 51. • Si votre travail se limite aux interventions esthétiques mineures, choisissez le code 37.		
- Médecine familiale excluant l'anesthésie, l'obstétrique (travail et accouchement), les quarts de travail au service d'urgence et la chirurgie	156,96 $	84,00 $
- Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale, incluant les quarts de travail au service d'urgence • Si vous travaillez principalement au service d'urgence, choisissez le code 82.	156,96 $	84,00 $
- Médecine familiale incluant l'obstétrique (travail et accouchement), l'anesthésie, la chirurgie et les quarts de travail au service d'urgence	353,16 $	84,00 $
- Médecine familiale incluant l'anesthésie, la chirurgieet les quarts de travail au service d'urgence	353,16 $	84,00 $

Résidente ou résident et monitrice ou moniteur clinique (fellows) qui n'effectue pas de travail clinique additionnel (moonlighting) – comprend les stages dans l'ensemble du Canada Résidente ou résident ou monitrice ou moniteur clinique (fellows) inscrit(e) à un programme de formation postdoctorale, médecins diplômé(e) à l'extérieur du Canada inscrit(e) à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier, et monitrice ou moniteur clinique (fellows) ou médecin suivant un programme structuré de formation affilié à une université. • Comprend les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résidente ou de résident, mais ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de toute pratique indépendante de la médecine en dehors du programme.	104,64 $	84,00 $
Résidente ou résident ou monitrice ou moniteur clinique (fellows) effectue du travail clinique additionnel (moonlighting) – comprend les stages dans l'ensemble du Canada Exercice de la médecine hors programme postdoctoral par une résidente ou un résident ou une monitrice ou un moniteur clinique (fellows) inscrit(e) à un programme à temps plein de formation postdoctorale. • Comprend généralement l'admissibilité à l'assistance de l'ACPM en cas de problèmes médico-légaux découlant de la pratique indépendante de la médecine en dehors du programme, rémunérée ou non. • Les résidentes et résidents ainsi que les monitrices et les moniteurs cliniques effectuant du travail clinique additionnel (moonlighting) doivent détenir un permis d'exercice ou une inscription acceptable auprès de l'organisme de réglementation (Collège) dans la province ou le territoire où le travail clinique additionnel s'effectuera. • Les résidentes ou résidents et les monitrices ou les moniteurs cliniques (fellows) qui n'éffecuent que dutravail clinique additionnel (p. ex. à la suppléance) pendant plus de 14 jours consécutifs doivent passer à un code de travail associé à une pratique médicale.	104,64 $	84,00 $

Travail humanitaire, enseignement ou recherche à l'étranger • Exclut le travail aux États-Unis, dans tous les territoires des États-Unis et dans tout autre pays où s'applique le système judiciaire américain. • Il y a une période minimale d'un mois et une période maximale de 12 mois. • Les membres doivent confirmer leur admissibilité à l'assistance auprès de l'ACPM avant leur départ du Canada.	104,64 $	84,00 $
Anesthésiologie	353,16 $	84,00 $
Biochimie médicale	104,64 $	84,00 $
Cardiologie	235,44 $	84,00 $
Chirurgie **Assistance chirurgicale** (aucune autre activité professionnelle et aucune prescription, à l'exception des ordonnances postopératoires) • Comprend les ordonnances postopératoires émises uniquement dans le cadre des fonctions d'assistance chirurgicale. • Si vous effectuez ce travail dans l'unité de soins, choisir le code 31.	104,64 $	84,00 $
Chirurgie cardiaque	470,88 $	84,00 $
Oto-rhino-laryngologie (Chirurgie cervico-faciale - oreilles, nez et gorge) • Inclut les interventions esthétiques limitées à la tête et au cou.	470,88 $	84,00 $
Chirurgie générale	470,88 $	84,00 $
Chirurgie gynécologique - excluant le travail et l'accouchement. Si votre travail se limite à la gynécologie ou l'obstétrique en cabinet, choisir le code 39.	470,88 $	84,00 $
Neurochirurgie	640,92 $	84,00 $
Chirurgie orthopédique	640,92 $	84,00 $
Chirurgie pédiatrique	470,88 $	84,00 $
Chirurgie plastique	470,88 $	84,00 $
Chirurgie thoracique	470,88 $	84,00 $
Chirurgie vasculaire	470,88 $	84,00 $

Consultations chirurgicales / pratique chirurgicale en cabinet • S'applique aux médecins dont la pratique se limite à des interventions esthétiques mineures pour lesquelles elles et ils ont reçu une formation spécialisée et qu'elles et ils peuvent pratiquer en cabinet sous anesthésie locale. • Si votre travail se limite à la gynécologie ou l'obstétrique en cabinet, choisir le code 39.	156,96 $	84,00 $
Dermatologie	156,96 $	84,00 $
Endocrinologie et métabolisme	104,64 $	84,00 $
Gastroentérologie	235,44 $	84,00 $
Génétique médicale ou génomique	104,64 $	84,00 $
Gériatrie et médecine palliative	104,64 $	84,00 $
Hématologie	235,44 $	84,00 $
Immunologie clinique et allergie	156,96 $	84,00 $
Maladies infectieuses	104,64 $	84,00 $
Médecine administrative (Médecin-cadre/ ou conseillère/conseiller médical(e)) – aucune prescription ni aucun contact clinique ou contact avec des patients. Comprend généralement l'admissibilité à une assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de conseils médicaux prodigués par les membres, mais ne comprendra généralement pas l'admissibilité à une assistance de l'ACPM dans les instances liées à des actes non médicaux posés par les membres dans le cadre de leurs rôles administratifs, par exemple dans les affaires de ressources humaines ou les problèmes liés à des clauses contractuelles.	104,64 $	84,00 $
Médecine de la douleur – sans anesthésie générale ou rachidienne	235,44 $	84,00 $
Médecine de soins intensifs	235,44 $	84,00 $
Médecine d'urgence	353,16 $	84,00 $
Médecine du sport et de l'exercice	156,96 $	84,00 $
Médecine du travail	104,64 $	84,00 $

Médecine interne et ses surspécialités - non précisées ailleurs. • Si vos principales activités s'inscrivent dans le cadre d'une surspécialité, choisissez le code de votre surspécialité.	235,44 $	84,00 $
Médecine néonatale et périnatale	235,44 $	84,00 $
Médecine nucléaire	104,64 $	84,00 $
Médecine palliative et gériatrie	104,64 $	84,00 $
Médecine physique et réadaptation	104,64 $	84,00 $
Microbiologie médicale	104,64 $	84,00 $
Néphrologie	156,96 $	84,00 $
Neurologie	470,88 $	84,00 $
Obstétrique - avec ou sans gynécologie	1 281,84 $	84,00 $
Obstétrique/gynécologie - excluant le travail, l'accouchement et la chirurgie et limité à la pratique en cabinet. Comprend les traitements d'infertilité.	235,44 $	84,00 $
Oncologie médicale	156,96 $	84,00 $
Oncologie - radio-oncologie	156,96 $	84,00 $
Ophtalmologie	353,16 $	84,00 $
Pathologie, anatomo-pathologie ou pathologie générale	235,44 $	84,00 $
Pathologie hématologique	104,64 $	84,00 $
Pathologie, neuropathologie	104,64 $	84,00 $
Pédiatrie • Si vous travaillez principalement en médecine d'urgence, choisir le code 82. • Si vous travaillez principalement en pédiatrie du développement, choisissez le code 30.	353,16 $	84,00 $
Pédiatrie du développement	104,64 $	84,00 $
Pneumologie	156,96 $	84,00 $

Psychiatrie et traitement médical de la toxicomanie • Ce code peut comprendre les quarts de travail au service d'urgence d'un hôpital psychiatrique.	156,96 $	84,00 $
Radiologie diagnostique	235,44 $	84,00 $
Rhumatologie	156,96 $	84,00 $
Santé publique et médecine préventive (médecine communautaire)	104,64 $	84,00 $
Urologie	470,88 $	84,00$

EP 17 - RÉMUNÉRATION DANS OU AUPRÈS D'UN CLSC

ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS OU AUPRÈS D'UNE INSTALLATION D'UN ÉTABLISSEMENT DANS LE CADRE DE LA MISSION DU CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions applicables au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une installation d'un établissement dans le cadre de la mission du centre local de services communautaires.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès de l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Le médecin qui exerce sa profession dans l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus est rémunéré de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération, soit à l'acte;

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) sur lequel il doit :*

- *sélectionner la situation d'entente* Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC*;*
- *inscrire la période couverte par l'avis de service.*

Si le médecin choisit le mode de rémunération à l'acte et qu'il participe à la garde dans un CLSC du réseau de garde intégré, l'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire 3547 sur lequel il doit :

- *sélectionner la situation d'entente* Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC*;*
- *inscrire la période couverte par l'avis de service.*

À la section Rémunération majorée en région désignée*, l'établissement doit cocher « oui » à* Participation à la garde *pour confirmer la participation du médecin.*

3.02 Malgré le paragraphe précédent, le médecin qui opte pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur recommandation du chef du service médical ou du médecin responsable et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous, dans le cadre du service d'urgence d'un centre local de services communautaires du réseau de garde ou dans le cadre du programme de maintien à domicile. **Le médecin peut aussi opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.**

AVIS **:** *L'établissement doit préciser le mode de rémunération à l'acte sur l'avis de service si le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes choisit le mode de l'acte lorsqu'il effectue une ou des activités ci-haut mentionnées.*

L'établissement doit également cocher tous les jours ou samedi, dimanche et jours fériés, s'il s'agit du service d'urgence ou de services médicaux sans rendez-vous.

3.02.1 Le médecin visé au paragraphe 3.02 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef de département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.);

3.02.2 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 3.02.1, inclut tous les services médicaux alors dispensés;

3.02.3 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 3.02.1 et 3.02.2, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatif à la Loi sur l'assurance maladie, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes;

3.02.4 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux sous-paragraphes précédents :

a) s'il détient cette nomination au 1er février 2002;

b) si le programme d'I.V.G. n'était pas offert par l'établissement au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois.

3.03 Exceptionnellement, le médecin qui détient un avis de service rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire peut choisir, en cours de nomination, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous ou dans le cadre du service d'urgence de l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus du réseau de garde.

Le présent paragraphe ne reçoit application que si, à la date de la nomination ou du renouvellement de nomination en cours :

a) l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous, ou

b) l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous les samedi, dimanche, jours fériés ou pendant une période située au-delà de 18 h.

3.04 Une option de rémunération à l'acte au sens du présent article peut, selon ce qu'atteste l'avis de service, permettre la rémunération à l'acte tous les jours de la semaine ou limiter celle-ci uniquement aux samedi, dimanche et jours fériés.

3.05 Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, reçoit un forfait horaire pour sa participation aux activités professionnelles liées à ce programme. Il en va de même du médecin qui offre des services de rapprochement avec une clientèle désavantagée bien que cette clientèle puisse ne pas être visée par le programme d'itinérance ou de toxicomanie.

Le forfait horaire rémunère le temps qu'il consacre aux services de première ligne en médecine de rue ou celles qu'il consacre dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie comprenant les activités médicales et les activités cliniques qui y sont reliées, les interventions avec les intervenants du milieu communautaire ou du milieu légal ainsi que les interventions préventives et éducatives auprès de cette clientèle.

Ce forfait est de 23,05 $ à compter du 1er octobre 2019. Le forfait horaire s'ajouter à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées en médecine de rue ou celles dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus. Le forfait est versé au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC;

- le programme choisi, Itinérance, Médecine de rue ou Toxicomanie.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

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

- ***263XXX*** *pour les services rendus dans le cadre du programme de toxicomanie;*
- ***264XXX*** *pour les services rendus dans le cadre du programme d'itinérance;*
- ***275XXX*** *pour les services rendus dans le cadre de la médecine de rue.*

3.06 Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre d'une clinique pour réfugiés désignée par le MSSS qui est opérée dans d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, reçoit un forfait horaire pour sa participation aux activités professionnelles liées à cette clinique.

Le forfait horaire rémunère le temps qu'il consacre aux services de première ligne concernant la clinique pour réfugiés comprenant les activités médicales et les activités cliniques qui y sont reliées, les interventions avec les intervenants du milieu communautaire ainsi que les interventions préventives et éducatives auprès de cette clientèle.

Ce forfait est de 22,80 $ à compter du 1er juin 2019 et il est de 23,05 $ au 1er octobre 2019. Le forfait horaire s'ajoute à la rémunération de 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans en clinique pour réfugiés d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus. Le forfait est versé au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547).

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC*;*
- Clinique pour réfugiés.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***284XXX*** *pour les services rendus dans une clinique pour réfugiés.*

AVIS **:** *Voir la liste des CLSC désignés aux fins de la rémunération dans une clinique pour réfugiés.*

3.08 Les modalités d'indemnité de kilométrage pour les déplacements prévus au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente.

AVIS **:** *Voir l'avis sous le paragraphe 2.4.2 du préambule général du* Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

Selon le mode de rémunération du médecin, pour chaque déplacement, inscrire les activités correspondant à l'indemnité de kilométrage facturée sur :

- la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215);*

- la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Les natures de service permises en visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- ***002XXX***
- ***263XXX***
- ***264XXX***

avec les emplois de temps :

- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX031*** *Étude de dossiers*
- ***XXX055*** *Communications (rencontre avec les proches)*
- ***XXX079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence.*

Le code d'activité suivant est permis uniquement dans le cadre du ***programme Antipoison*** *:*

- ***089030*** *Services cliniques*

3.09 Le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes peut parfois choisir, de façon ponctuelle et au cas par cas, d'être rémunéré selon le mode de l'acte, à l'exclusion du tarif horaire ou des honoraires fixes, pour certains services spécifiques, soit lorsqu'une lettre d'entente le permet explicitement ou lorsqu'il rend les services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1 au Préambule général de l'Annexe V ou complète les formulaires, rapports, constats et bulletins qui découlent de ceux-ci.

3.10 L'Annexe I jointe à la présente entente particulière détermine les modalités de rémunération spécifiques applicables au médecin rémunéré à honoraires fixes ou tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre du programme de santé mentale d'une installation d'un CLSC opérée par un CISSS ou un CIUSSS pour sa participation aux activités professionnelles liées à ce programme.

AVIS **:** *L'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte (*1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Entente particulière – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC*;*
- *le secteur* Programme de santé mentale en CLSC (supplément acte).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES PRESCRITES

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité en remplaçant les X par les chiffres appropriés :*
Dans un CLSC = ***002XXX***
Dans le programme Toxicomanie = ***263XXX***
Dans le programme Itinérance = ***264XXX***
Dans le programme Médecine de rue = ***275XXX***
Dans une clinique pour réfugiés = ***284XXX***

Les codes d'activité sont les suivants :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques**
- ***XXX031*** *Étude de dossiers*
- ***XXX032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***XXX037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires.*

  Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)
- ***XXX079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

Programme de soutien à domicile
Utiliser le code d'activtié suivant en remplaçant les X par la nature de service habituelle :

- ***XXX404*** *Services rendus dans le cadre d'un programme de soutien à domicile.*

Programme Centre antipoison :

- ***089030*** *Services cliniques*
- ***089067*** *Expertise conseil, information et coordination*

** Pour la facturation des services cliniques effectués dans un GMF ou dans une clinique réseau, voir les ententes particulières concernées pour le code d'activité à utiliser.*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.

4.01 Un programme spécifique sous la responsabilité d'une installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus peut être couvert par les modalités de rémunération prévues à la présente entente. Toutefois, l'installation susmentionnée au paragraphe 1.01 ci-dessus, le programme spécifique, la banque d'heures annuelle allouée à ce programme ainsi que, le cas échéant, les conditions particulières de rémunération, doivent être convenus par accord des parties et inscrits à l'Annexe II de la présente entente.

AVIS **:** *Pour le programme Centre antipoison, utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***089030*** *Services cliniques;*
- ***089067*** *Expertise conseil, information et coordination.*

Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe II de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

5.01 La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte selon les dispositions prévues par l'Entente.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière.

7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD	**CLÉMENT RICHER, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Modalités de rémunération spécifiques applicables dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC

AVIS **:** *Utiliser la facture de services médicaux.*

Inscrire l'élément de contexte **Modalités de rémunération spécifiques (EP-17) – Programme de santé mentale en CLSC** *pour spécifier le secteur de pratique.*

1.00 Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui détient une nomination spécifique dans le cadre du programme de santé mentale d'une installation CLSC opérée par un CISSS ou un CIUSSS, reçoit, en plus de sa rémunération de base, le paiement d'un pourcentage de la rémunération à l'acte (supplément d'honoraires) pour les services médicaux rendus durant ses activités professionnelles liées à ce programme.
Lors de la mise sur pied des dispositions de rémunération du programme de santé mentale, le médecin qui détient une nomination de l'établissement dans un CLSC, sans attendre le renouvellement de sa nomination, y est désigné.
L'établissement transmet à la Régie, un avis de service pour désigner le médecin dans le cadre du programme de santé mentale du CLSC concerné.
2.00 Seuls les services décrits aux paragraphes 3.00 à 5.11 ci-dessous peuvent être réclamés par le médecin désigné dans le cadre du programme de santé mentale en CLSC.

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Utiliser les codes d'activité suivants (Programme de santé mentale en CLSC) :

*- **276015** Examens relatifs à l'hépatite C;*

*- **276030** Services cliniques;*

*- **276031** Étude de dossiers;*

*- **276032** Rencontres multidisciplinaires;*

*- **276037** Planification-programmation-évaluation;*

*- **276043** Tâches médico-administratives et hospitalières;*

*- **276055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice);*

*- **276063** Garde sur place;*

*- **276071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement);*

*- **276079** Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5);*

*- **276098** Services de santé durant le délai de carence;*

*- **276132** Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement);*

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

3.00 Les modalités en CLSC de *l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* y trouvent application.

4.00 Le médecin qui réclame l'intervention clinique est sujet aux dispositions du paragraphe 2.2.6 B du préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale.

5.00 Un supplément d'honoraires de 40,28 % des codes d'acte des services médicaux facturés dans le cadre du programme de santé mentale du CLSC s'ajoute à la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire du médecin pour les services suivants :

5.01 Visite de prise en charge psychiatrique

La visite de prise en charge psychiatrique est réalisée lors de la visite initiale d'un patient. Cette visite peut aussi être à la demande d'un autre professionnel de la santé ou du médecin traitant d'un patient et qui souhaite un suivi conjoint. Elle consiste en l'évaluation d'un nouveau patient inscrit ou non auprès d'un autre médecin ou d'un patient que le présent médecin accepte d'inscrire. Celui-ci assurera un suivi psychiatrique seul ou conjointement avec le médecin traitant. Elle comprend l'examen psychiatrique du patient, un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, le cas échéant l'évaluation physique et, lorsque requis, les recommandations et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel. Elle comprend, s'il y a lieu, le rapport au médecin traitant ou au professionnel qui a fait la demande pour un patient. Le médecin consigne ses notes au dossier.

Cette visite est réclamée uniquement lors de la visite initiale du patient auprès du présent médecin ou lors de son inscription auprès de ce médecin.

Cette visite peut être réclamée une seule fois par le présent médecin à l'égard d'un même patient.

15918	Visite de prise en charge psychiatrique	139,30 $

5.02 Visite de suivi psychiatrique

La visite de suivi psychiatrique est une visite en présence du patient, à l'occasion de laquelle le médecin assure la gestion des problèmes courants de santé mentale du patient qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient et que le patient soit inscrit ou non à son nom. Elle inclut la consultation du dossier, des échanges avec le personnel et la prescription des investigations ou traitements qui s'imposent. Le médecin consigne ses notes au dossier.
Cette visite ne peut être réclamée par un médecin qui, le même jour, a effectué un examen psychiatrique, une intervention clinique ou toute autre visite de nature psychiatrique auprès du même patient. Elle peut être réclamée le même jour que les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient.

15919 Visite de suivi psychiatrique 40,60 $

5.03 Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen

La visite de suivi psychiatrique exigeant un examen est une visite à l'occasion de laquelle le médecin procède à un examen, qu'il assume ou non la responsabilité principale du patient, qu'il assure le suivi du patient inscrit ou non à son nom ou qu'il intervienne de façon ponctuelle. Elle peut être réclamée lorsque l'examen est rendu nécessaire par l'état du patient pour évaluer un problème de santé mentale, initier ou prodiguer un traitement, évaluer un traitement en cours ou suivre l'évolution d'une maladie ou d'une complication.
Cette visite inclut, au besoin, l'examen physique du patient, la révision du dossier, l'élaboration d'un plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances et les échanges courants avec le patient, ses proches ou le personnel.
Le médecin consigne ses notes au dossier.

15920 Visite de suivi psychiatrique exigeant un examen 73,55 $

5.04 Visite d'évaluation psychiatrique pour donner une opinion

La visite d'évaluation psychiatrique pour donner une opinion est réalisée à la demande du médecin traitant d'un patient. La demande vise alors à obtenir l'opinion de son collègue, en raison de la complexité ou de la gravité du cas.
Un médecin qui procède à une visite d'évaluation psychiatrique produit un rapport écrit de son évaluation, de ses recommandations et, le cas échéant, du traitement qu'il recommande ou qu'il initie.
En plus de l'examen psychiatrique du patient, l'évaluation inclut, au besoin, la révision du dossier, l'examen physique, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.
Si le médecin revoit le patient lors d'une visite qui découle de sa visite d'évaluation psychiatrique, il ne peut réclamer la visite d'évaluation psychiatrique.

15921 Visite d'évaluation psychiatrique pour donner une opinion 139,30 $

5.05 Autres services

Le supplément d'honoraires s'applique sur les services suivants :
- Examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code 09100);
- Supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète (code 15188);
- Services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse*
(réf. : Lettre d'entente n° 20 (codes 09070, 09073 et 09077);
- Tous les services médicaux paraissant aux onglets C à V de l'Annexe V de l'Entente générale.

5.06 Un supplément d'honoraires de 19,40 % s'ajoute à la rémunération du médecin pour certains services payés sur une base de temps décrits aux paragraphes 2.2.6 B et 2.3 du préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale et à l'onglet B-1 « Activité clinique préventive », soit :

08857	Intervention clinique (individuelle) première période de trente (30) minutes	49,75 $
08859	Intervention clinique (individuelle) période de quinze (15) minutes supplémentaires	24,87 $
08866	Intervention clinique (collective) première période de trente (30) minutes	49,75 $
08868	Intervention clinique (collective) période de quinze (15) minutes	24,87 $
15230	Intervention préventive realtive aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), par bloc complet de quinze (15) minutes	24,87 $
15785	Psychothérapie (individuelle) dans le cadre des activités du médecin en CLSC (première période de trente (30) minutes)	49,75 $
15786	Psychothérapie (individuelle) dans le cadre des activités du médecin en CLSC (période supplémentaire de quinze (15) minutes)	24,87 $
15787	Psychothérapie (collective) dans le cadre des activités du médecin en CLSC (première période de trente (30) minutes)	49,75 $
15788	Psychothérapie (collective) dans le cadre des activités du médecin en CLSC (première période de quinze (15) minutes)	24,87 $
08841	Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, première période de trente (30) minutes	75,00 $
08843	Intervention clinique collective visant un groupe de personnes souffrant toutes de problèmes de santé mentale ou d'une condition de vulnérabilité, période supplémentaire de quinze (15) minutes	37,50 $

5.07 Un supplément d'honoraires de 19,40 % s'ajoute à la rémunération du médecin pour les échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient.
Ce service peut être réclamé pour la participation à des discussions de cas concernant les soins psychiatriques d'un ou plusieurs patients que le médecin consacre avec d'autres professionnels de la santé (incluant le médecin spécialiste), avec les intervenants en santé mentale du milieu communautaire ou avec un agent de probation ou un agent de police dans sa vocation communautaire et pour des activités d'échanges avec un proche du patient en regard de la santé mentale d'un patient. Les échanges doivent viser la condition psychiatrique du patient ou ses besoins. Ne sont pas visés les échanges avec un professionnel dans le cadre d'un processus judiciaire ou en préparation d'un tel processus. Ce service vise notamment les échanges du médecin avec un proche du patient en vue d'expliquer les choix thérapeutiques ou en vue de recueillir le consentement éclairé des représentants du patient. Ces échanges doivent avoir lieu lors d'une séance distincte de toute visite visée aux présentes effectuée auprès du patient.

Dans tous les cas, le médecin doit consacrer à ces activités, quelle qu'en soit la nature, au moins quinze (15) minutes par période. Une ou des périodes supplémentaires, consécutives et complètes de quinze (15) minutes peuvent être facturées. Un tel échange ne dépasse généralement pas soixante (60) minutes. Le médecin consigne ses notes au dossier. Lorsque le médecin est sur place au sein d'un CLSC visé par les présentes, les échanges avec les proches du patient ou avec des intervenants en santé mentale du milieu communautaire (pouvant comprendre un médecin de famille ou un médecin spécialiste) peuvent s'effectuer par téléphone, sous réserve des conditions existantes, en particulier quant à la durée minimale.

15922 Échanges interdisciplinaires avec les intervenants en santé mentale ou avec les proches du patient (par période complète de quinze (15) minutes) 24,87 $

5.08 Les suppléments d'honoraires suivants, payables à 100 % de leur tarif de base, peuvent également être réclamés :

- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille non vulnérable référé ou non par le guichet d'accès (code 19957);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable non référé par un guichet d'accès (code 19958);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille vulnérable référé par un guichet d'accès (code 19959);
- Supplément pour le premier examen, pour la première visite ou la première intervention clinique fait lors de la prise en charge d'un patient sans médecin de famille très vulnérable référé par un guichet d'accès (code 19960);
- Services professionnels couverts par la *Loi sur le curateur public* (codes 09825, 09826);
- Services médico-administratifs visées par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (codes 09901, 09902, 09907, 09908, 09909, 09910, 09911, 09912, 0 9913, 09914, 09915,
09916, 09919, 09922, 09924, 09925, 09926, 09927, 09928, 09929, 09 930, 09931, 09936, 09937, 09938, 09939, 09942, 09944,
09946, 09947, 09948,
09949, 09954, 09970, 09971, 09977, 09978, 09980, 15795, 15796, 15797);
- Rédaction du formulaire lors de l'examen d'évaluation médicale d'un patient en perte d'autonomie (code 09101);
- Forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code 08875);

5.09 Les pourcentages de majoration applicables en horaires défavorables s'appliquent sur les heures rémunérées à honoraires fixes ou à tarif horaire et sur le supplément d'honoraires (pourcentage du tarif de l'acte) selon les pourcentages prévus au paragraphe 4.01 de l'Annexe XX de l'Entente générale soit :

5.09.01 16 % s'applique de 18 h à 22 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi à l'exception d'un jour férié;

5.09.02 26 % s'applique le vendredi de 18 h à 22 h à l'exception d'un jour férié;

5.09.03 26 % s'applique les samedi, dimanche ou un jour férié de 8 h à 24 h.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.*

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, la majoration de 16 % est de 20,48 % ou 19,20 % et celle de 26 % est de 33,28 % ou 31,20 %.*

5.10 Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable ou de coresponsable d'un groupe de médecine de famille (GMF) en établissement est rémunéré comme tel selon les dispositions de *l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF).*

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **09750**;*

- le nombre de forfaits;

- le numéro du site GMF.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu par le comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable.

Dans le cadre de l'entente particulière citée à l'alinéa précédent, le médecin qui exerce au sein d'un GMF en établissement peut se prévaloir de la rémunération et de ses modalités prévues aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui participe aux activités de fonctionnement en GMF peut facturer ses activités avec le code **072101** Activités de fonctionnement en GMF.*

Le médecin qui assume les fonctions de médecin responsable d'un GMF-A ou d'un GMF-R est rémunéré selon les dispositions de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF-AR).*

AVIS : *Utiliser le code de facturation **09751** et indiquer le nombre de forfaits.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Lorsqu'il est rémunéré pour les services décrits à l'un des alinéas ci-dessus, le médecin ne peut comptabiliser ce temps aux fins de réclamer le paiement d'heures à honoraires fixes ou à tarif horaire.

ANNEXE II

Programme spécifique (par. 4.01)

AVIS **:** *Voir la liste des établissements ou des installations désignés à l'annexe II de l'EP 17 – Rémunération dans ou auprès d'un CLSC.*

EP 19 - ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE

ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EFFECTUÉE, POUR LE COMPTE D'UN ÉTABLISSEMENT DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE DE PERSONNES EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29), la présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a principalement pour objet de déterminer les modalités de rémunération de l'activité professionnelle que le médecin exerce, pour le compte d'un établissement dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire des besoins des personnes en attente d'hébergement et des services que celles-ci requièrent;

1.02 Cette évaluation multidisciplinaire intervient postérieurement à l'examen d'évaluation médicale du patient en perte d'autonomie effectuée par le médecin traitant.

2.00 RÉMUNÉRATION

2.01 L'activité professionnelle visée aux présentes est rémunérée selon le mode du tarif horaire;

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

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

2.02 Le médecin qui est déjà détenteur, pour le compte d'un établissement, d'une nomination à honoraires fixes est, en rémunération de l'activité professionnelle visée par la présente entente, selon l'option qu'il exerce, rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire. Une option au sens du présent paragraphe vaut pendant toute la durée du mandat du médecin;

2.03 Cette entente tient lieu des nomination et autorisation permettant à un médecin d'être rémunéré;

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, l'établissement doit faire parvenir à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien - Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) en* ***version papier*** *sur lequel il doit :*
- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Évaluation multidisciplinaire;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

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

3.00 PRÉSOMPTION

3.01 Aux fins de l'application des modalités relatives à la rémunération différente ainsi qu'aux fins de la mise en oeuvre de l'entente relative aux activités médicales particulières, la dispensation des services professionnels visés aux présentes est réputée avoir été effectuée en centre d'hébergement et de soins de longue durée;

3.02 Lorsque l'évaluation multidisplinaire visée aux présentes est effectuée dans un lieu de pratique différent du principal lieu de pratique du médecin et que cette circonstance a pour effet d'affecter à la baisse la rémunération prévue par l'Entente pour l'évaluation multidisciplinaire en cause, peu importe que ce soit en regard de la rémunération de base ou de celle différente (115 %) prévues par l'Entente, cette évaluation est, aux fins de l'application des modalités relatives à la rémunération différente, réputée avoir été effectuée sur le territoire où est situé le principal lieu de pratique du médecin.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- la lettre **A** dans le champ* C.S. *et dans le champ* Diagnostic principal et renseignements complémentaires*;*

- le numéro de la localité du lieu de pratique, la date du service, la période de référence s'il y a lieu (de 1 à 45) et la durée en heures lorsqu'elle diffère des heures facturées.

4.00 BANQUE ANNUELLE

4.01 Pour la rémunération des services professionnels visés aux présentes, chaque établissement se voit octroyer, annuellement, une banque d'heures. Le nombre d'heures apparaissant à cette banque est maximal;

4.02 Le nombre d'heures d'une banque est déterminé en fonction de la quantité de dossiers à évaluer et du temps requis à cette fin, selon les normes définies par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces normes ont pour objet de permettre une détermination adéquate du nombre d'heures d'une banque. Elles sont établies après consultation auprès de la Fédération.

4.03 Pour une période annuelle d'application débutant le 1er janvier de chaque année, le nombre d'heures alloué à chaque établissement est celui apparaissant en annexe I de la présente entente particulière.

5.00 RÉPARTITION

5.01 La répartition adéquate entre les médecins d'une banque d'heures ainsi que la détermination des obligations qui en découlent relèvent de l'autorité de chaque établissement concerné.

6.00 FACTURATION

6.01 Tout relevé d'honoraires relatif à une activité professionnelle visée aux présentes est complété selon la procédure habituelle.

AVIS **:** *Le numéro attribué au CISSS ou au CIUSSS concerné ou au CRSSS de la Baie-James doit être inscrit.*

7.00 RÉVISION

7.01 Toute banque d'heures doit être réévaluée, annuellement, à partir des données fournies par chaque établissement concerné dont le nombre de dossiers;

7.02 Une banque d'heures peut, pour cause, être réévaluée en cours d'année;

7.03 Une banque d'heures qui fait l'objet d'une réévaluation en vertu du paragraphe 7.01 demeure en vigueur au-delà de la période annuelle pour laquelle elle a été octroyée, et ce jusqu'à ce que la réévaluation en cause ait été complétée;

7.04 Le rajustement d'une banque d'heures est effectué par les parties sur recommandation du comité paritaire. À cette fin, les parties procèdent par accord conclu selon le paragraphe 17.07 de l'Entente.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

8.01 La présente entente particulière remplace l'entente du 8 septembre 1994. Elle prend effet le 1er janvier 1997 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16e jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

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

AVIS **:** *Consulter la liste des banques d'heures allouées pour les services médicaux rendus dans le cadre de l'évaluation des besoins des personnes en attente d'hébergement et des servcies qu'elles requièrent.*

EP 21 - PLANNING-SEXUALITÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI, DANS UNE INSTALLATION DÉSIGNÉE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS EXPLOITÉ PAR UN ÉTABLISSEMENT,DISPENSE DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EN PLANNING-SEXUALITÉ

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une installation désignée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation inscrite à l'annexe I des présentes, dispense des activités professionnelles dans ou auprès d'un département ou service de qui relève le programme de « planning-sexualité ».

1.02 L'annexe I des présentes, outre l'identification de l'installation, comprend également la description du programme, du département ou service de qui il relève, régis par la présente entente particulière.

1.03 Pour les fins des présentes, l'inscription de l'installation à l'annexe implique qu'une équipe multidisciplinaire participe aux activités du programme visé.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;

b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins en « planning-sexualité »;

c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation en « planning-sexualité » et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient;

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

- ***052030*** *Services cliniques*
- ***052032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***052043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***052055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***052098*** *Services de santé durant le délai de carence*

3.02 Par extension, la rémunération prévue au présent article couvre également la dispensation de soins inclus dans le programme que le médecin est, pendant une période où il est rémunéré selon l'un de ces modes, appelé à dispenser ailleurs dans le centre, à l'extérieur du département ou service visés aux présentes.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

4.02 Exceptionnellement et malgré le paragraphe 4.01, le médecin qui n'effectue que des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.) peut être rémunéré à l'acte pour ce service médical. L'établissement informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de ces cas d'exception.

4.03 Le médecin visé au paragraphe 4.01 peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur approbation du chef du département clinique de médecine générale, le mode de l'acte lorsqu'il effectue des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G.);

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :
- *la situation d'entente* Entente particulière – Planning sexualité*;*
- *la case* IVG *(acte)*.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.04 Le choix du médecin d'être rémunéré à l'acte selon le paragraphe 4.03, inclut tous les services médicaux alors dispensés;

4.05 Lorsque le médecin opte pour une rémunération à l'acte selon les paragraphes 4.03 et 4.04, il ne peut, pour une même plage d'heures, telle qu'indiquée selon le Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatif à la Loi sur l'assurance maladie, facturer selon ce mode et celui du tarif horaire ou des honoraires fixes;

4.06 Le médecin qui détient une nomination de l'établissement selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut choisir en cours de nomination le mode de l'acte tel qu'apparaissant aux paragraphes précédents:

a) s'il détient cette nomination au 1er février 2002;

b) si le programme d'I.V.G. n'était pas offert par l'installation au moment de sa nomination.

Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Le nombre d'heures qui est alloué, sur base annuelle, à une installation pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes, est déterminé par le Ministre sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminé par le chef du département de médecine générale après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions prévues à l'entente générale.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre d'une entente particulière.

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

8.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour une installation les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.

8.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement visé, ainsi que par la majorité des médecins qui exercent, dans une installation de cet établissement leur profession dans ou auprès du département ou service. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

8.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

8.04 Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements et des installations désignés à l'annexe I de l'EP 21 – Planning-sexualité (CHSGS).*

8.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 30 octobre 1994 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des installations visées à l'entente particulière relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une installation désignée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dispense des activités professionnelles en planning-sexualité.

***AVIS* :** *Voir la liste des établissements et des installations désignés à l'annexe I de l'EP 21 – Planning-sexualité (CHSGS).*

EP 23 - CHIBOUGAMAU

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION POUR LE COMPTE DU CENTRE DE SANTÉ CHIBOUGAMAU

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession au Centre de santé Chibougamau sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

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

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002063*** *Garde sur place*
- ***002071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (**TH** seulement)*
- ***002079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*
- ***002147*** *Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité*

3.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin qui exerce pour le compte du Centre de santé Chibougamau est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire

ou

pour les services dispensés au service d'urgence, le médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

Lorsque le médecin opte pour l'application de cette entente particulière, il ne peut partager la garde qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

De plus, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes peut parfois choisir, de façon ponctuelle et au cas par cas, d'être rémunéré selon le mode de l'acte, à l'exclusion du tarif horaire ou des honoraires fixes, pour certains services spécifiques, soit lorsqu'une lettre d'entente le permet explicitement ou lorsqu'il rend les services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1 au Préambule général de l'Annexe V ou complète les formulaires, rapports, constats et bulletins qui découlent de ceux-ci.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Centre de santé Chibougamau.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

3.02 Lorsque l'option du médecin a pour objet le mode prévu à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, il ne peut modifier cette option qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession dans le centre.

3.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 16,10 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 16,25 $ par heure au 1er octobre 2019. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

AVIS **:**

Pour les services rendus au sein d'un CHSLD d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation, utiliser le code d'activité ***002147*** *qui permettra le paiement de la prime de responsabilité selon le paragraphe 3.03.*

Pour les services rendus auprès de patients admis en courte durée au sein du département clinique de psychiatrie ou de l'unité de courte durée gériatrique, utiliser le code d'activité ***002399*** *qui permettra le paiement de la prime prévue au paragraphe 3.04, qui s'ajoute à celle du paragraphe 3.03.*

Les primes calculées par la RAMQ à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sont versées le mois suivant la fin d'un trimestre.

Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles facturées avec les codes d'activité ***002147*** *ou* ***002399*** *et payées dans le cadre de la présente entente particulière au cours du trimestre visé.*

3.04 De surcroît, le cas échéant en plus de la prime décrite au paragraphe précédent, une deuxième prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les activités cliniques auprès des patients admis en courte durée, incluant les transferts inter-établissements. Cette prime est de 20 $ par heure au 1er avril 2022. Elle s'ajoute à la rémunération de 100 % de toutes les heures d'activités cliniques facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

AVIS **:** *Pour les services rendus auprès de patients admis en courte durée à l'exception du département clinique de psychiatrie et de l'unité de courte durée gériatrique, utiliser le code d'activité* ***002398*** *qui permettra le paiement de la prime de responsabilité selon le paragraphe 3.04.*

Pour les services rendus auprès de patients admis en courte durée au sein du département clinique de psychiatrie ou de l'unité de courte durée gériatrique, utiliser le code d'activité ***002399*** *qui permettra le paiement de la prime prévue au paragraphe 3.04, qui s'ajoute à celle du paragraphe 3.03.*

Les primes calculées par la RAMQ à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sont versées le mois suivant la fin d'un trimestre.

Les heures retenues aux fins du calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles facturées avec les codes d'activité ***002398*** *ou* ***002399*** *et payées dans le cadre de la présente entente particulière au cours du trimestre visé.*

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité* ***002081****.*
Inscrire, dans le champ Renseignements complémentaires, *selon le service rendu, « obstétrique » ou « patient admis ».*

4.01 La garde en disponibilité auprès du Centre de santé visé aux présentes est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur base horaire, auquel on applique un modificateur sur le taux horaire normal prévu. Au 31 mars 2019, le modificateur applicable est de 50 % et il est de 61,45 % à compter du 1er avril 2019.

4.02 Pour être rémunérée selon l'article 4.01, une garde en disponibilité doit se situer, les samedi, dimanche et jours fériés, entre 8 h et 20 h, ainsi que tous les jours de la semaine, entre 20 h et 8 h.

4.03 La rémunération prévue pour la garde en disponibilité visée par la présente entente particulière n'est payable pour une même période de gardequ'à un seul médecin pour les services d'obstétrique et qu'à deux seuls médecins pour les services aux patients admis, incluant les transferts inter-établissements, les patients hébergés en CHSLD, les soins palliatifs, autant auprès de patients admis qu'ambulatoire, et, le cas échéant, le soutien à domicile.

5.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

5.01 Aux fins des présentes, les vocables « taux horaire normal applicable » signifient, sur une base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale.

5.02 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'Entente, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

6.00 DÉPANNAGE

6.01 Le Centre de santé Chibougamau peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'Entente afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les modalités de désignation du médecin sont celles prévues au même article, les autres modalités applicables étant celles prévues ci-après.

6.02 Sous réserve du paragraphe 6.04 un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès du Centre de santé Chibougamau est rémunéré :

a) soit selon un *per diem* auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu à l'article 4.00;

b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au *per diem*, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire.

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

*- **009030** Services cliniques*

*- **009063** Garde sur place*

*- **009081** Garde en disponibilité*

Indiquer le mode de rémunération comme suit :

PD per diem

*- **009030** pour 9 heures d'activités sur place (équivaut à 14 heures d'activités)*

***TH** tarif horaire*

*- **009030** lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au* per diem*, soit moins de 9 heures ou plus de 9 heures.*

Pour plus de 9 heures d'activités professionnelles sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération :

*- **009063** aucune particularité*

*- **009081** maximum de 10 heures si ce code d'activité est facturé avec le code d'activité **009030** en* per diem

*Si le mode de rémunération est **PD**, inscrire 9 heures dans le champ* Heures travaillées.

6.03 La rémunération selon le *per diem* couvre un maximum de quatorze (14) heures d'activités professionnelles, dont neuf (9) heures d'activités professionnelles sur place.

Le taux de base du *per diem* est de 1 105 $ au 1er septembre 2018 et de 1 116 $ au 1er octobre 2019.

6.04 Malgré le paragraphe précédent, le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire au service d'urgence du Centre de santé Chibougamau est rémunéré selon les modalités prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré.

6.05 Lorsque le médecin se prévaut des dispositions relatives au dépannage prévues à la présente entente, il ne peut, pour une journée rémunérée selon ces dispositions, recevoir toute autre rémunération de la Régie.

6.06 Sous réserve du paragraphe 5.02 de la présente entente, la rémunération versée selon le mode du tarif horaire n'est pas comptabilisée aux fins de l'article 5.00 de l'annexe XIV de l'entente générale ni soumise aux modificateurs qui y sont indiqués.

6.07 Les frais de déplacement, de séjour ainsi que la compensation pour le temps de déplacement sont sujets à l'application de l'article 30.00 de l'entente générale.

AVIS **:** *Voir les instructions de facturation à la section* 2.2.1.11 Section 11 *du* Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et mixte.

6.08 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 a) de l'entente générale.

6.09 Aux fins de l'application des dispositions des articles 4.00 et 5.00 de l'annexe XX, le *per diem* est divisible en heures.

AVIS **:** *Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.*

*Lorsqu'un secteur de dispensation doit être utilisé, répartir les heures effectuées (*per diem *divisible en heures) avec ou sans secteur de dispensation. Par exemple, pour un jour ouvrable de 15 h à 24 h :*

- plage pm : 5 heures

- plage soir : 4 heures avec secteur de dispensation ***32***

7.00 MESURES DÉROGATOIRES

7.01 L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie dans certains centres hospitaliers de courte durée continue de s'appliquer malgré les dispositions de la présente entente particulière.

8.00 DISPOSITIONS DIVERSES

8.01 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'Entente, une rémunération versée en vertu de l'article 6.00 de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'Entente.

9.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière prend effet le 25 avril 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière du 1er octobre 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

EP 24 - SANTÉ PUBLIQUE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce en santé publique sous la responsabilité du directeur régional de santé publique de l'établissement responsable de la région ou, dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, de l'établissement désigné par *la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après établissement responsable), du directeur de la direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ou du président-directeur général de l'Institut national de la santé publique (ci-après directeur de l'INSPQ)*.
La rémunération des services en santé et sécurité du travail dispensés dans le cadre du programme contractuel en santé et sécurité du travail n'est pas visée par la présente entente particulière;

AVIS **:** *Pour les codes d'activité des services en santé et sécurité au travail, voir la section 1.2.5 ou 2.2.5 du* Guide de facturation – Honoraires fixes, vacation, tarif horaire, per diem et rémunération mixte.

1.02 L'annexe I ci-jointe fait état des banques d'heures allouées, sur une base annuelle, à l'ensemble des établissements responsables pour leur direction de santé publique, à la Direction générale de la santé publique ainsi qu'à l'INSPQ.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 Les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

AVIS **:** *Inscrire **obligatoirement** une des natures de service et un des emplois de temps pour composer le code d'activités à six chiffres.*

L'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX067**.*

La planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX037**.*

L'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX047**.*

Le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX032**.*

La participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique;

En situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible;

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX148**.*

Les activités liées au programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées.

AVIS **:** *Utiliser l'emploi de temps **XXX025**.*

AVIS **:** *Vous pouvez également utiliser les emplois de temps suivants :*

- *XXX **015** Examens relatifs à l'hépatite C*
- *XXX **030** Services cliniques*
- *XXX **043** Tâches médico-administratives et hospitalières*
- *XXX **088** Programme de vaccination contre le méningocoque*
- *XXX **098** Services de santé durant le délai de carence*

Ces activités professionnelles sont rattachées aux secteurs d'activités suivants :

Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **115XXX**.*

Les habitudes de vie et les maladies chroniques;

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **195XXX**.*

Les traumatismes non intentionnels;

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **145XXX**.*

Les maladies infectieuses;

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **155XXX**.*

La santé environnementale.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **165XXX.***

La santé en milieu de travail;

AVIS **:** *Utiliser la nature de service **175XXX**.*

Autres secteurs d'activités.

AVIS **:** *Utiliser la nature de service* ***185XXX****.*

3.02 Sauf s'il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, les activités rémunérées sont réputées, aux fins des présentes dispositions, ne pas inclure les services médicaux qui sont habituellement fournis par un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un centre local de services communautaires;

3.03 Il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée aux fins de l'application du paragraphe précédent lorsqu'une situation est déclarée telle par le Ministre, le directeur général de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ:

Direction régionale de santé publique : domaines de garde visés

4.01 Malgré les dispositions du paragraphe 5.00 ci-dessous, un supplément de garde en disponibilité est payé, par jour, au médecin qui est assigné de garde en santé environnementale ou en maladies infectieuses dans une direction régionale de santé publique. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*

*- **42076** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*

*- **42077** pour le supplément de garde en **santé environnementale** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié;*

*- **42078** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*

*- **42079** pour le supplément de garde en **maladies infectieuses** effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié;*

Indiquer l'heure de début du service.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Inscrire le numéro de la direction régionale de santé publique concernée :

- 94400 CISSS du Bas–Saint-Laurent (01)
- 94401 CISSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)
- 94402 CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)
- 94403 CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)
- 94404 CIUSSS de l'Estrie – CHUS (05)
- 94405 CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)
- 94410 CISSS de l'Outaouais (07)
- 94411 CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)
- 94412 CISSS de la Côte-Nord (09)
- 94413 CISSS de la Gaspésie (11)
- 94414 CISSS de Chaudière-Appalaches (12)
- 94415 CISSS de Laval (13)
- 94416 CISSS de Lanaudière (14)
- 94417 CISSS des Laurentides (15)
- 94418 CISSS de la Montérégie-Centre (16)
- 94179 Nunavik (17)
- 94183 Terres-Cries-de-la Baie-James (18)

Direction générale de santé publique : domaine de garde visé

Un tel supplément de garde est également payable, par jour visé, au médecin qui est assigné à une garde provinciale en maladies infectieuses, pour la direction générale de santé publique (DGSP). Cette garde est rémunérée à compter de18 h le vendredi jusqu'à 8 h le lundi et entre 8 h et 18 h un jour férié.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*

*- **42078** pour le supplément de garde en maladies infectieuses effectuée du vendredi 18 h au samedi 8 h, du samedi 18 h au dimanche 8 h et du dimanche 18 h au lundi 8 h;*

*- **42079** pour le supplément de garde en maladies infectieuses effectuée entre 8 h et 18 h le samedi, le dimanche ou un jour férié.*

Indiquer l'heure de début du service.

Inscrire le numéro de la direction générale de santé publique concernée (94509)

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Institut national de santé publique du Québec : domaine de garde visé

Un tel supplément de garde est payable également au médecin qui est assigné à une garde provinciale en santé environnementale pour le compte de l'INSPQ. Pour être rémunérée, cette garde doit être assurée tous les jours de la semaine, entre 18 h et 8 h ainsi que les samedi, dimanche et un jour férié entre 8 h et 18 h.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation :*

*- **42076** pour le supplément de garde en santé environnementale effectuée entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine;*

*- **42077** pour le supplément de garde en santé environnementale effectuée entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié.*

Indiquer l'heure de début du service.

Inscrire le numéro de l'Institut national de santé publique du Québec (94559).

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Modalités spécifiques de rémunération

À compter du 1er septembre 2018, le supplément de garde en disponibilité est de 172,37 $ par jour, entre 18 h et 8 h tous les jours de la semaine et 123,10 $ par jour, entre 8 h et 18 h, le samedi, le dimanche ou un jour férié. Ces montants sont respectivement de 212,90 $ et de 152,05 $ à compter du 1er avril 2019. Le supplément de garde en disponibilité est rémunéré à l'acte et n'est pas divisible.

Un médecin ne peut réclamer plus d'un supplément de garde par jour.

Un seul supplément de garde en santé environnementale est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, par direction régionale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde en maladies infectieuses est payable, par jour, pour la direction générale de santé publique en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Un seul supplément de garde pour la garde provinciale en santé environnementale est payable, par jour, pour l'INSPQ en tenant compte, le cas échéant, de la garde rémunérée en vertu de l'annexe I-A à l'annexe XXIII de l'entente générale relative au mode mixte en santé publique ou celle rémunérée dans le cadre des dispositions d'entente relatives aux médecins spécialistes en santé communautaire.

Autres modalités

Malgré les alinéas précédents, s'il y a situation de sinistre, de catastrophe, d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le ministre, le directeur général de santé publique ou un directeur régional de santé publique, le comité paritaire sur recommandation peut octroyer plus d'une garde en disponibilité par jour en maladies infectieuses ou en santé environnementale laquelle sera rémunérée selon les modalités qui précèdent pour la période déterminée par les parties.

4.02 Le médecin appelé à se déplacer ou à se rendre sur place des services pendant une période de garde en disponibilité est rémunéré pour les services dispensés pendant cette période selon le paragraphe 5.01 ci-dessous.

Toutefois, lorsque les services rendus pendant la période de garde en disponibilité ne requièrent pas un déplacement, le médecin est rémunéré pour les services dispensés à la condition que le temps consacré à l'ensemble de son intervention soit d'une période complète minimale de trente (30) minutes consécutives.

AVIS **:** *Bien que les suppléments de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de facturation d'une direction régionale de santé publique, les services rendus sur place pendant la période de garde en disponibilité doivent être facturés avec le numéro de l'installation où le médecin détient une nomination en santé publique.*

4.03 Lorsqu'il est appelé à se déplacer pendant une période de garde en disponibilité, le médecin est rémunéré selon le paragraphe 5.01 pour les services dispensés.

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de la santé publique, telle que visée par la présente entente, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération;

5.02 Pour être rémunéré selon la présente entente, le médecin doit détenir une nomination de l'établissement responsable. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination;

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Santé publique.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.03 Malgré le paragraphe 5.02 en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans l'établissement responsable une lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique de l'agence et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une agence pour moins de 300 heures par année;

AVIS **:** *Transmettre à la RAMQ par lettre les données d'identité du médecin, la période visée ainsi que le nombre d'heures d'activité hebdomadaire en précisant qu'il s'agit du paragraphe 5.03 de l'*Entente particulière relative à la santé publique (24).

Annexer la lettre d'engagement.

5.04 Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'une installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas;

5.05 La répartition entre les médecins des banques d'heures allouées, sur base annuelle, est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour l'établissement responsable, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement responsable, par le directeur général de la santé publique ou par le directeur de l'INSPQ;

5.06 Le directeur de l'INSPQ et le directeur général de la santé publique font parvenir à la Régie les avis de services des médecins visés par la présente entente particulière. Quant aux médecins des établissements responsables, les établissements auxquels ils sont rattachés envoient les avis de services avec l'autorisation du directeur régional de la santé publique;

5.07 Les dispositions des annexes VI et XIV relatives à la rémunération de la garde sur place ne s'appliquent pas au médecin visé par la présente entente particulière.

5.08 Sur demande de l'établissement responsable et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente générale, un médecin peut, pour le compte de l'établissement duquel il détient une nomination, rendre une partie des services visés par sa nomination dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement. Aux fins de l'application de la présente disposition, on entend par secteur géographique autre que celui de l'établissement duquel il détient une nomination l'endroit qui est désigné par l'établissement à partir duquel le médecin exécute ses activités à distance conformément à sa nomination. Dans un tel cas, la majoration applicable en vertu de l'annexe XII est alors fonction du lieu effectif de dispensation des services.

AVIS **:** *Selon votre situation, utiliser la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) ou la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215).*

*Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement duquel vous détenez une nomination, inscrire la lettre **A** dans le champ* C.S.*;*

Dans le champ Renseignements complémentaires *:*

- *pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro d'établissement pour lequel vous détenez une nomination;*
- *pour le lieu en référence, inscrire :*

- le numéro de l'établissement où les services sont rendus;

- la date des services;

- le numéro de référence de chaque activité correspondant à cette situation.

5.09 Les modalités de rémunération spécifiques à la santé publique sont les suivantes :

5.09.01 À compter du 1er avril 2008, une prime horaire de soutien aux services de première ligne est versée. Cette prime est de 2,60 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 2,65 $ par heure au 1er octobre 2019 et elle s'applique sur 70 % des heures rémunérées dans le cadre de la présente entente. Cette prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

La prime horaire de soutien aux services de première ligne cesse d'être versée au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte.

5.09.02 À compter du 1er avril 2009, un forfait de santé publique est accordé. Le montant de ce forfait est de 23,45 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 23,70 $ par heure au 1er octobre 2019. Le forfait de santé publique cesse d'être versé au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19930*** *et indiquer la durée de l'activité.*

Inscrire le numéro du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement (94XXX) responsable de votre nomination en santé publique (voir l'annexe III).

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le forfait de santé publique n'est pas payable pour le médecin qui est rémunéré selon le mode mixte de l'annexe XXIII en santé publique.

i) Le forfait de santé publique est défini comme toute forme d'interventions auprès des centres et installations du ou des établissements de la région, des cabinets privés ou d'autres organismes pertinents, en lien avec le Programme national de santé publique ou avec le Plan d'action régional de santé publique et visant, notamment, l'intégration des pratiques cliniques préventives;

ii) le comité paritaire FMOQ-MSSS attribue, selon les critères qu'il détermine, la banque de forfaits de santé publique allouée annuellement à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ ainsi qu'à la direction générale de santé publique;

iii) La répartition entre les médecins d'une direction régionale de santé publique, de l'INSPQ ou de la direction générale de la santé publique est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour l'établissement responsable, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement responsable, par le directeur de l'INSPQ ou par le directeur général de la santé publique;

Le forfait de santé publique cesse d'être versé au médecin à compter de la date où il opte pour le mode de rémunération mixte

AVIS **:** *L'annexe III de la présente EP 24 – Santé publique fait état des forfaits alloués à chaque direction régionale de santé publique, à l'INSPQ et à la Direction générale de santé publique.*

5.09.03 Le médecin qui assure certaines gardes en disponibilité en santé environnementale ou en maladies infectieuses peut bénéficier d'une majoration sur sa rémunération, selon le tarif de base, pour les services dispensés sur place lorsqu'il est appelé à se déplacer pendant une garde en disponibilité durant certains horaires défavorables, et ce, que les services alors dispensés pendant la période de garde en disponibilité requièrent ou non un déplacement du médecin.

i) pour les services dispensés de 20 h à 8 h les lundi, mardi, mercredi et jeudi et de 0 h à 8 h les vendredi, samedi et dimanche, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire bénéficie d'une majoration de 13 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 16,64 %;

ii) pour les services dispensés de 20 h à 24 h le vendredi, à l'exception d'une journée fériée, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire bénéficie d'une majoration de 23 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 29,44 %;

iii) pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée, le médecin rémunéré selon le mode à tarif horaire bénéficie d'une majoration de 23 %. Lorsque le médecin est rémunéré à honoraires fixes la majoration qui s'applique est de 29,44 %;

Aux fins de la présente disposition, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement, de l'Institut national de la santé publique ou de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au sein duquel exerce le médecin.

AVIS **:** ***Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire***

Voir l'avis sous le paragraphe 15.05 de l'Entente et les calendriers des jours fériés.

Inscrire :

*- la nature de service **155** ou **165**;*

- l'emploi de temps correspondant :

XXX030 *Services cliniques*

XXX032 *Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique*

XXX067 *Expertise professionnelle*

XXX148 *Services cliniques (situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémies)*

Les heures d'activité donnant droit à la majoration doivent être facturées séparément (numéro de référence) de celles n'y donnant pas droit.

Indiquer une seule plage horaire par ligne.

*Facturer les codes d'activité et demander le même jour la garde en disponibilité rémunérée à l'acte avec l'un des codes **42076, 42077, 42078** ou **42079**.*

Les heures majorées doivent être associées à un secteur de dispensation selon l'heure et le jour.

Jour	***Heures***	***Secteur de dispensation***
Services rendus selon le paragraphe 5.09.03		
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	*45*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	*44*
Du lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	*43*

6.00 BANQUE ANNUELLE

6.01 Après consultation des établissements responsables et de l'INSPQ, les parties déterminent la banque totale d'heures allouée, sur une base annuelle débutant le 1er janvier de chaque année, pour la rémunération des activités professionnelles prévues dans le cadre de la présente entente. Ce nombre d'heures apparaît à l'annexe I des présentes;

6.02 Sur recommandation des établissements responsables pour leur direction de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, le Ministre détermine la répartition de la banque d'heures totale et en informe les directions de santé publique, l'INSPQ, la Fédération et la Régie. Le détail de cette répartition apparaît, à titre informatif, à l'annexe II des présentes;

6.03 Le suivi de la banque d'heures totale ainsi que de celle allouée à la Direction générale de la santé publique est assuré par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. En cas de dépassement d'une ou de l'autre, le comité paritaire demande à la Direction générale de la santé publique de lui présenter un plan de redressement comportant toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi que le calendrier de résorption.

Si la Direction générale de la santé publique ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences du comité paritaire, ce dernier avise la Régie et la Direction générale que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant, toute nouvelle lettre d'engagement, dans un établissement responsable, à l'INSPQ ou à la Direction générale de la santé publique, doit recevoir son approbation;

6.04 La Direction générale de la santé publique est responsable du suivi de chacune des banques d'heures accordées aux établissements responsables ainsi qu'à l'INSPQ.

Même si la banque d'heures totale est respectée, la Direction générale de la santé publique doit exiger, en cas de dépassement récurrent de la banque d'heures allouée à un établissement responsable ou à l'INSPQ, constaté pendant une année d'application donnée, qu'il soit résorbé pendant l'année d'application qui suit celle-ci. Un plan de redressement de l'établissement responsable en cause ou de l'INSPQ doit alors être soumis à la Direction générale de la santé publique dès le début de l'année qui suit celle où un dépassement a été observé. Ce plan de redressement doit comporter toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi qu'au calendrier de résorption.

Si l'établissement responsable en cause ou l'INSPQ ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences de la Direction générale de la santé publique, cette dernière en informe le comité paritaire qui avise la Régie et la direction concernée que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant toute nouvelle lettre d'engagement, doit recevoir son approbation;

6.05 Toute modification temporaire et non récurrente relative à la répartition de la banque d'heures totale qui n'a pas pour effet de provoquer son dépassement, peut être apportée par la Direction générale de la santé publique. La Direction générale de la santé publique doit consulter le comité paritaire prévu au paragraphe 6.03 des présentes ainsi que l'établissement ou les établissements responsable (s) concernés. Pour ce faire elle doit alors préciser au comité paritaire la ou les agences concernées, le nombre d'heures en cause et l'utilisation qui en sera faite;

6.06 Toute modification qui a pour effet d'augmenter la banque d'heures totale doit faire l'objet d'un accord des parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente;

6.07 Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe trimestriellement pour les trois premiers trimestres et mensuellement pour les trois derniers mois de l'année les parties négociantes ainsi que les directions concernées du suivi de la banque d'heures utilisées globalement pour les parties négociantes et par professionnel pour les établissements responsables, l'INSPQ et la Direction générale de la santé publique.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 29 septembre 1997. Elle entre en vigueur le 1er juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2000.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Banque d'heures totale

Période du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2006

Banque d'heures allouée à l'ensemble des directions régionales de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique :

Par année 298 760 heures

ANNEXE II

Répartition des heures par région et organisme pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011

Région	Heures attribuées 2011
Région 01	
Bas-Saint-Laurent	7 958
Région 02	
Saguenay-Lac-St-Jean	14 692
Région 03	
Capitale-Nationale	25 790
Région 04	
Mauricie-Centre du Québec	12 967
Région 05	
Estrie	9 322
Région 06	
Montréal	44 917
Région 07	
Outaouais	10 011
Région 08	
Abitibi-Témiscamingue	7 478
Région 09	
Côte-Nord	5 390
Région 10	
Nord-du-Québec	1 540
Région 11	
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5 390
Région 12	
Chaudière-Appalaches	23 722
Région 13	
Laval	15 566
Région 14	
Lanaudière	11 760
Région 15	
Laurentides	14 597
Région 16	
Montérégie	30 488
Région 17	
Nunavik	2 804
Région 18	
Baie-James	1 540
Institut national de la santé publique (INSPQ) :	
94519 Centre anti-poison[1]	3 240
94529 Centre de toxicologie	770
94539 Laboratoire de santé publique du Québec	3 548
94559 Omnipraticiens de l'INSPQ	28 330
94509 Direction générale de la santé publique (MSSS)	16 940
Grand total	**298 760**

[1] Transfert de la banque d'heures du Centre anti-poison au CSSS de la Vieille Capitale.

ANNEXE III

Forfaits de santé publique alloués à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ et à la Direction générale de santé publique

Directions (CISSS ou CIUSSS)	**Nombre de forfaits**
Région 01 : CISSS du Bas-Saint-Laurent *(94400)*	**650**
Région 02 : CIUSS DU Saguenay-Lac-Saint-Jean *(94401)*	**1 230**
Région 03 : CIUSS de la Capitale-Nationale *(94402)* SP et SST 19 février 2017	**1 560**
Région 04 : CIUSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec *(94403)*	**720**
Région 05 : CIUSSS de l'Estrie - Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke *(94404)*	**1 066**
Région 06 : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal *(94405)*	**2 580**
Région 07 : CISSS de l'Outaouais *(94410)*	**280**
Région 08 : CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue *(94411)*	**390**
Région 09 : CISSS de la Côte-Nord *(94412)*	**370**
Région 10 : Centre régional de la santé et de services sociaux de la Baie-James *(94109)*	**60**
Région 11 : CISSS de la Gaspésie *(94413)*	**430**
Région 12 : CISSS de Chaudière-Appalaches *(94414)*	**1 260**
Région 13 : CISSS de Laval *(94415)*	**810**
Région 14 : CISSS de Lanaudière *(94416)*	**580**
Région 15 : CISSS des Laurentides *(94417)*	**1 440**
Région 16 : CISSS de la Montérégie-Centre *(94418)* SP et SST 1er janvier 2017	**2 214**
Région 17 : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik *(94179)*	**250**
Région 18 : Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James *(94183)*	**120**
INSPQ *(94559)*	**2 260**
Direction générale de santé publique *(94509)*	**1 730**
TOTAL	**20 000**

EP 27 - CHEF DE DÉPARTEMENT (CHSGS) Abrogée le 1er juin 2022 par l'Amendement no 193

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION ET AUX CONDITIONS D'EXERCICE DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN CHEF DU DÉPARTEMENT CLINIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE D'UN ÉTABLISSEMENT EXPLOITANT UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale, et, le cas échéant, de celui qui l'assiste, d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui, dans le cadre de cette mission, opère une ou des installations qui compte un service d'urgence;

1.02 La présente entente particulière vise également le médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale et, le cas échéant, le médecin qui l'assiste, d'un établissement qui a pour mission, entre autres, d'exploiter un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, et dont les conditions de rémunération pour les activités qu'il exerce auprès de cet établissement sont régies exclusivement par les dispositions relatives aux modes des honoraires fixes ou du tarif horaire.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives couvertes par la présente entente sont celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2);

3.02 Pour le médecin qui détient le poste de chef de département, est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à sa participation à l'intégration des activités de son établissement aux orientations mises de l'avant par le département régional de médecine générale (DRMG).

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Sous réserve du paragraphe 4.02 de la présente entente, les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 70,05 $ au 1er septembre 2018 et de 70,75 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19064** et indiquer le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.02 Pour le médecin visé au paragraphe 1.02, les activités prévues aux présentes sont rémunérées à tarif horaire.

AVIS **:** *Seul le professionnel dont les activités réalisées dans l'établissement sont rémunérées exclusivement à tarif horaire ou à honoraires fixes peut se prévaloir de la rémunération à tarif horaire pour ses activités de chef de département clinique de médecine générale ou d'assistant.*
Voir l'avis administratif sous l'article 4.05 pour les instructions relatives à l'avis de service requis.

Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'Entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités exercées par un médecin visé au paragraphe 1.02 des présentes.

Jusqu'à concurrence du nombre d'heures équivalant au nombre de forfaits alloués annuellement à l'établissement selon les modalités prévues au paragraphe ci-dessous, un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités prévues à la présente entente, autorisé au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.02 lorsqu'il a atteint le maximum d'heures prévu au paragraphe 5.02 ou au paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente. Ce dépassement tient compte de l'ensemble des heures d'activités visées par les présentes et effectuées par les médecins de l'établissement.

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***
Inscrire sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) :*
*le code d'activité **013043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

4.03 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le nombre de membres du département qui, sur base annuelle, reçoivent une rémunération supérieure à 5 000 $ pour leurs activités hospitalières et selon les modalités suivantes :

Nombre de médecins	Forfaits annuels
Entre 1 et 24 médecins	321
Entre 25 et 74 médecins	428
Entre 75 et 99 médecins	536
Cent (100) médecins ou plus	643

AVIS **:**

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

Dans le cas où un établissement opère plusieurs installations physiquement distinctes et que chacune d'entre elles opèrent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et un service d'urgence, le nombre de forfaits est calculé pour chacune des installations. La banque de forfaits est allouée à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations.

Les forfaits alloués se traduisent en heures rémunérées selon les dispositions du paragraphe 4.02 ci-dessus en appliquant un facteur de conversion de un forfait pour 0,70 heures à compter du 1er octobre 2008 et 0,71 heures à compter du 1er avril 2009.

L'annexe I de la présente fait état de la banque de forfaits alloués annuellement à l'établissement.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements et des installations désignés et des forfaits alloués à l'annexe I de l'EP 27 – Chef de département (CHSGS)*.

4.04 Dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale.

Dans le cas où un établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente et qu'un seul médecin assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale pour l'ensemble des installations, il se voit attribuer au moins 10% du nombre de forfaits alloués à l'établissement.

Dans le cas où l'établissement compte plus d'une installation admissible à la présente entente mais qu'un médecin assume la fonction de chef du département de médecine générale dans chaque installation, chacun de ces médecins se voit attribuer 60 % du nombre de forfaits calculé pour l'installation conformément au paragraphe 4.03 de la présente entente.

4.05 L'établissement transmet à la régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin. L'établissement remet au médecin copie de cet avis.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Chef de département clinique de médecine générale.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

L'établissement doit sélectionner le mode de rémunération à l'acte pour le chef de département et, le cas échéant, pour celui qui l'assiste, s'ils sont visés par le paragraphe 1.01 de l'EP 27 – Chef de département (CHSGS). S'ils sont plutôt visés par le paragraphe 1.02 de cette entente particulière, l'établissement doit sélectionner le mode de rémunération à tarif horaire.

4.06 Au 1er novembre de chaque année, les parties déterminent le nombre de forfaits alloués à l'établissement, pour l'année qui suit, pour la rémunération des activités prévues dans le cadre de la présente entente, sur la base des données sur la rémunération des médecins pour l'année finissant le 31 mai de l'année en cours.

5.00 ANNEXE IX

5.01 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale du 1er janvier 2000. Elle prend effet le 1er juin 2005 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1

Établissements admissibles à l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale, et, le cas échéant, à celui qui l'assiste.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements et des installations désignés et des forfaits alloués à l'annexe I de l'EP 27 – Chef de département (CHSGS)*.

EP 29 – MALADE ADMIS EN CHSGS

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION AUPRÈS DES MALADES ADMIS EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès des patients admis en soins de courte durée sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG), et ce, dans une installation dont l'activité principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et qui opère un service d'urgence de première ligne;

1.02 À moins d'indication contraire et sous réserve du paragraphe 1.03, cette entente couvre tous les services dispensés par les médecins responsables de l'ensemble des services professionnels à dispenser dans l'installation auprès de patients admis en soins de courte durée. Elle peut couvrir également, avec l'autorisation du comité paritaire, une unité ou un service déjà couvert par une autre entente particulière. Dans ce cas, les modalités d'adhésion à cette dernière entente particulière devront être révisées pour exclure l'unité ou le service couvert par la présente entente;

1.03 Cette entente ne peut couvrir les services dispensés aux patients inscrits au service d'urgence, à l'unité d'hébergement et de soins de longue durée y compris les lits de transition et à l'unité de soins psychiatriques. Peut également être exclue de l'application de la présente entente une unité de soins coronariens ou de soins intensifs avec l'autorisation du comité paritaire;

1.04 L'adhésion d'une installation à la présente entente doit obligatoirement couvrir, dans une proportion d'au moins 90 %, les services dispensés auprès des malades admis en soins de courte durée et doit justifier, en fonction des dispositions des articles 6.00 et 8.00 des présentes, l'allocation d'au moins un forfait régulier quotidien pendant les jours de la semaine c'est-à-dire du lundi au vendredi. Ce taux de 90 % ne comprend pas les lits relevant d'une unité ou d'un service exclus de la présente entente;

1.05 L'annexe I fait état de la liste des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente entente. Elle précise également les unités ou services exclus de l'application de cette entente, de même que le nombre de forfaits alloués quotidiennement à l'installation.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de l'EP 29 – Malade admis en CHSGS*.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

a) la dispensation des services médicaux;

b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;

c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;

d) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;

e) les gardes afférentes à ces activités, selon les modalités déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

4.00 FORMULES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.02 couvrent une période minimale de services dispensés sur place de huit (8) heures ainsi que la participation à la garde en disponibilité afférente. Celles prévues au paragraphe 4.03 couvrent une période minimale continue de services dispensés sur place de quatre (4) heures entre 8 h et 13 h ainsi que la garde en disponibilité afférente;

4.02 Sous réserve de l'article 5.00 des présentes, le médecin soumis à l'application de la présente entente particulière est rémunéré selon l'option qui recueille l'accord de la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées.

Régime A :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'Entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 697,55 $ au 1er septembre 2018 et de 704,40 $ au 1er octobre 2019. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 46,60 %;

Régime B :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait quotidien auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant cette période, y compris le forfait prévu à l'Entente particulière relative à la prestation de services dans une unité de soins coronariens et intensifs. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur. Le montant du forfait quotidien est de 438,45 $ au 1er septembre 2018 et de 442,80 $ au 1er octobre 2019. Le pourcentage de la rémunération qui s'ajoute est de 77,80 %;

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **09778** pour le forfait régulier – Régime A;*

*- le code de facturation **19018** pour le forfait régulier – Régime B.*

- l'heure de début et l'heure de fin.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus durant la période où le médecin est rémunéré selon l'EP 29 – Malade admis en CHSGS (régime A ou B), utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

Ne pas utiliser cet élément de contexte lors de la facturation du forfait régulier (régime A ou B).

Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un forfait est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

Les médecins visés au présent sous-paragraphe peuvent, selon décision majoritaire de ceux-ci et avec l'accord du comité paritaire visé au paragraphe 8.00 des présentes, choisir de remplacer l'option d'un des deux régimes de rémunération par l'autre. Le remplacement d'un régime par l'autre ne peut toutefois s'opérer qu'une fois l'an à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'installation à la présente entente particulière, et implique, de la part du comité paritaire une réévaluation du nombre de forfaits accordés à l'installation sur la base des données recueillies et des changements organisationnels intervenus;

4.03 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 de la présente entente, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait équivalent à la moitié du forfait s'appliquant au régime A ou au régime B tel qu'apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus.

AVIS : *Inscrire :*

*- le code de facturation **19007** pour le demi-forfait régime A;*

*- le code de facturation **19019** pour le demi-forfait régime B.*

- l'heure de début et l'heure de fin.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

Ne pas utiliser cet élément de contexte pour facturer le demi-forfait (régime A ou B).

Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un demi-forfait est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

4.04 Sous réserve des dispositions de l'article 6.00 ou, exceptionnellement, en raison d'une baisse ponctuelle du nombre de patients admis, le médecin peut être rémunéré selon un demi-forfait aux conditions suivantes : il assure une présence continue de quatre (4) heures entre 8 h et 13 h et, du lundi au vendredi, un médecin d'une équipe assure une présence minimale à l'unité de soins de courte durée de huit (8) heures et se prévaut du forfait régulier pour cette même journée;

4.05 Malgré les paragraphes précédents, l'entente générale continue de s'appliquer pour la rémunération des services suivants :

4.05.01 les services reliés à un accouchement énumérés dans la partie « obstétrique » de l'annexe V et identifiés, aux fins de l'application du présent sous-paragraphe, par le comité paritaire. Le comité paritaire transmet à la Régie la liste de ces actes;

AVIS **:** *Les services en obstétrique à 100 % sont codifiés :* ***06097, 06901, 06903, 06907, 06912, 06913, 06914, 06916, 06919, 06921, 06922, 06923, 06925, 06935, 06942, 06944, 06946, 06984, 06985, 06986, 06987, 06988, 06989, 06990, 06992, 09705, 09776, 15024 et 19058***.

4.05.02 les services immédiatement requis dispensés lors de déplacements pendant une période de garde en disponibilité;

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.

4.05.03 de façon exceptionnelle, et en dehors des journées pendant lesquelles le médecin reçoit une rémunération en vertu de la présente entente, les services dispensés à la demande d'un patient ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du centre hospitalier;

4.05.04 les services reliés à un transfert ambulancier inter établissement tel que prévu au sous-paragraphe 2.4.9 du préambule général de l'entente;

4.05.05 sur approbation du comité paritaire visé à l'article 8.00 des présentes, les services dispensés par un médecin ne faisant pas partie des équipes au sens du paragraphe 1.02 des présentes, détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique et dont les activités hospitalières se limitent à ce dernier type de pratique. Peut également être visé par le présent sous-paragraphe, le médecin dont la pratique est celle d'un spécialiste non certifié ou son équivalent, de même que le médecin détenteur d'un permis restrictif. Le comité paritaire en informe la Régie;

4.05.06 le forfait de congé en établissement d'un patient admis.

4.06 Le médecin qui, pour une journée, se prévaut des conditions de rémunération prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 des présentes, est soumis, pour la journée en cause, aux restrictions suivantes :

4.06.01 il ne peut se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'installation à l'exception de l'entente relative aux soins intensifs et coronariens, ni être rémunéré selon le mode de rémunération mixte, des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu d'un avis de service au sein de l'installation. Les modalités de rémunération prévues à l'entente relative aux soins intensifs et coronariens sont soumises à l'application du pourcentage apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi;

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré selon la présente EP 29 – Malade admis en CHSGS (régime A ou B) qui se rend à l'unité des soins intensifs et coronariens auprès d'un patient admis, utiliser :*

- le code de facturation approprié pour le forfait de l'EP 3 – Soins intensifs ou coronariens;

- l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

4.06.02 il est rémunéré pour les actes qu'il pose dans une unité exclue de l'application de la présente entente, selon les modalités prévues au Préambule général, au pourcentage du tarif apparaissant au paragraphe 4.02 ci-dessus, sous le régime A ou sous le régime B, selon le régime choisi, et ce, malgré qu'il puisse être visé par un avis de service selon le mode de rémunération mixte, des honoraires fixes ou du tarif horaire au sein de l'unité en cause;

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré selon la présente EP 29 – Malade admis en CHSGS (régime A ou B) qui se rend à l'urgence auprès d'un patient inscrit, utiliser :*

- le code de facturation approprié pour la consultation;

- l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré selon la présente EP 29 – Malade admis en CHSGS (régime A ou B) qui se rend à l'urgence auprès d'un patient admis en attente d'être dirigé à l'unité de soins de courte durée, utiliser :*

- le code de facturation approprié pour la visite d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion;

- l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

4.06.03 malgré les sous-paragraphes 4.05.01 et 4.05.02, il peut être rémunéré selon l'entente générale ou, le cas échéant, selon l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne, pour des services dispensés dans le service d'urgence de l'installation en dehors de la période de 8 h à 16 h ou après 12 h dans le cas où il serait rémunéré en vertu du demi-forfait;

4.06.04 en dehors de la période de 8 h à 17 h, le médecin peut exercer en cabinet ou dans une autre installation ou un autre établissement et y être rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, de toute autre entente particulière. Toutefois, le médecin qui se prévaut du demi-forfait prévu au paragraphe 4.03 des présentes peut exercer, en dehors de la période de 8 h à 13 h, dans un service ou une unité non visé par l'entente actuelle, dans une autre installation ou un autre établissement ou en cabinet;

4.07 Tout médecin d'une installation adhérente à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans les unités couvertes par l'adhésion de l'installation à la présente entente, en vertu de l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS.

4.08 Il peut se prévaloir des dispositions de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée, dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation ou de maintien à domicile d'un CLSC. Cette disposition vaut également pour les journées où le médecin se prévaut des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03. La rémunération prévue à cette entente relative à la garde en disponibilité n'est pas soumise à l'application des modificateurs apparaissant au paragraphe 4.02 de la présente entente;

4.09 Sous réserve des dispositions prévues à la présente entente, les conditions générales prévues à l'Entente s'appliquent, notamment les suivantes :

4.09.01 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 A du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, en ce qui concerne le forfait ainsi que les actes visés par le sous-paragraphe 2.2.9 A.

4.09.02 la rémunération prévue au présent article constitue une rémunération de base et est donc sujette à l'application du règlement sur la rémunération différente durant les premières années d'exercice ainsi que des dispositions de l'annexe XII de l'entente générale;

4.10 Un médecin qui, en situation de pénurie d'effectifs entraînant une réduction du nombre de médecins requis pour assumer la responsabilité, pour une journée, de la dispensation des services médicaux couverts par la présente entente, à la demande du chef de département de médecine générale, assume des tâches additionnelles à celles qui lui sont habituellement dévolues, bénéficie d'une majoration de 10 % du forfait quotidien. Le médecin ne peut se prévaloir de cette majoration que s'il se prévaut, pour cette journée, d'un forfait régulier et que lorsque la réduction en cause du nombre de médecins requis implique, au moins, un médecin qui aurait bénéficié du forfait régulier prévu au paragraphe 4.02;

AVIS **:** *Pour la majoration de 10 % du forfait régulier* ***09778*** *ou* ***19018*** *selon le cas, utiliser l'élément de contexte* **Assume des tâches additionnelles en situation de pénurie d'effectifs pour l'EP – Malade admis – CHSGS.**

4.11 Le médecin visé par les dispositions des paragraphes 4.02, 4.03 doit s'assurer que l'établissement transmet, à cet effet, un avis de service à la Régie.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Malades admis.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.00 DROITS ACQUIS

5.01 Un médecin ne faisant pas partie des équipes visées au paragraphe 1.02 des présentes et dont le volume des activités effectuées auprès des malades admis en soins de courte durée est restreint et de faible importance peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, aux conditions édictées par le comité paritaire, choisir de maintenir le mode de l'acte s'il détenait une nomination à cet effet de l'établissement à la date de l'adhésion de l'installation à la présente entente. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente;

5.02 Un médecin déjà rémunéré au mode mixte de rémunération, à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu d'une entente particulière autre que la présente entente, de l'Annexe XXII ou de l'Annexe XXIII peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération malgré le retrait de son installation ou son établissement de cette entente particulière ou du choix à l'adhésion de ne pas exclure l'unité en cause de l'application de la présente entente particulière. Le maintien de son mode de rémunération n'est possible, cependant, que les journées pendant lesquelles il ne fait pas partie des médecins responsables des soins aux malades admis visés aux présentes. Il agit, alors, comme consultant auprès de l'unité ou du service antérieurement couvert par l'entente particulière dont l'installation ou l'établissement s'est retiré ou de l'unité visée par son adhésion au mode mixte de rémunération, aux honoraires fixes ou au tarif horaire. À moins de circonstances exceptionnelles et temporaires ou à moins d'exercer au sein d'une unité exclue de l'adhésion à la présente entente particulière, ce médecin ne peut augmenter, de façon significative, sa prestation de services suite à la date d'adhésion de l'installation à la présente entente;

5.03 Un médecin qui détient une nomination spécifique dans l'installation en vertu du paragraphe 10.09A de l'entente générale ou qui détient une nomination en vertu de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant ou en vertu de toute autre entente particulière s'appliquant dans une unité ou service faisant l'objet d'une adhésion à la présente entente en vertu de son paragraphe 1.02 au moment de l'adhésion de l'installation à la présente entente et qui fait partie des médecins responsables des soins aux malades admis peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique auprès des malades admis du lundi au vendredi de chaque semaine. Les samedi et dimanche, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes 4.02 et 4.03 de la présente entente, selon le cas.

AVIS **:** *L'installation doit mentionner sur l'avis de service transmis à la RAMQ le paragraphe en vertu duquel le médecin s'est prévalu de ses droits acquis.*

Rémunération à honoraires fixes, *utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***070015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***070030*** *Services cliniques*
- ***070032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***070037*** *Planification – Programmation – Évaluation*
- ***070043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***070055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau de la justice)*
- ***070063*** *Garde sur place*
- ***070079*** *Services anesthésiques et obstétricaux non assujettis à la coupure une fois le maximum du plafond atteint (annexe IX, article 5)*
- ***070098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***070132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

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

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'installation.

Les parties désignent, nommément, par accord, les médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 5.01, 5.02 et 5.03.

AVIS **:** *Voir les accords n°s 398 et 453.*

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le comité paritaire évalue le nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes et ce, aux fins d'allocation du nombre de forfaits quotidiens. Ce nombre de forfaits peut être différent pour les jours de la semaine et pour les jours de fin de semaine et jours fériés. Il peut, également, être rajusté pour tenir compte des variations saisonnières;

6.02 Un seul demi-forfait peut être alloué par journée d'application;

6.03 Le nombre de forfaits alloué, quel que soit le régime choisi, est établi après analyse et évaluation du comité paritaire lequel se base notamment sur :

la demande d'adhésion et des informations transmises par un établissement;

des données de facturation de l'année qui précède la demande d'adhésion;

du taux d'occupation des lits couverts par l'entente;

du nombre annuel d'admissions dans les unités visées;

de la durée de séjour;

de l'organisation interne de l'installation

6.04 Le nombre de forfaits autorisés est réparti par le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) entre les médecins;

6.05 En cas d'une diminution temporaire des activités régulières qui n'a pu être prise en considération par le comité paritaire lors de la détermination des forfaits quotidiens, le chef du département clinique de médecine générale (CDCMG) est responsable de rajuster à la baisse le nombre de forfaits requis pour la dispensation de l'ensemble des services visés. Si ces changements interviennent sur une base permanente, il doit en aviser le comité paritaire.

7.00 DÉPANNAGE

7.01 Le médecin qui, dans le cadre du mécanisme de dépannage, exerce auprès des unités couvertes par la présente entente est rémunéré selon les modalités qui y sont prévues relativement au forfait régulier et le forfait qu'il utilise quotidiennement est comptabilisé aux fins de l'article précédent.

La présente disposition s'applique malgré le paragraphe 2.01 de l'annexe XVIII. Les autres dispositions de cette annexe ainsi que celles de l'article 30.00 de l'entente générale continuent de s'appliquer à ce médecin dépanneur.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19789** (forfait régulier – régime A) ou le code **19790** (forfait régulier – régime B);*

*- le nombre total d'heures effectuées sur place **et** en garde en disponibilité (durée du dépannage);*

- distinctement, le nombre d'heures effectuées sur place.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

Ne pas utiliser cet élément de contexte pour facturer le forfait régulier (régime A ou B).

Voir les paragraphes 4.02, 4.05.02 et 4.09.01.

Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un forfait est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Malade admis est réclamé**.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

8.01 Les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale afin qu'il :

a) fasse des recommandations aux parties quant à la désignation des installations et des modalités d'application de la présente entente. Le comité précise également à l'établissement les conditions spécifiques qui s'appliquent à la désignation de l'installation;

b) détermine le nombre de forfaits sur la base du nombre de médecins requis quotidiennement pour dispenser la totalité des services visés aux présentes;

c) voit à la mise en œuvre de la présente entente particulière, en fasse le suivi et l'analyse;

d) évalue annuellement le nombre de forfaits alloués à une installation et le cas échéant, recommande aux parties les rajustements appropriés. Tout rajustement à la baisse du nombre de forfaits alloués ne peut toutefois prendre effet qu'après l'expiration d'une période de six (6) mois suivant la décision s'y rattachant;

e) soumet aux parties le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 5.00.

9.00 ADHÉSION ET RETRAIT

9.01 Une demande est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession auprès des malades admis en soins de courte durée et dans les unités visées. Elle est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;

9.02 Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui de la majorité des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès des malades admis en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du 28 septembre 2000.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D**.
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1

Liste des installations visées à l'entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de l'EP 29 – Malade admis en CHSGS* .

EP 31 - PROJET HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET - SANTÉ MENTALE

ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AU PROJET D'EXPÉRIMENTATION DE L'HÔPITAL EN SANTÉ MENTALE PIERRE-JANET CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PAR UN MÉDECIN DE PRATIQUE PRIVÉE DE PATIENTS AYANT DES PROBLÈMES GRAVES ET PERSISTANTS DE SANTÉ MENTALE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans le cadre du projet d'expérimentation de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet visant la prise en charge de patients ayant des problèmes graves et persistants de santé mentale par un médecin exerçant en cabinet privé;

1.02 Les caractéristiques des patients visés par la présente entente apparaissent en annexe des présentes. Ils sont référés au médecin qui se prévaut des dispositions de cette entente selon des modalités élaborées par l'établissement avec le concours du département clinique de médecine générale (DCMG) et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération prévue à la présente entente couvre, de façon exclusive, les activités visées prévues dans le cadre de la présente entente, notamment :

a) la dispensation des services médicaux requis par la prise en charge globale et continue du traitement du patient;

b) les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention du patient;

c) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire avec l'équipe de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient visé par la présente entente;

d) les activités professionnelles reliées aux communications avec un proche parent ou une personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier ainsi qu'avec tout intervenant d'un organisme communautaire ou d'une autre installation du réseau de la santé et des services sociaux que l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet;

e) la participation du médecin au programme de formation élaboré et organisé par le CMDP, qui lui est offert par l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet dans la prise en charge du patient dans le cadre de la présente entente.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Le médecin qui prend en charge un patient visé aux présentes est rémunéré pour les services qu'il lui dispense :

a) à l'acte, selon les modalités de l'entente générale, pour les services dispensés auprès du patient. L'examen à domicile d'un patient dont le médecin a charge en vertu de la présente est réputé répondre aux modalités prévues au paragraphe 2.2 6 A du préambule général de l'annexe V;

b) selon un forfait de 469,70 $ au 1er septembre 2018 et de 474,40 $ au 1er octobre 2019 pour chacun des patients dont il prend en charge conformément aux modalités élaborées selon le paragraphe 1.02 de la présente entente. Ce forfait couvre une période de dispensation de services d'un an. Ce forfait est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente générale.

4.02 Les heures de formation prévues à l'alinéa e) du paragraphe 3.01 sont rémunérées jusqu'à un maximum de neuf (9) heures par année, au taux du tarif horaire, selon les modalités de l'annexe XIV. Ces heures ne sont pas sujettes à l'application des modificateurs prévus à l'article 5.00 de ladite annexe mais sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

5.00 FACTURATION

5.01 Le forfait est facturé à deux reprises au cours d'une année dont une fois au début de la prise en charge du patient par le médecin, et une autre six (6) mois plus tard;

5.02 La demande de paiement du forfait comprend l'identification du patient pour lequel le forfait est alloué. Elle doit être contresignée par le chef du DCMG, ou, en l'absence de ce dernier, par tout autre médecin habilité à le faire au nom de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **09006**.*

5.03 La demande de paiement relative aux heures de formation doit également être contresignée par l'une des personnes mentionnées au paragraphe 5.02 des présentes.

AVIS **:** *Sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), inscrire les renseignements pertinents et utiliser le code d'activité **071013** Formation.*

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le comité paritaire recommande aux parties, annuellement, le nombre de forfaits devant être alloué pour une année d'application. Les parties allouent ce nombre par accord.

7.00 RÉPARTITION

7.01 Le chef de département clinique de médecine générale, ou tout autre médecin qu'il désignera à cette fin, procède à la répartition des forfaits entre les médecins participant à la présente entente.

8.00 PARTICIPATION

8.01 le CISSS de l'Outaouais et le médecin doivent convenir d'une entente de services précisant les engagements de l'un et de l'autre. le CISSS de l'Outaouais octroie une nomination spécifique au médecin pour ses activités en lien avec l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet sur la base de l'entente de service ainsi conclue;

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)* ***en version papier*** *sur lequel il doit :*
- sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CH Pierre Janet*;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

8.02 Le modèle d'entente de services préparée par le CISSS de l'Outaouais doit être soumis pour approbation au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

9.00 COMITÉ PARITAIRE

9.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de :

a) faire des recommandations aux parties quant au nombre de forfaits annuels alloués à l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet dans le cadre de la présente entente;

b) d'évaluer la mise en œuvre de la présente entente particulière, d'en faire le suivi et l'évaluation et de faire toute recommandation quant à la poursuite ou la terminaison de la présente entente.

10.00 ÉVALUATION

10.01 Dans le but de permettre aux parties de faire l'évaluation des modalités de rémunération expérimentées dans le cadre de la présente entente et d'en permettre l'application éventuelle dans d'autres régions, l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet s'engage à fournir aux parties des données non nominatives requises :

a) relativement aux caractéristiques des patients référés aux médecins exerçant en cabinet privé;

b) relativement aux heures consacrées, en moyenne, par un médecin pour la dispensation de l'ensemble des services requis par la prise en charge d'un patient référé dans le cadre de la présente entente;

10.02 Le médecin qui se prévaut des dispositions de la présente entente s'engage à fournir au chef du département clinique de médecine générale, les données requises à l'évaluation du volume de travail requis par la prise en charge d'un patient référé dans le cadre de cette entente.

11.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente entre en vigueur le 1er mars 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17e jour de juillet 2001.

PAULINE MAROIS	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Caractéristiques de la personne visée par le projet de démonstration de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet

La personne souffrant de troubles mentaux graves et persistants visée par l'entente relative au projet de démonstration de l'Hôpital en santé mentale Pierre-Janet présente la plupart des caractéristiques suivantes :

Elle est généralement très handicapée par sa maladie dans l'exercice de ses rôles sociaux;

Elle est vulnérable et en besoin de protection;

Elle a peu de ressources pour se mobiliser aux changements;

Son réseau naturel de support est inexistant ou est épuisé;

Elle a été hospitalisée fréquemment, souvent durant de longues périodes et elle est inscrite dans un programme de longue durée psychiatrique;

Elle vit dans la communauté ou en résidence de type familial ou intermédiaire;

Sa maladie est stabilisée, sa symptomatologie demeure importante;

L'observance au traitement est suffisante, l'efficacité du plan d'intervention est établie et les services qui lui sont dispensés visent surtout le maintien des acquis;

Les soins nécessitent la poursuite des services d'une équipe pluridisciplinaire d'un service de longue durée psychiatrique et des soins médicaux dans le champ de la psychiatrie sont nécessaires;

L'entourage de la personne présente une certaine stabilité.

EP 32 - RRSSS NUNAVIK - CCSSS BAIE-JAMES - CSSS BASSE-CÔTE-NORD

ENTENTE PARTICULIÈRE

CONCERNANT LES MÉDECINS QUI EXERCENT DANS LES TERRITOIRES DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK (17), DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES (18) ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BASSE-CÔTE-NORD

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17), du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé et des services sociaux de la Basse-Côte-Nord.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans les territoires susmentionnés, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, la rémunération des activités visées par la présente, notamment :

a) La dispensation des services médicaux dans l'un des territoires 17 ou 18 visés aux présentes;

b) Les activités professionnelles reliées à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention pour le patient;

c) Les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;

d) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille, un proche parent ou une autre personne qui démontre pour le patient un intérêt particulier;

e) Les activités de planification, de coordination et d'évaluation;

f) Les gardes afférentes à ces services qu'elles soient assurées sur place ou en disponibilité.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01.1 Le médecin régi par la présente entente particulière est rémunéré :

a) selon un *per diem* de 1 401 $ au 1er septembre 2018 et de 1 415 $ au 1er octobre 2019

AVIS **:** ***Vacation et honoraires forfaitaires***

Inscrire sur la Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) :*

*- le code d'activité **074030** Services cliniques;*

*- le mode de rémunération per diem **PD**;*

Inscrire les heures réelles travaillées (maximum de 9 heures).

AVIS **:** *Certaines réunions effectuées par le chef de département peuvent être tenues à Montréal, Québec, Gatineau, Chibougamau ou Val-d'Or. Le médecin est alors rémunéré selon le* per diem *prévu à la présente EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord.*
Lorsque les activités médico-administratives sont tenues à Montréal, Québec ou Gatineau, utiliser le code d'activité suivant :
*- **074272** Activités médico-administratives non majorées du chef de département*
Lorsque les activités médico-administratives sont tenues à Chibougamau ou Val-d'Or, utiliser le code d'activité suivant :
*- **074273** Activités médico-administratives majorées du chef de département*

b) auquel s'ajoute, lorsqu'il exerce dans un des dispensaires ou points de services désignés par le comité paritaire, un supplément quotidien. Le montant de ce supplément est de 158,40 $ du lundi au vendredi et de 201,24 $ les samedi, dimanche et jour férié au 1er septembre 2018 et de 160,20 $ et de 203,22 $ respectivement à compter du 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Inscrire sur la facture de services médicaux :*

*- le code de facturation **19791** pour la garde effectuée du lundi au vendredi sauf un jour férié;*

*- le code de facturation **19792** pour la garde effectuée le samedi, le dimanche ou un jour férié;*

- la durée de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour le supplément quotidien, seules les heures effectuées sur place sont payables.

Le *per diem* et, le cas échéant, le supplément rémunèrent la prise en charge de l'ensemble des services cliniques pendant une période de vingt-quatre (24) heures (journée de calendrier). Les services rémunérés en vertu du présent paragraphe doivent comprendre au moins neuf (9) heures de services sur place et ils incluent les services cliniques dispensés pendant une période de garde. Si ces services couvrent une période de moins de neuf (9) heures de services sur place, le médecin est alors rémunéré au prorata en fonction des heures faites sur place relativement à l'exigence de base de neuf (9) heures de services sur place.

Le comité paritaire informe la Régie ainsi que les établissements concernés du nom des dispensaires et points de services désignés aux fins du supplément prévu à l'alinéa b) ci-dessus.

AVIS **:** *Voir les dispensaires et points de services désignés à l'annexe I de l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord.*

4.01.2 En sus des modalités de rémunération prévues ci-dessus, le médecin peut facturer, quel que soit le milieu de pratique, une visite auprès d'un patient admis ou inscrit à l'occasion de laquelle il prodigue des services courants. La visite implique toujours un contact avec le patient et des notes consignées au dossier. Elle inclut au besoin la révision du dossier, l'examen du patient, le plan de traitement ou d'investigation, les ordonnances, les recommandations et les échanges courants avec le personnel, le patient ou ses proches.

AVIS **:** *Inscrire sur la facture de services médicaux, le code de facturation :*

*- **15662** du lundi au vendredi sauf un jour férié;*

*- **15663** les samedi, dimanche et jour férié.*

Le tarif de la visite est à compter du 1er septembre 2018 de 20,70 $ lorsque faite du lundi au vendredi et de 26,30 $ lorsque faite un samedi, un dimanche ou un jour férié, et de 20,90 $ et de 26,55 $ respectivement à compter du 1er octobre 2019. Une seule visite par patient peut être facturée par un médecin au cours d'une journée. Un maximum de 25 visites peut être facturé par un médecin par jour tous milieux de pratique confondus.

Malgré l'alinéa précédent, deux visites par patient peuvent être facturées par un médecin à l'occasion d'une visite dans le cadre d'une clinique de la douleur pour l'évaluation ou le suivi d'un patient ou pour des infiltrations sous fluoroscopie visant le contrôle de la douleur. Le maximum quotidien de visites n'est toutefois pas modifié.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Visite dans le cadre d'une clinique de la douleur pour l'évaluation ou le suivi d'un patient ou pour des infiltrations sous fluoroscopie visant le contrôle de la douleur**.

4.02 La garde, sur place ou en disponibilité, effectuée par un médecin régi par la présente entente, est rémunérée selon une formule prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits quotidiens. Le montant du forfait est de 140,10 $ au 1er septembre 2018 et de 155,65 $ au 1er avril 2019.

AVIS **:** *Inscrire sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) :*

*- le code d'activité **074095** Forfait de garde (sur place ou en disponibilité);*

- le mode de rémunération per diem ***PD***.

Inscrire le nombre de forfaits dans le champ Heures travaillées.

4.03 Malgré les paragraphes précédents, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente;

4.04 Lorsque le déplacement du médecin d'une installation à une autre de l'établissement se fait au cours d'une journée où il dispense des services, son temps de déplacement est comptabilisé au même titre que les services cliniques et comptabilisé pour le calcul du *per diem*. Le temps de déplacement n'est pas retenu aux fins du supplément prévu au paragraphe 4.01.1 b) ci-dessus.

4.05 La rémunération versée selon le *per diem* prévu au paragraphe 4.01.1 a) de la présente entente, est sujette à une majoration de 30 % applicable lorsque les services sont dispensés les samedi, dimanche et jour férié tel que prévu au paragraphe 6.01 de l'annexe XX de l'entente générale. La présente disposition s'applique également au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes en appliquant les facteurs de conversion prévus au paragraphe 3.02 de l'annexe XX. La rémunération versée en vertu du paragraphe 4.02 n'est pas sujette à cette majoration.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, la majoration est de 38,40 %.*

4.06 Le médecin qui ne dispense pas de soins de façon régulière auprès d'un établissement visé par la présente entente et qui n'exerce pas en vertu de l'article 8.00 des présentes, mais qui se trouve sur place et est appelé, exceptionnellement, à dispenser des soins médicaux dans un contexte d'urgence, peut facturer pour les services dispensés selon les conditions de l'entente générale.

5.00 DROITS ACQUIS

5.01 Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes au moment de l'entrée en vigueur de la présente entente ou pour sa pratique précédant son début de pratique dans un territoire visé aux présentes peut, aux fins du maintien de ses avantages sociaux, être rémunéré à honoraires fixes pour sa pratique durant les cinq (5) premiers jours de la semaine commençant le lundi. Le cas échéant, les autres jours, ce médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'article 4.00 des présentes;

5.02 Lorsque le médecin est rémunéré, pour une journée, selon le mode des honoraires fixes, sa garde en disponibilité, qui se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services, est rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;

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

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002063*** *Garde sur place*
- ***002081*** *Garde en disponibilité*
- ***002094*** *Garde en disponibilité (points de service)*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

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

5.03 Aux fins de l'application du paragraphe précédent, les vocables « taux normal applicable » signifient le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

5.04 Le comité paritaire tient compte du nombre de médecins qui se prévalent des dispositions du présent article dans la détermination du nombre de *per diem* et de forfaits de garde requis pour la dispensation des services dans le territoire;

5.05 Le comité paritaire prévu à l'article 10.00 des présentes, informe la Régie du nom des médecins qui optent pour le maintien de leur mode de rémunération à honoraires fixes.

6.00 BANQUE DE PER DIEM ET DE FORFAITS DE GARDE ET RÉPARTITION

6.01 Sur la base d'une évaluation des effectifs requis en omnipratique et du plan d'effectifs s'appliquant à l'établissement du territoire, le comité paritaire détermine, pour chacun des établissements couverts par la présente entente, le nombre maximal de *per diem* et le nombre maximal de forfaits de garde requis pour la dispensation des services visés aux présentes pour une année.

AVIS **:** *Voir les dispensaires et points de services désignés à l'annexe I de l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord.*

6.02 La répartition des *per diem* et des forfaits de garde doit se faire par installation de l'établissement par le chef du département clinique de médecine générale ou par celui qui en assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP). Ce dernier en informe le comité paritaire;

6.03 Le DSP transmet au comité paritaire, à chaque trimestre, les données sur l'utilisation effective des *per diem* et des forfaits de garde par installation relevant des établissements visés aux présentes.

7.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

7.01 Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement;

7.02 La perte de temps que subit un médecin par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

8.00 DÉPANNAGE

8.01 L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires constituée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale afin de pourvoir au remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle. Les dispositions de ce même article s'appliquent au médecin visé par le présent article, sous réserve des dispositions suivantes;

8.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès de l'établissement couvert par la présente entente est rémunéré selon le *per diem* prévu au paragraphe 4.01.1 a) ainsi que selon les modalités prévues au paragraphe 4.02 ci-dessus.

Les autres modalités de rémunération prévues aux paragraphes 4.01.1 b) et 4.01.2 ne s'appliquent pas aux services dispensés par ce médecin ainsi que les dispositions relatives aux mesures de continuité apparaissant à l'article 9.00 ci-dessous.

AVIS **:** *Sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) :*

Pour les services cliniques, inscrire :

- le code d'activité ***009030****;*

- le mode de rémunération per diem ***PD****;*

Inscrire les heures réelles travaillées pour un maximum de 9 heures.

Pour le forfait, voir le paragraphe 4.01.1 a).

Pour le forfait de garde (sur place ou en disponibilité), inscrire :

- le code d'activité ***009095****;*

- le mode de rémunération per diem ***PD****.*

Dans le champ Heures travaillées*, inscrire le nombre de forfaits travaillés.*

8.03 La période minimale de dépannage est établie à sept (7) jours, incluant le temps de transport. Cette période peut, avec l'autorisation du Ministre, être d'une durée moindre. Il en est ainsi lorsqu'une circonstance exceptionnelle oblige le médecin à abréger son séjour. Cette circonstance exceptionnelle fait l'objet d'une considération spéciale;

8.04 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 de l'entente générale;

Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement;

8.05 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale, une rémunération versée en vertu du présent article de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale.

9.00 MESURES DE CONTINUITÉ

9.01 Dans les territoires visés par la présente entente particulière, les mesures de continuité suivantes s'appliquent :

Sur une période de cinquante-deux (52) semaines consécutives à partir de sa date d'arrivée, ou date de référence pour les années subséquentes, dans un territoire visé par la présente entente et sur la base du nombre de *per diem* versé;

a) Le médecin qui a reçu 90 *per diem* pour ses activités professionnelles reçoit un supplément de 103,55 $ au 1er septembre 2018 et de 104,60 $ au 1er octobre 2019 par *per diem* payé;

b) Le médecin qui a reçu 180 *per diem* pour ses activités professionnelles reçoit un second supplément de 103,55 $ au 1er septembre 2018 et de 104,60 $ au 1er octobre 2019 par *per diem* payé;

c) Le médecin qui reçoit plus de 180 *per diem* pour ses activités professionnelles reçoit un troisième supplément pour chacun des *per diem* excédant 180 et pour lequel il a reçu le second supplément prévu à l'alinéa b) ci-dessus. Le montant de ce supplément est de 103,55 $ au 1er septembre 2018 et de 104,60 $ au 1er octobre 2019 par *per diem* excédentaire.

Aux fins des présentes, la date d'arrivée est celle de la première date de facturation en vertu de la présente entente. Sous réserve de l'alinéa suivant, toute interruption de pratique dans un territoire visé aux présentes de plus de douze (12) mois signifie la détermination d'une nouvelle date d'arrivée soit celle du retour dans un territoire visé aux présentes. Pour les années subséquentes, cette date devient la date de référence.

Une période d'invalidité totale d'un (1) mois ou plus ou une de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à concurrence de dix-sept (17) mois n'est pas considérée comme une interruption de pratique. Toutefois, cette période n'est pas comptabilisée aux fins des sous-paragraphes a) et b) du présent paragraphe.

AVIS **:** *Le médecin concerné par l'une de ces situations doit aviser la RAMQ pour prolonger sa période de référence.*

Préciser qu'il s'agit de l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James –CSSS Basse-Côte-Nord, la raison de l'absence et la période couverte.

Joindre les pièces justificatives appropriées et transmettre l'information :

Par la poste

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

9.02 La date d'arrivée du médecin qui détient une nomination dans l'établissement à la date de prise d'effet de la présente entente particulière est le 1er février 2002;

9.03 La Régie verse les suppléments à date fixe. La première date de versement des suppléments se fait neuf (9) mois suivant la date de mise en vigueur de la présente entente. Par la suite, la Régie effectue le versement des suppléments à tous les six (6) mois;

AVIS **:** *Le médecin n'a pas à facturer ces suppléments. La RAMQ effectue les paiements à dates fixes, soit en novembre et en mai de chaque année.*

9.04 Les suppléments prévus au présent article sont exclus de l'application de l'annexe XII de l'entente générale.

10.00 NOMINATION À DEMI-TEMPS EN PÉRIODES DISCONTINUES

a) Le médecin qui est rémunéré selon la présente entente peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d' une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :

la moitié de la prime d'isolement;

deux (2) sorties;

dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 10.00 a) de la présente entente particulière;

c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 7.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- *la situation d'entente* Entente particulière – Nunavik (017), Conseil Cri (018) et Centre de santé de la Basse-Côte-Nord (09)*;*
- Article 10.00 – Nomination à demi-temps en périodes discontinues *dans* Informations additionnelles.

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'application et du suivi de la présente entente particulière.

12.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

12.01 La présente entente particulière prend effet le 1er février 2002. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 22e jour de juillet 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1

Liste des établissements couverts par l'entente particulière relativement à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans les territoires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (17), du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (18) et le Centre de santé et des services sociaux de la Basse-Côte-Nord qui disposent, sur une base annuelle, des per diem et forfaits de garde mentionnés ci-après pour la dispensation des services professionnels visés par l'entente.

AVIS **:** *Voir les dispensaires et points de services désignés à l'annexe I de l'EP 32 – RRSSS Nunavik – CCSSS Baie-James – CSSS Basse-Côte-Nord*.

EP 33 - GMF

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

1.00 INTERPRÉTATION

1.01 ***Date de départ :*** signifie la date à compter de laquelle cette entente particulière s'applique aux médecins qui exercent leur profession dans un GMF;

1.02 ***Dispositif contractuel :*** signifie une entente de services intervenue entre un GMF et un établissement ou, selon le cas, une convention intervenue entre une agence et un GMF;

1.03 ***GMF :*** peu importe l'entité légale visée, signifie un « groupe de médecine de famille »;

1.04 ***Médecin d'un GMF :*** médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un GMF et est régi selon les modalités prévues à cette entente;

1.05 ***Médecin responsable :*** le médecin qui, pour le compte d'un GMF et des médecins qui y pratiquent leur profession, exerce les pouvoirs qui lui sont dévolus par les médecins de ce GMF, un dispositif contractuel ou cette entente particulière;

1.06 ***Services du GMF :*** signifient les services qui, dans le cadre d'un GMF, sont dispensés, coordonnés ou supervisés par les médecins de ce GMF.

2.00 OBJET

2.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un GMF;

2.02 L'annexe I fait état de la liste des GMF désignés aux fins des présentes par le comité paritaire, de leur date respective d'adhésion à cette entente et, par période annuelle d'application donnée ainsi que du nombre d'heures alloué.

AVIS **:** *Consulter la* Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes.

3.00 ENGAGEMENT

3.01 Le Ministre et la Fédération conviennent que la mission première d'un GMF est d'assurer, dans le cadre de la prise en charge et du suivi du patient inscrit, un accès plus large à des services médicaux continus de qualité;

3.02 Dans la poursuite de ces objectifs et en considération de la rémunération prévue à cette entente, les médecins d'un GMF s'engagent à assurer collectivement, dans ce cadre, la dispensation des services professionnels fournis par le GMF, notamment ceux décrits à l'annexe II ci-jointe.

4.00 GARANTIE ET OBLIGATION

4.01 Un dispositif contractuel ou une disposition de cette entente particulière ne peut avoir pour effet d'empêcher:

a) le paiement, par un patient, d'un service non assuré;

b) le paiement, au bénéfice d'un patient non inscrit, de la dispensation d'un service assuré, selon les dispositions qu'édicte l'Entente;

4.02 Le médecin accepte d'inscrire sa clientèle, conditionnellement à l'accord de celle-ci;

4.03 Nul ne peut invoquer le statut du GMF où un médecin exerce sa profession pour soustraire ce médecin à une exigence prescrite par le DRMG du territoire où est situé ce GMF, ou à une obligation découlant de l'application des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

5.00 INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE ET ACCEPTATION DU MÉDECIN

5.01 La clientèle visée par l'inscription désigne, aux fins de cette entente particulière, la clientèle régulière qui est celle de ce médecin, à la date de départ qui est celle du GMF dans le cadre duquel il exerce sa profession. Elle comprend également celle qui s'y rajoute par la suite;

5.02 L'acceptation du médecin témoigne de son engagement professionnel vis-à-vis le patient inscrit. Cette acceptation est incluse au formulaire d'inscription et a pour objet exclusif l'obligation professionnelle qu'a le médecin d'agir comme médecin de famille du patient inscrit, en conformité avec les dispositions du Code de déontologie édicté par le Collège des médecins du Québec. Le libellé de ce formulaire est reproduit en annexe III des présentes;

5.03 Tout changement apporté à ce formulaire par le Ministre qui aurait pour effet de modifier l'engagement du médecin, ses obligations professionnelles ou ses conditions d'exercice est, aux fins de sa mise en œuvre à l'égard du médecin, sujet à l'accord des parties que sont le Ministre et la Fédération;

5.04 Le médecin ne peut ni effectuer un tri de clientèle, ni refuser d'inscrire un patient, sauf dans les cas où ce tri, ou ce refus, se fonde sur un motif d'ordre professionnel apparaissant au Code de déontologie susmentionné;

5.05 Dans le cas où un patient aurait complété plus d'un formulaire d'inscription ou d'identification du médecin de famille auprès de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire d'inscription porte la date la plus récente.

5.06 Les modalités d'application et de rémunération de l'inscription du patient sont celles de l'article 4.00 de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle compte tenu des dispositions du paragraphe 8.02 de la présente entente.

6.00 ADMISSIBILITÉ

6.01 Pour se prévaloir des dispositions de cette entente particulière, le médecin doit être membre d'un GMF qui, accrédité par le ministre, répond aux exigences apparaissant à l'annexe IV des présentes. À cette fin, il doit confirmer son adhésion en complétant le formulaire de consentement à la pratique de groupe prévue à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Tout médecin adhérant à la présente entente est habileté à signer ce formulaire, qu'il inscrive ou non des patients au sein du groupe.

AVIS **:** *Voir le formulaire* Groupe de médecine de famille et pratique de groupe *(4060)*.

Le médecin responsable doit, lors de l'arrivée ou du départ d'un médecin au sein du GMF, transmettre le formulaire de consentement à la pratique de groupe à la Régie et au comité paritaire. Il doit également informer le comité paritaire, lors de l'arrivée d'un médecin, du niveau de pratique de ce dernier au sein du GMF.

7.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

7.01 Dans un GMF, les activités cliniques du médecin sont rémunérées selon les modes de rémunération prévus à l'Entente;

7.02 Par le biais d'une banque d'heures, est également rémunéré, selon le mode du tarif horaire, le temps que le médecin consacre aux activités professionnelles requises par le fonctionnement en GMF. Ces activités comprennent notamment les activités de coordination et de suivi en GMF, les activités interdisciplinaires, les activités de concertation avec les autres intervenants du milieu et, enfin, les activités médico-administratives et de formation reliées au fonctionnement en GMF;

AVIS **:** *Utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- *le jour de l'activité dans le champ* Quantième*;*
- ***TH*** *dans le champ* Mode de rémunération*;*
- *la ou les plages horaires concernées dans le champ* Plage horaire*;*
- ***072101*** *Activités de fonctionnement en GMF dans le champ* Code d'activité*;*
- *ne rien inscrire dans le champ* Secteur disp.*;*
- *le nombre d'heures travaillées dans le champ* Heures travaillées*;*
- *la somme des heures travaillées dans le champ* Total des heures travaillées.

7.03 Lorsque le médecin détient une nomination selon le mode des honoraires fixes de la part d'un établissement qui exploite un centre où est situé un GMF, ce médecin peut continuer à se prévaloir de ce mode pour la rémunération des activités professionnelles visées au paragraphe 7.02;

AVIS **:** *Le médecin qui maintient son mode de rémunération à honoraires fixes pour les activités de fonctionnement en GMF doit en informer la RAMQ par lettre.*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

Utiliser la Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) et le code d'activité* ***072101*** *Activités de fonctionnement en GMF.*

7.04 Les activités administratives du médecin responsable sont également rémunérées de la façon prévue à l'article 8.00 ci-après;

7.05 Le médecin responsable transmet au comité paritaire la liste des médecins signataires de la convention de regroupement en GMF. L'inscription du nom d'un médecin sur cette liste tient lieu de nomination et d'autorisation permettant à ce médecin d'être rémunéré selon les dispositions de cette entente particulière;

7.06 Le médecin responsable doit également aviser le comité paritaire de toute modification apportée à la liste des médecins du GMF et cela, dans la mesure du possible, un mois avant l'arrivée du médecin au GMF ou son départ du GMF.

8.00 RÉMUNÉRATION ET PAIEMENT

8.01 L'activité clinique et professionnelle du médecin exerçant en GMF est, selon le site de ce GMF, rémunérée selon le mode de rémunération qui a cours, selon le cas, en cabinet, en CLSC ou, le cas échéant, en GMF-U, à la date de départ qui est celle de ce GMF;

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin membre du GMF qui facture des activités cliniques (code d'activité* ***072103****) dans un CLSC ou un GMF-U en établissement.*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- sélectionner la situation d'entente Entente particulière en CLSC *ou* Entente particulière – Médecin enseignant*, selon le site visé;*
- sélectionner le mode de rémunération à tarif horaire;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Selon la situation, inscrire le code d'activité* ***072103*** *Activités cliniques en GMF sur la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Les activités cliniques en GMF et hors GMF peuvent être facturées sur la même demande de paiement.

*Les activités de fonctionnement (****072101****) et les autres activités régulières du médecin peuvent être facturées sur la même demande de paiement.*

8.02 L'annexe V ci-jointe détermine des modalités particulières applicables à la bonification de la rémunération des activités cliniques et pourvoit à la détermination d'une banque d'heures destinée à la rémunération des activités professionnelles visées aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente. Relativement aux mécanismes de contrôle prévus à l'Entente, cette annexe fixe des modalités particulières d'application de ceux-ci à l'égard de certaines rémunérations. Également, elle établit la rémunération du médecin responsable. Enfin, elle détermine certaines modalités relatives à la garantie de revenus du médecin régi selon cette entente particulière;

8.03 Le médecin responsable répartit les heures prévues au paragraphe 7.02;

8.04 La rémunération prévue au présent article est versée directement au médecin.

9.00 MÉCANISMES D'ADHÉSION À L'ENTENTE

9.01 Une demande d'adhésion à la présente entente particulière est transmise, au Ministre et à la Fédération, par les médecins d'un GMF;

9.02 Une demande de retrait est transmise, aux mêmes parties, par les médecins d'un GMF;

9.03 Une demande d'adhésion ou de retrait est déférée au comité paritaire visé au paragraphe 9.05, accompagnée des documents pertinents à son étude notamment la convention convenue avec le CISSS ou, selon le cas, le CIUSSS. Le comité fait ses recommandations aux parties;

9.04 Pour fins d'adhésion à cette entente particulière, ou aux fins du maintien de cette adhésion, le GMF doit satisfaire aux exigences qu'édicte l'article 6.00 de cette entente particulière;

9.05 Aux fins des présentes, les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente;

9.06 En plus de veiller à la mise en œuvre du paragraphe 9.04, il incombe également à ce comité d'assumer les responsabilités suivantes :

a) informer la Régie du nom du GMF dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est recommandée;

b) déterminer la banque d'heures;

c) veiller à la mise en œuvre, à l'analyse et au suivi de cette entente particulière.

10.00 RÉORIENTATION

10.01 La désaccréditation d'un GMF par le Ministre emporte la suspension de l'application de cette entente particulière aux médecins du GMF visé;

10.02 Pour permettre la réorientation professionnelle de ces médecins, les conditions de rémunération prévues à l'annexe V de cette entente, incluant celles du médecin responsable, continuent toutefois de s'appliquer aux médecins visés, et ce, pendant une période de six (6) mois;

11.00 DURÉE

11.01 La présente entente particulière prend effet le 1er juin 2002;

11.02 Elle demeure en vigueur jusqu'à son remplacement par une autre entente particulière ou, à défaut, jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 4e jour de novembre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes

AVIS **:** *Consulter la* Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes.

ANNEXE II

À des fins de rémunération et d'adhésion à cette entente particulière, description du contenu minimal des services offerts par un GMF à sa clientèle

I Services de médecine familiale

Services de médecine familiale auprès d'une clientèle ambulatoire de tout âge, comprenant principalement l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé, aigus et chroniques, la prise en charge et le suivi approprié à la condition de santé des personnes, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ces services sont habituellement assurés par le médecin de famille avec la collaboration de l'infirmier(e) ainsi que celle des autres membres du personnel du GMF, dans le contexte d'un cabinet médical, d'un CLSC, d'un GMF-U ou d'une clinique externe de médecine familiale d'un CHSGS. La prise en charge et le suivi de personnes en perte sévère d'autonomie maintenues à domicile fait partie de l'offre de services du GMF.

II Coordination

Coordination des services de santé au bénéfice des personnes atteintes de pathologies graves ou complexes, nécessitant des soins continus et suivis au bureau du médecin ou à domicile.

III Activités médicales prioritaires

Participation, avec l'ensemble des médecins omnipraticiens du territoire, aux activités médicales reconnues prioritaires par le département régional de médecine générale, selon des modalités arrêtées par ce dernier.

IV Accessibilité

Les services de médecine familiale sont offerts, sur rendez-vous et sans rendez-vous, du lundi au vendredi. Selon les besoins à satisfaire et, compte tenu des effectifs médicaux en place et des services médicaux dispensés par les établissements du territoire, le GMF assure les services sans rendez-vous les samedi, dimanche et journée fériée.

ANNEXE III

Libellé du formulaire d'inscription du patient inscrit

Formulaire d'inscription auprès d'un médecin de famille (**4096**)

Inscription auprès d'un médecin de famille (**4107**)

Renseignements sur les groupes de médecine de famille (**4095**)

AVIS **:** *Lors de l'inscription d'un patient dans un GMF, le médecin peut lui remettre les documents d'information* Renseignements sur les groupes de médecine de famille *(4095) et* Inscription auprès d'un médecin de famille *(4107) avec le formulaire* Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096) afin de l'aider dans sa prise de décision.*

Le médecin doit ***conserver l'original*** *du formulaire 4096* ***dûment signé*** *par les deux parties dans le dossier du patient et lui en remettre une copie. L'inscription doit être transmise à la RAMQ par le service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *ou par l'application B2B.*

*Pour inscrire un patient vulnérable, voir l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle *(40). Le médecin peut consulter les documents et le formulaire mentionnés ci-dessus à l'annexe I de cette entente particulière.*

Si le médecin adhère à un GMF ou quitte un GMF pour se joindre à un autre GMF et qu'il conserve sa clientèle inscrite*, il ne doit pas faire signer le formulaire 4096 ou réinscrire ses patients. Il doit modifier le lieu de suivi de ces inscriptions afin de les associer au GMF concerné en utilisant le service en ligne ou, si plusieurs inscriptions doivent être modifiées, en demandant un changement massif de lieu de suivi par lettre à la RAMQ en précisant la date du changement, le nom du GMF et le site concerné.*

Cette lettre peut être transmise :

Par la poste

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

ANNEXE IV

À des fins d'adhésion à cette entente particulière, contenu d'un dispositif contractuel

Convention (agence/GMF)

Cette convention doit, en terme de contenu, obligatoirement comprendre des stipulations portant sur les questions suivantes :

reconnaissance de l'autonomie juridique du GMF (sous réserve des discussions entourant la détermination future du statut juridique du GMF sis en établissement);

reconnaissance de l'autonomie du cabinet privé;

reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF à l'égard du personnel infirmier faisant l'objet d'un prêt de personnel, par entente de services ou autrement;

obligation du GMF en ce qui a trait à l'offre collective de services, notamment le contenu minimal du panier de services offerts par un GMF à sa clientèle;

obligation de l'agence envers le GMF, notamment en ce qui a trait à l'octroi des ressources, financières, informatiques ou autres, adéquates;

processus de médiation en cas de différend;

processus d'arbitrage en cas de différend;

mécanisme de résiliation.

Entente de services

Une entente de services avec un CLSC ou, le cas échéant, un centre hospitalier doit, en terme de contenu, contenir des stipulations ayant pour objet la reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du GMF à l'égard du personnel, infirmier faisant l'objet d'un prêt de personnel, par entente de services ou autrement.

ANNEXE V

Modalités de rémunération

I. Bonification de la rémunération

Au bénéfice du médecin du patient inscrit, un forfait de prise en charge et de suivi est ajouté à la rémunération de base applicable au médecin en vertu de l'Entente. Ce forfait est le même que le médecin exerce en cabinet, en CLSC ou en UMF (CH). Le montant du forfait est de 9,25 $ au 1er septembre 2018 et de 9,35 $ au 1er octobre 2019 . L'année d'application est l'année civile. Par période annuelle d'application, ce forfait n'est payable qu'une seule fois par GMF et par patient, lors de la première visite du patient accompagnant ou suivant son inscription et, par la suite, lors de la première visite de l'année civile suivante. Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit à nouveau auprès d'un autre médecin du GMF, le forfait lié à cette autre inscription n'est payable que lors d'une visite faite durant l'année civile suivant la rémunération du forfait antérieurement versé.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **08875**. La date du service doit être la même que celle de la première visite du patient.*

Remplir le formulaire Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096), conserver l'original dûment signé par les deux parties et remettre une copie au patient ou à son représentant.*

Transmettre les données d'inscription à la RAMQ par le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *ou par un logiciel d'inscription reconnu.*

Le médecin doit informer la RAMQ dans les 90 jours suivant tout changement relatif au lieu de suivi de sa clientèle. Ce lieu doit correspondre à celui de la facturation afin d'éviter un refus de paiement. Ce changement peut être effectué par le service en ligne pour un patient à la fois ou demandé par lettre pour un changement massif. Pour plus d'information, consulter la rubrique Je change de lieu de pratique.

Un nouveau GMF ne disposant pas des installations requises peut s'adresser au Centre de relations avec les professionnels pour obtenir une prolongation du délai de 90 jours.

II. Banque d'heures

La banque d'heures destinée à la rémunération des activités visées aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente particulière est déterminée selon les paramètres généraux suivants :

activités professionnelles requises pour le fonctionnement en GMF :

octroi, par médecin ETP, d'une demi-journée par semaine, soit trois (3) heures/semaine.

III Mécanismes de contrôle

Les parties conviennent de ce qui suit, savoir :

a) en faisant les adaptations appropriées, appliquer les règles de cumul édictées par le paragraphe 5.08 de l'annexe XIV de l'Entente à la rémunération des activités professionnelles visées à la section II de cette annexe comme si celles-ci avaient été effectuées pour le compte d'un établissement;

b) pour l'exercice des activités professionnelles visées à la section II de cette annexe, jusqu'à concurrence de deux cent vingt (220) heures par année, consentir et octroyer un dépassement spécifique au bénéfice du médecin qui a atteint le maximum prévu aux paragraphes 5.02 ou 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente ou au troisième alinéa du paragraphe 15.01 de l'Entente;

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **072103** comme mentionné aux paragraphes 7.02 et 7.03 de l'EP 33 – Groupe de médecine de famille (GMF).*

c) assujettir à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale la rémunération versée pour les activités professionnelles visées aux sections I, II, III, VI et VII.

IV Garantie de rémunération

Pendant une période annuelle d'application couverte par cette entente particulière, le niveau de la rémunération du médecin d'un GMF pour ses activités cliniques est maintenu, et ce, comparativement au niveau de la rémunération découlant de la pratique clinique antérieure de ce médecin. L'octroi de ce bénéfice est conditionnel au maintien de la charge de travail clinique que ce médecin assume dans le cadre de sa pratique en GMF. Cette garantie est établie par référence à la moyenne de la rémunération qui a été constatée, en cabinet, pendant les deux années qui ont précédé la date de départ qui est spécifique au GMF dans le cadre duquel le médecin exerce sa profession.

Si, dans une période annuelle d'application donnée, une baisse du niveau de la rémunération des activités cliniques du médecin est constatée malgré le maintien de la charge de travail clinique de ce médecin, le cas de celui-ci est référé, par la Fédération, au comité paritaire prévu à l'article 9.00 de cette entente. Après avoir donné au médecin l'occasion de se faire entendre, le comité transmet aux parties ses recommandations et, s'il y a lieu, propose à celles-ci les modalités de compensation appropriées.

Dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont dévolus aux fins de la présente section, le comité paritaire tient compte de tout facteur qu'il juge pertinent, parmi lesquels les besoins à satisfaire, la population à desservir et l'offre de services du GMF, en regard notamment du profil de pratique, passé et présent, du médecin.

Aux fins des présentes, la période comprise entre la date de la demande requérant l'intervention du comité visé aux présentes et celle à laquelle celui-ci fait ses recommandations aux parties, n'entre pas dans le calcul des délais prévus à l'article 24.00 de l'Entente.

V Rémunération du médecin responsable

Les fonctions de médecin responsable d'un GMF ou, le cas échéant, celui qui l'assiste, sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement de forfaits alloués, sur une base annuelle, dont le nombre de forfaits est déterminé selon le niveau du GMF auquel il appartient selon la classification découlant des dispositions du *Programme ministériel de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*.

Le nombre de forfaits alloués selon le niveau du GMF auquel il appartient est le suivant :

GMF de niveau 1 :	340 forfaits par année
GMF de niveau 2 :	340 forfaits par année
GMF de niveau 3 :	340 forfaits par année
GMF de niveau 4 :	375 forfaits par année
GMF de niveau 5 :	375 forfaits par année
GMF de niveau 6 :	375 forfaits par année
GMF de niveau 7 :	425 forfaits par année
GMF de niveau 8 :	425 forfaits par année
GMF de niveau 9 :	425 forfaits par année
GMF de niveau 10 :	600 forfaits par année
GMF de niveau 11 :	600 forfaits par année
GMF de niveau 12 :	600 forfaits par année

Le niveau du GMF auquel ce dernier appartient est précisé à l'Annexe I de la présente entente. Les parties révisent annuellement l'Annexe I pour y préciser, si requis, les changements apportés au niveau d'un GMF visé par la présente.

Les modalités suivantes s'appliquent :

1) Le montant du forfait est de 70,75 $.

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

3) En regard de l'application de la présente mesure, l'année d'application est du 1er avril d'une année au 31 mars de la suivante.

4) Le médecin responsable d'un GMF doit se prévaloir minimalement de 60 % du nombre de forfaits alloués au GMF sur une base annuelle.

5) La rémunération versée pour les fonctions visées par la présente disposition est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente.

6) Le nombre de forfaits alloués au GMF est évalué au prorata par le comité paritaire si la première année de fonctionnement du GMF est de moins de 12 mois.

7) Malgré les dispositions du second alinéa ci-dessus, entre le 1er juin 2022 et le 31 mars 2023, le nombre de forfaits alloué pour les fonctions de médecin responsable ou le cas échéant, celui qui l'assiste est le suivant :

GMF de niveau 1 :	283 forfaits par année
GMF de niveau 2 :	283 forfaits par année
GMF de niveau 3 :	283 forfaits par année
GMF de niveau 4 :	312 forfaits par année
GMF de niveau 5 :	312 forfaits par année
GMF de niveau 6 :	312 forfaits par année
GMF de niveau 7 :	354 forfaits par année
GMF de niveau 8 :	354 forfaits par année
GMF de niveau 9 :	354 forfaits par année
GMF de niveau 10 :	500 forfaits par année
GMF de niveau 11 :	500 forfaits par année
GMF de niveau 12 :	500 forfaits par année

AVIS **:** *Inscrire :*
*- le code de facturation **09750**;*
- le nombre de forfaits;
- le numéro du site GMF.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Ce forfait peut être facturé uniquement par un médecin reconnu par le comité paritaire comme médecin responsable ou coresponsable.

VI Clientèles vulnérables

Le processus d'inscription des patients vulnérables visés par les dispositions de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle est soumis aux modalités d'inscription prévues à la présente entente.

VII Modalités spécifiques applicables au médecin non-membre d'un GMF

Tout médecin non-membre d'un GMF au sein duquel il participe aux services médicaux rendus en sans rendez-vous est considéré faire partie du même groupe de médecins au sens des dispositions du paragraphe 6.02 C) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. En faisant les adaptations nécessaires, l'ensemble des modalités d'application et de rémunération décrites à l'entente particulière susmentionnée et qui sont relatives à la pratique de groupe s'appliquent à cette situation d'exception.
De surcroît, pour les fins exclusives de l'application de la présente disposition, le médecin visé est réputé être membre du GMF. Toutefois, ce médecin ne peut bénéficier de la rémunération prévue aux articles 7.00 et 8.00 de la présente entente particulière.

Le médecin responsable du GMF avise la Régie du nom du médecin visé par cette application d'exception.

AVIS **:** *Le médecin responsable doit remplir la section 2 du formulaire* Groupe de médecine de famille et pratique de groupe *(4060) et le transmettre aux coordonnées mentionnées dans cette section du formulaire.*

EP 38 - GARDE EN DISPONIBILITÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination des conditions d'exercice et la rémunération de la garde en disponibilité effectuée sous la responsabilité du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou, selon le cas, du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) auprès de la population du territoire d'un réseau local de services, ainsi que celle effectuée auprès d'un établissement, non fusionné exploitant un CHSGS, un CHSLD non fusionné à un CISSS ou à un CIUSSS ou d'un centre de réadaptation (CR), qui n'ont pas convenu d'ententes de services à cet effet avec un CISSS ou, selon le cas, avec un CIUSSS.

En outre, la présente entente particulière couvre les installations du réseau de la santé reconnues à titre de centres désignés aux fins des interventions médicolégales et médicosociales auprès des personnes victimes d'agression sexuelle.

1.02 L'adhésion d'un CISSS ou d'un CIUSSS à la présente entente couvre toutes les gardes en disponibilité effectuées pour le compte de l'établissement ainsi que celles effectuées pour les ressources d'un réseau local de services ayant convenu d'une entente de services à cet effet avec celui-ci.

1.03 La présente entente particulière s'applique également à la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence de première ligne ainsi qu'à certaines gardes effectuées au bénéfice de la clientèle en obstétrique.

En outre, la présente entente couvre la garde en disponibilité assurée au bénéfice des patients admis dans le département de psychiatrie d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné et ayant la mission d'un CHSGS ainsi qu'au bénéfice des patients admis dans un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) à la condition qu'une garde sur place ne soit pas effectuée pour les soins physiques ou pour les soins psychiatriques, selon le cas.

1.04 L'annexe I fait état de la liste des installations des CISSS et des CIUSSS, ainsi que des CHSLD et regroupements de CHSLD ainsi que des CR non fusionnés à un CISSS ou à un CIUSSS et désignés par le comité paritaire aux fins de la présente et précise le nombre de forfaits alloués à chacun pour les jours de la semaine ainsi que pour les jours de fin de semaine et les jours fériés. La désignation d'un CISSS ou d'un CIUSSS fait également état des installations et des ressources privées couvertes par cette désignation.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de l'EP 38 – Garde en disponibilité*.

1.05 L'annexe II fait état des CLSC du réseau de garde intégré désignés par le comité paritaire aux fins de la présente entente.

AVIS **:** *Voir la liste des CLSC du réseau de garde désignés à l'annexe II de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*

1.06 L'annexe III fait état des installations des CHSGS et des CHSP faisant partie ou non d'un CISSS ou d'un CIUSSS et désignés par le comité paritaire et précise le nombre de forfaits alloués hebdomadairement, à chacune ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits alloués par journée fériée.

AVIS **:** *Voir la liste des CHSGS et des CHSP désignés à l'annexe III de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*

1.07 L'annexe IV fait état des centres désignés à partir desquels une garde médicale est assumée en disponibilité auprès des victimes d'agression sexuelle dans le cadre d'une garde régionale ou dans le cadre d'une garde sous-régionale.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe IV de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente entente particulière.

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 La garde en disponibilité effectuée par un médecin se prévalant de la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits quotidiens réguliers additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait quotidien régulier est de 66,40 $ au 1er septembre 2018 et de 82,40 $ au 1er avril 2019.

AVIS **:** *Pour les services reliés à cette garde, utiliser l'élément de contexte* **Garde en disponibilité**.
Inscrire le numéro de l'établissement ou de l'installation où les services ont été rendus.
Si l'installation ne détient pas de numéro pour la facturation, inscrire le numéro de l'établissement ou de l'installation désigné paraissant à l'annexe correspondant au type de garde effectuée.
Pour les services non reliés à la garde en disponibilité par exemple la tournée des malades, ne pas utiliser l'élément de contexte **Garde en disponibilité**.

3.02 La garde en disponibilité doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0h00 au dimanche suivant à 24h00 et les jours fériés de 0h00 à 24h00;
- qu'à compter de 20h00 à 24h00 et de 0h00 à 8h00 sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement.

AVIS **:** *Pour un forfait divisible sur une base horaire, inscrire l'heure de début et l'heure de fin du service.*

Pour la facturation de plusieurs forfaits quotidiens :

- en semaine, du lundi au vendredi sauf un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h, utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits facturés;

- la fin de semaine, du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h, utiliser une seule ligne de facture pour le forfait facturé pour la période de garde assumée en continu le même jour.

Lorsque l'heure de fin est 24 h, inscrire 0 h et la date du jour suivant la date du service rendu correspondant au forfait quotidien.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Tableau des codes de forfaits et des tarifs à compter du 1er avril 2019							
CSSS, CHSLD, CR (annexe I)				***CLSC du Réseau de garde intégré (annexe II)***			
En semaine (autre qu'un jour férié)		*Fin de semaine et jours fériés*		*En semaine (autre qu'un jour férié)*		*Fin de semaine et jours fériés*	
Code	*Forfait ($)*	*Code*	*Forfait ($)*	*Code*	*Forfait ($)*	*Code*	*Forfait ($)*
19059	*123,60*	*09856*	*123,60*	*19069*	*82,40*	*19070*	*82,40*
19060	*82,40*	*09857*	*82,40*				
19061	*41,20*	*09727*	*41,20*				
Divisible sur base horaire				*Divisible sur base horaire*			
CHSGS et CHSP (annexe III)							
En semaine (autre qu'un jour férié)		*Fin de semaine et jours fériés*		*En semaine (autre qu'un jour férié)*		*Fin de semaine et jours fériés*	
Code	*Forfait ($)*	*Code*	*Forfait ($)*	*Code*	*Forfait ($)*	*Code*	*Forfait ($)*
19057	*82,40*	*09847*	*82,40*	*19058*	*82,40*	*09705*	*82,40*
Non divisible				*Divisible sur base horaire (en obstétrique)*			
Centres désignés au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle (annexe IV)							
Garde régionale						*Garde sous-régionale*	
En semaine (autre qu'un jour férié)		*Fin de semaine et jours fériés*				*Toute la semaine, du lundi 8 h au lundi suivant 8 h*	
Code	*Forfait ($)*	*Code*	*Forfait ($)*			*Code*	*Forfait ($)*
19088	*41,20*	*19087*	*41,20*			*19089*	*78,50*
Divisible sur base horaire						*Non divisible*	

Les gardes en disponibilité dans les établissements ou installations désignés aux annexes I, II, III et IV de l'EP 38 – Garde en disponibilité peuvent être effectuées par un même médecin pendant le même quart de garde dans le même établissement ou la même installation sous réserve des maximums prévus à ces annexes.

4.00 PROCÉDURES ET COMITÉ PARITAIRE

4.01 Toute question relative à la mise en œuvre et au suivi de la présente entente particulière est soumise au comité paritaire prévu par l'article 32.00 de l'Entente. Le comité paritaire fait aux parties les recommandations appropriées. En outre, il assume les fonctions suivantes :

a) il informe l'établissementet la Régie du nombre de forfaits quotidiens alloués;

b) il prend les mesures qu'il considère justifiées en cas de non-respect récurrent ou régulier du nombre de forfaits alloués à un établissement;

4.02 Mensuellement et globalement pour l'ensemble du mois, la Régie transmet à l'établissement les données sur le nombre de forfaits de garde en disponibilité facturés pour l'ensemble de l'établissement ainsi que pour chacune de ses installations. Sur demande de l'établissement, la Régie transmet les données de façon détaillée.

4.03 Sur une base trimestrielle mais ventilées par mois, la Régie transmet au comité paritaire les données sur le nombre de forfaits facturés pour chaque établissement.

5.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

5.01 Participation

Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dans un CISSS, un CIUSSS, un CHSLD ou un CR visé à la présente ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

La nomination spécifique doit préciser les secteurs d'activités et les territoires dans lesquels le médecin peut être appelé à effectuer de la garde en disponibilité.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.02 Modalités spécifiques de rémunération

5.02.1 Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures.

5.02.2 Lorsqu'une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde de huit (8) heures, le forfait prévu par la présente entente particulière devient, quant à cette portion de garde, divisible sur base horaire. Dans ce cas, il est alors payé par la Régie, au prorata du temps de garde effectuée par le médecin.

5.02.3 Le forfait peut être réduit ou majoré de 50 % lorsque, selon le DRMG, le nombre de lits ou de patients, d'installations ou pavillons ou la distance à couvrir le justifie.

AVIS **:** ***En semaine****, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h, inscrire :*

- le code de facturation ***19059*** *pour le forfait majoré;*

- le code de facturation ***19060*** *pour le forfait régulier;*

- le code de facturation ***19061*** *pour le forfait réduit;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Garde simultanée** *et utiliser une seule ligne en modifiant la durée en conséquence.*

En fin de semaine*, du samedi 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h, inscrire :*

- le code de facturation ***09856*** *pour le forfait majoré;*

- le code de facturation ***09857*** *pour le forfait régulier;*

- le code de facturation ***09727*** *pour le forfait réduit;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

S'il y a lieu, utiliser l'élément de contexte **Garde simultanée** *et utiliser une seule ligne en modifiant la durée en conséquence.*

Voir le paragraphe 2.4.7.6 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, voir l'avis sous le paragraphe 3.01 de la présente entente particulière.

5.02.4 En ce qui a trait à la garde en disponibilité assurée par le médecin pour un CLSC du réseau de garde intégré inscrit à l'annexe II de la présente entente, la garde en disponibilité est rémunérée durant les périodes suivantes :

- à compter du samedi à 0h00 au dimanche suivant à 24h00 et les jours fériés de 0h00 à 24h00;
- tous les jours de la semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement, entre 20h00 et 8h00 ou, le cas échéant, sur semaine, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement.

AVIS **:** *Inscrire* ***:***

- le code de facturation ***19069*** *en semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, entre 20 h et 8 h, ou, le cas échéant, après l'heure de fermeture de cette partie de l'établissement;*

- le code de facturation ***19070*** *la fin de semaine, du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h, et les jours fériés de 0 h à 24 h;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Voir le paragraphe 2.4.7.6 du préambule général.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité*, voir l'avis sous le paragraphe 3.01 de la présente entente particulière.*

5.03 Clientèle visée

La garde en disponibilité rémunérée selon les dispositions de la présente entente particulière peut être effectuée au bénéfice de l'une ou les clientèles suivantes :

a) les personnes hébergées dans la partie du CISSS ou du CIUSSS ayant la mission d'un CHSLD ou dans un établissement ayant la mission d'un CHSLD;

b) les personnes inscrites dans un programme de soutien à domicile sous la responsabilité de la partie du CISSS ou du CIUSSS ayant la mission de CLSC, et ce, pour la clientèle qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;

c) la clientèle inscrite dans un GMF qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;

d) la clientèle d'une partie du CISSS ou du CIUSSS dispensant des services d'adaptation ou de réadaptation à des personnes ayant une déficience physique et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7 ainsi que la clientèle d'un CR non fusionné à un établissement;

e) la clientèle sous la responsabilité d'une ressource intermédiaire et nécessitant un accès aux soins médicaux 24/7;

f) toute autre clientèle du réseau local de services, telle que recommandée par le DRMG, et qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;

g) la population en général sous la responsabilité d'un CLSC du réseau de garde intégré.

Toutefois, la garde en disponibilité prévue par la présente entente particulière ne vise pas la clientèle d'un service d'urgence d'un CHSGS ou d'un CLSC du réseau de garde intégré lorsqu'un médecin assume la garde sur place.

5.04 Procédures d'adhésion et attribution du nombre de forfaits

a) Le comité paritaire fait connaître au DRMG les critères d'attribution des forfaits quotidiens de garde en disponibilité;

b)Le DRMG, après consultation des CISSS ou CIUSSS de son territoire, dépose au comité paritaire son plan d'organisation de services de garde en disponibilité pour la clientèle visée par la présente;

c) Sous réserve de l'alinéa g) ci-dessous, le comité paritaire détermine le nombre maximal de forfaits quotidiens de gardes en disponibilité mis à la disposition du DRMG en précisant le nombre de forfaits applicable les jours de semaine et celui applicable les jours de fin de semaine et les jours fériés. À cette fin, le comité paritaire tient compte, notamment, des facteurs suivants :
le plan d'organisation des services de garde en disponibilité élaboré par le DRMG;
l'étendue du territoire du réseau local de services;
la population à domicile ou hébergée sous la responsabilité d'une ressource intermédiaire qui nécessite des soins médicaux 24/7;
la population inscrite au programme de soutien à domicile qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
toute autre population du réseau local de services qui nécessite un accès aux soins médicaux 24/7;
d) Une demande d'adhésion est formulée par le CISSS ou le CIUSSS, le CHSLD ou le CR non fusionnés auprès du DRMG de son territoire;
e) Le DRMG transmet les demandes d'adhésion des installations au comité paritaire dont elle demande la désignation dans le cadre de la présente entente;

f) Le comité paritaire examine la demande d'adhésion de chaque installation ou regroupement d'installations et lui attribue le nombre de forfaits quotidiens pour l'ensemble des gardes à assumer au bénéfice de la clientèle sous la responsabilité de l'établissement;

g) Un seul forfait par quart de garde est attribué au CLSC du réseau de garde intégré;

h) L'établissementnon fusionné, le CISSS, le CIUSSS, le CHSLD ou le cas échéant, le CR procède aux nominations prévues par l'article 5.00 et en informe la Régie.

5.05 Répartition des forfaits

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement, le chef du service médical ou celui qui le remplace procède à la répartition des forfaits de garde en disponibilité entre les médecins.

5.06 Suivi du nombre de forfaits alloués

L'établissement non fusionné, le CISSS, le CIUSSS, le CHSLD ou le cas échéant, le CR est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés.

6.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AU CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS ET AU CENTRE HOSPITALIER DE SOINS PSYCHIATRIQUES

6.01 Clientèle visée

L'article 6.00 s'applique à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des patients admis en soins de courte durée et peut couvrir également l'unité d'hébergement de soins de longue durée qui n'est pas déjà couverte par les dispositions de l'article 5.00 de la présente entente.

6.02 Participation

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue par cette entente particulière doit être détenteur d'une nomination au sein du département clinique de médecine générale ou le cas échéant, du département de psychiatrie de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné visé aux présentes.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

6.03 Procédure de détermination et d'attribution des forfaits

Pour assurer l'ensemble des gardes en disponibilité visées au présent article, le comité paritaire attribue à l'installation d'un établissement, installation qui opère un CHSGS une banque globale hebdomadaire de forfaits ainsi qu'un nombre supplémentaire de forfaits par journée fériée.

La banque hebdomadaire de forfaits est déterminée à partir de l'évaluation du nombre de forfaits requis pour les jours de semaine soit du lundi au vendredi et, de façon distincte, du nombre de forfaits requis pour les jours de fin de semaine et les jours fériés.

Le comité paritaire tient compte, notamment, des facteurs suivants :

le nombre de lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens;

l'intensité des soins à dispenser selon le type d'unités visées par la présente entente et l'importance relative de ces unités.

6.04 Répartition des forfaits

Le chef de département clinique de médecine générale, ou le directeur des services professionnels en ce qui concerne la garde en disponibilité en psychiatrie, répartit les forfaits attribués entre les médecins assurant chaque garde selon les responsabilités associées à chacune d'elle.

6.05 Suivi du nombre de forfaits alloués

L'installation d'un établissement, installation qui opère un CHSGS ou le cas échéant, le CHSP, est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés. Dans le cas où le nombre de forfaits facturés diffère significativement ou de façon récurrente du nombre de forfaits tel qu'estimé par le comité paritaire et tel que précisé à l'annexe III, le comité paritaire peut prendre toutes les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

6.06 Cumul

Un médecin peut cumuler quotidiennement autant de forfaits de garde en disponibilité que le justifie la responsabilité qu'il assume effectivement quant aux gardes en disponibilité.

AVIS **:** *Pour le forfait de garde en disponibilité, inscrire :*

*- le code de facturation **19057** en semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié;*

*- le code de facturation **09847** la fin de semaine et les jours fériés;*

- le nombre de forfaits.

Voir le paragraphe 2.4.7.6 du préambule général.

Ce forfait n'est pas divisible sur une base horaire.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

*Pour les codes de facturation **09847** et **19057**, la notion de quart de garde de 8 heures ne s'applique pas.*

Un responsable répartit les forfaits afin de les attribuer aux médecins assurant chaque garde selon les responsabilités associées à chacune d'elles.

6.07 Obstétrique

6.07.1 L'installation d'un établissement, installation ayant la mission de CHSGS et qui compte moins de huit (8) médecins, détenteurs d'une nomination de membre actif avec privilèges en obstétrique peut, avec l'accord de tous ces médecins, se prévaloir de forfaits de garde en disponibilité alloués spécifiquement pour l'obstétrique.

6.07.2 Le forfait rémunère un quart de garde de huit (8) heures. Il est divisible en heures.

6.07.3 Un (1) forfait par quart de garde est octroyé à l'installation qui se prévaut du présent article.

6.07.4 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique dans l'établissement qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut se prévaloir du forfait annuel de garde en disponibilité en obstétrique en vertu des dispositions de l'article 9 du préambule particulier de l'obstétrique de l'annexe V.

AVIS **:** *Voir la liste des CHSGS et des CHSP désignés à l'annexe III de l'EP 38 – Garde en disponibilité.*

AVIS **:** *Pour le forfait de garde en disponibilité en obstétrique, inscrire :*

*- le code de facturation **19058** en semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h;*

*- le code de facturation **09705** la fin de semaine, du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h, et les jours fériés de 0 h à 24 h;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Voir le paragraphe 2.4.7.6 du préambule général.

Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, voir l'avis sous le paragraphe 3.01 de la présente entente particulière.

7.00 CONDITIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES À LA GARDE EN DISPONIBILITÉ AU BÉNÉFICE DES PERSONNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

7.01 Clientèle visée

L'article 7.00 s'applique à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée au bénéfice des personnes victimes d'agression sexuelle.

7.02 Nomination

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue à l'article 7.00 doit détenir une nomination au sein de l'établissement responsable de l'installation reconnue à titre de centre désigné auprès des personnes victimes d'agression sexuelle ou une nomination spécifique dûment octroyée par ledit établissement.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Garde en disponibilité.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

7.03 Modalités spécifiques de rémunération

Dans le cadre de son plan d'organisation des services de gardes en disponibilité, l'établissement responsable de la région ou, dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, de l'établissement désigné par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après établissement responsable*), détermine s'il met en place sur son territoire, sur une base régionale, une seule et unique garde en disponibilité ou plutôt, s'il met en place, sur une base sous-régionale, une garde en disponibilité par centre désigné en activité sur son territoire. Sauf exceptionnellement, le médecin qui assume cette garde lorsqu'il est de garde sur place au service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde ne peut se prévaloir des modalités de rémunération prévues au présent paragraphe.

7.03.1 Dans le cas où l'établissement responsable opte pour la mise en place sur son territoire d'une garde régionale assurée à partir d'un seul et unique centre désigné, le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison d'un ou plusieurs forfaits par quart de garde de huit (8) heures, additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période, sous réserve de l'alinéa suivant. Le montant du forfait est de 33,20 $ au 1er septembre 2018 et de 41,20 $ au 1er avril 2019.

Le forfait prévu dans l'alinéa précédent est divisible en heures.

Le médecin de garde appelé à se déplacer dans le cadre d'une garde régionale ne peut toutefois se prévaloir du forfait de déplacement prévu à l'article 2.2.7 A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

Un seul forfait par quart de garde est attribué pour cette garde régionale.

La garde régionale doit être assurée durant toute la semaine mais elle n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

- qu'à compter du samedi à 0h00 au dimanche suivant à 24h00 et les jours fériés de 0h00 à 24h00.
- qu'à compter de 20h00 à 24h00 et de 0h00 à 8h00 sur semaine, soit du lundi au vendredi inclusivement.

AVIS **:** *Pour le forfait de garde régionale, inscrire :*

*- le code de facturation **19088** en semaine, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h;*

*- le code de facturation **19087** la fin de semaine, du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h, et les jours fériés de 0 h à 24 h;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde .

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Voir le paragraphe 2.4.7.6 du préambule général.

***Pour les services rendus durant la garde en disponibilité**, voir l'avis sous le paragraphe 3.01.*

7.03.2 Dans le cas où l'établissement responsable opte pour la mise en place des gardes sous-régionales sur son territoire, il fait connaître au comité paritaire la liste des installations reconnues comme centres désignés auprès des personnes victimes d'agression sexuelle où une garde en disponibilité médicale est assumée.

Deux forfaits hebdomadaires sont attribués à chacun des centres désignés reconnus par l'établissement responsable.

Le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison de deux (2) forfaits hebdomadaires additionnés de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Le montant du forfait est de 63,55 $ au 1er septembre 2018 et de 78,50 $ au 1er avril 2019.

La garde sous-régionale doit être assurée durant toute la semaine, soit du lundi 08h00 au lundi suivant à08h00.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19089**.*

Ce forfait n'est pas divisible sur une base horaire.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

***Pour les services rendus durant la garde en disponibilité**, voir l'avis sous le paragraphe 3.01.*

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou, en son absence le directeur des services professionnels procède à la répartition des forfaits hebdomadaires de garde en disponibilité entre les médecins de chaque installation visée.

8.00 COMITÉ PARITAIRE

Le comité paritaire peut, sur recommandation du DRMG et selon des critères qu'il détermine, attribuer des forfaits de garde en disponibilité pour une garde organisée sur une base régionale ou sur toute autre base territoriale différente de celle prévue à l'article 5.00 de la présente entente. Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 5.02 et, en faisant les adaptations nécessaires, les procédures prévues au paragraphe 5.04 s'appliquent.

9.00 MISE EN VIGUEUR

La présente entente prend effet le 1er mai 2005 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

EP 39 - CLINIQUE RÉSEAU

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UNE CLINIQUE RÉSEAU

PRÉAMBULE

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ci-après nommée « l'Entente ».

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau désignée par le comité paritaire et inscrite à l'annexe I des présentes.

AVIS **:** *Voir les cliniques réseaux désignées à l'annexe I de l'EP 39 – Clinique réseau.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'Entente intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITION D'ADMISSIBILITÉ DE LA CLINIQUE RÉSEAU

3.01 Aux fins de la présente entente particulière et sous réserve du paragraphe 3.02, une clinique réseau est une clinique médicale qui répond aux conditions d'admissibilité suivantes :

a) Elle est dûment accréditée par l'agence de santé et de services sociaux de son territoire en conformité avec les dispositions du plan d'organisation édicté par cette agence en matière d'accessibilité aux services médicaux. Ce plan d'organisation doit, aux fins exclusives de l'application de cette entente particulière, avoir été préalablement approuvé par le Ministre et prévoir desservir, par clinique réseau, une population d'environ cinquante mille (50 000) personnes;

b) Elle a convenu avec le CSSS de son territoire du réseau local de services ou avec tout autre établissement un contrat prévoyant notamment l'accès aux services diagnostiques de laboratoire et de radiologie requis en urgence;

c) L'offre de services de cette clinique médicale s'harmonise avec l'ensemble des services médicaux dispensés par les différents producteurs de services et partenaires du réseau local de santé et de services sociaux;

d) Elle assume des fonctions de coordination opérationnelle entre le CSSS et les médecins qui exercent leurs activités professionnelles dans le territoire desservi par le réseau local de santé et de services sociaux visé;

e) Elle offre des services accessibles sans rendez-vous pendant douze (12) heures par jour du lundi au vendredi et de huit (8) heures le samedi, le dimanche et la journée fériée;

f) La dispensation des services sans rendez-vous visés à la présente se fait en un lieu physique unique;

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***

Utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – clinique réseau**.

Pour la compensation des frais de cabinet du médecin qui assure la garde dans la partie réservée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau, utiliser :

*- le code de facturation **19928** pour les services rendus à au moins 10 patients;*

*- le code de facturation **19929** pour les services rendus à au moins 20 patients;*

- l'élément de contexte **Sans rendez-vous – clinique réseau**.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire

*Pour les services cliniques rendus dans la partie réservée au sans rendez-vous du lieu physique unique d'une clinique réseau, utiliser le code d'activité **076110** Services cliniques sans rendez-vous.*

Ces services cliniques sont exempts du plafond trimestriel. Voir le paragraphe 7.01 de la présente EP 39 – Clinique réseau.

Pour les services cliniques rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous l'article 3.00 et le paragraphe 4.01 de l'annexe XX de l'Entente.

g) Elle offre des services sur rendez-vous en conformité avec les dispositions apparaissant au contrat qu'elle a conclu avec le CSSS.

AVIS **:** *Pour la compensation des frais de cabinet du médecin qui rend des services sur rendez-vous dans une clinique réseau, utiliser :*

*- le code de facturation **19928** pour les services rendus à au moins 6 patients inscrits;*

*- le code de facturation **19929** pour les services rendus à au moins 12 patients inscrits.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire

*Utiliser le code d'activité **076111** pour les services cliniques rendus ailleurs que dans la partie réservée au sans rendez-vous du lieu physique unique de la clinique réseau.*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation à l'article 3.00 et au paragraphe 4.01 de l'annexe XX.

3.02 Exceptionnellement, avec l'autorisation du ministère, un point de services dans la mission CLSC d'un CSSS, de même qu'un GMF-U situé dans un CHSGS, sont considérés comme admissibles aux dispositions de la présente entente.

3.03 La désignation et l'inscription d'une clinique réseau à l'annexe I des présentes fait mention du nombre total de forfaits alloués en vertu de l'article 4.01, sur base hebdomadaire, à cette clinique réseau. Ce nombre correspond, toujours sur cette base, à l'addition des quarts de garde requis, par médecin, pour répondre aux services sans rendez-vous pendant les périodes décrites au paragraphe 4.01. Lorsque tel est le cas, cette désignation précise que la clinique réseau en cause est également accréditée comme groupe de médecine de famille (GMF).

4.00 HORAIRES DÉFAVORABLES

4.01 Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin qui est affecté au service du sans rendez-vous d'une clinique réseau, du lundi au vendredi, de 18 h à 22 h ou, les samedi, dimanche et journée fériée, de 8 h à 16 h ou, dans ce dernier cas, à toute autre période de remplacement, continue et équivalente, déterminée par la clinique réseau avec l'approbation du CSSS. Le montant du forfait est de 129,60 $ au 1er janvier 2012 et de 135 $ au 1er juin 2013.

AVIS **:** ***En semaine****, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, entre 18 h et 22 h, inscrire :*

- le code de facturation ***19100****;*

- l'heure de début et l'heure de fin .

En fin de semaine *et les jours fériés entre 8 h et 16 h, inscrire :*

- le code de facturation ***19101****;*

- l'heure de début et l'heure de fin .

Les codes ***19100*** *et* ***19101 sont exclus*** *de l'application des majorations en horaires défavorables du paragraphe 4.01 de l'annexe XX.*

Ces codes de facturation sont permis uniquement dans les lieux physiques uniques.

4.02 Ce forfait s'ajoute à la rémunération à l'acte dévolue aux médecins selon l'Entente pour les services médicaux qu'il dispense pendant ou à l'occasion d'une période de garde visée au présent article.

4.03 Le forfait visé au présent article est, sur base horaire, divisible. Le médecin est, quant au montant de ce forfait, payé par la Régie au prorata du temps où il a effectivement assumé la garde, dans le cadre ou dans la foulée d'une période de garde établie.

4.04 Le comité paritaire estime, sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière, le nombre hebdomadaire de forfaits correspondant au nombre de quarts de garde de quatre (4) heures nécessaires pour dispenser les services visés à la présente entente. Le comité paritaire en informe la clinique réseau, le CSSS et la Régie.

Aux fins de l'attribution de la banque de forfaits hebdomadaires, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes requises pour l'estimation du nombre de forfaits hebdomadaires.

4.05 Un médecin ne peut se prévaloir de plus d'un forfait par période de quatre (4) heures.

4.06 La clinique réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de forfaits facturés. Dans le cas où le nombre de forfaits facturés diffère significativement ou de façon continue du nombre de forfaits tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

5.01 Un médecin visé au paragraphe 1.01 de cette entente qui assume une garde en disponibilité relevant de la juridiction d'un CSSS est rémunéré selon les dispositions qu'édicte *l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité*.

6.00 ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES

6.01 Les activités professionnelles visées au présent article couvrent les activités médico-administratives découlant des obligations spécifiques de la clinique réseau en ce qui a trait notamment à l'organisation des services de première ligne, à la coordination avec le CSSS et autres intervenants du réseau local, à la confection des horaires de garde du sans rendez-vous et au recrutement.

Aux fins de l'application de ces obligations spécifiques, dont principalement la confection des horaires de garde du sans rendez-vous, le médecin responsable doit tenir compte des contraintes auxquelles le médecin dispensateur des services médicaux est confronté.

6.02 Sous réserve du paragraphe 6.04 ci-dessous, les activités professionnelles décrites ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six (6) forfaits par semaine. Le montant du forfait est de 64,90 $ au 1er janvier 2012 et de 67,65 $ au 1er juin 2013.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19102**.*
Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de l'activité.
Ce forfait n'est pas divisible sur une base horaire.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

6.03 Le médecin responsable de la clinique réseau se prévaut au moins de la moitié des forfaits prévus au présent article. Il est responsable de la répartition des forfaits résiduels entre les médecins qui réalisent des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus.

6.04 Dans le cas où la clinique accréditée comme clinique réseau est aussi accréditée comme GMF, le nombre de forfaits alloués pour la rémunération des activités décrites au paragraphe 6.01 ci-dessus est de trois (3) forfaits par semaine.

7.00 EXCLUSION

7.01 Sous réserve des paragraphes suivants, la rémunération que le médecin reçoit pour les services médicaux dispensés pendant une période de garde sans rendez-vous telle que stipulée aux alinéas e) et f) du paragraphe 3.01 est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente. Il en est de même de la rémunération visée à l'article 6.00 de cette entente.

AVIS **:** *Voir les instructions de facturation sous le paragraphe 3.01 e).*
Seuls les services rendus dans un lieu physique unique sont exclus du calcul du plafond trimestriel.

7.02 Le comité paritaire établit le nombre maximal de médecins pouvant se prévaloir, pour une même période de garde, des dispositions du paragraphe précédent sur la base de critères qu'il détermine dont notamment la fréquentation des services visés à la présente entente particulière. Ce nombre peut varier selon les périodes de garde en cause. Le comité paritaire en informe la clinique réseau, le CSSS et la Régie.

Aux fins de la détermination de ce nombre, le CSSS doit fournir au comité paritaire les informations pertinentes.

7.03 La clinique réseau est responsable d'assurer le suivi du nombre de médecins qui, pour une même période de garde, se prévalent des dispositions du paragraphe 7.01 ci-dessus. Dans le cas où ce nombre diffère significativement ou de façon continue du nombre tel qu'estimé par le comité paritaire et tel qu'en a été avisée la clinique réseau, le comité paritaire peut prendre les mesures qu'il considère justifiées pour corriger la situation.

8.00 PROCÉDURES

8.01 La demande d'adhésion d'une clinique réseau à la présente entente est formulée par la majorité des médecins qui y exercent ou le cas échéant, par le CSSS. Il en est ainsi d'une demande de retrait.

8.02 Le comité paritaire est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'une clinique réseau aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité décrites au paragraphe 3.01 ci-dessus sont remplies de façon satisfaisante ou le seront dans un délai raisonnable.

8.03 Le comité paritaire a enfin pour mandat de veiller à la mise en œuvre, à l'analyse et au suivi de cette entente particulière.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, sur autorisation spécifique de ses mandants, le comité paritaire peut se pencher sur une problématique ayant un impact sur les conditions d'exercice des médecins. Le comité paritaire, après examen de la situation, pourra s'il le juge nécessaire, faire des recommandations aux parties.

8.04 La clinique réseau dont l'accréditation n'est plus en vigueur est tenue d'en aviser le comité paritaire qui en informe la Régie.

8.05 Le comité paritaire informe la Régie du nom de la clinique réseau dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est recommandée et ainsi que du nom du médecin responsable.

8.06 La Régie transmet mensuellement au CSSS et au comité paritaire les informations pertinentes sur la facturation des forfaits prévus à l'article 4.00 de la présente entente ainsi que sur le nombre de médecins qui se prévalent des dispositions de l'article 7.00 de la présente.

8.07 Un CSSS visé à l'article 3.02 de la présente qui entend cesser d'assumer les mandats d'une clinique réseau doit en informer les médecins dans un délai raisonnable.

8.08 Lorsque l'avis de résiliation ou de retrait d'un contrat intervenu entre un CSSS et une clinique réseau fait, aux termes du processus d'arbitrage prévu à ce contrat, l'objet d'une contestation de la part de la clinique réseau, ou des médecins qui y exercent leur profession, les médecins visés sont habilités à se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière jusqu'à ce que, par décision finale, la contestation en cause ait été tranchée finalement selon la procédure prévue à ce contrat.

9.00 ENTENTE CSSS-CLSC ET CLINIQUE RÉSEAU

9.01 Outre les modalités de rémunération spécifiques telles que prévues aux articles 4.00 à 7.00, les modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre d'une clinique réseau sont celles qui s'appliquent en cabinet ou, si la clinique réseau est située dans un CLSC, celles prévues à l'entente particulière relative aux CLSC.

AVIS **:** *Pour que le médecin puisse se prévaloir des dispositions prévues aux articles 4 et 7 de la présente EP 39 – Clinique réseau, une copie de l'entente entre le CSSS-CLSC et la clinique réseau ainsi que le nom des médecins visés doivent être transmis au comité paritaire qui en informera la RAMQ.*

Toutefois, malgré ce qui précède, le médecin qui exerce de façon régulière dans un CLSC et qui y détient une nomination à honoraires fixes peut, lorsqu'il exerce dans le cadre des services sans rendez-vous d'une clinique réseau située dans un cabinet, être rémunéré selon ce mode de rémunération prévu à la nomination qu'il détient du CLSC et en vertu de cette nomination. Sous réserve de l'alinéa suivant, ce médecin peut se prévaloir également des dispositions prévues aux articles 4.00 à 7.00 des présentes selon les modalités applicables à tout médecin qui exerce dans la clinique réseau.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes qui rend des services sans rendez-vous dans un cabinet d'une clinique réseau, inscrire :*

- le numéro d'établissement correspondant à la nomination en CLSC;

*- le code d'activité **076110** Services cliniques sans rendez-vous.*

*Lorsque ces services sont rendus le samedi, le dimanche ou un jour férié, inscrire le secteur de dispensation **28**.*

Ces services sont exempts du plafond trimestriel. Voir le paragraphe 7.01.

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01 de l'annexe XX.

Pour le forfait par quart de 4 heures en horaires défavorables au sans rendez-vous d'une clinique réseau, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01.

Il ne peut se prévaloir des dispositions du paragraphe 6.00 des présentes pour des activités professionnelles réalisées au cours des périodes pendant lesquelles il est rémunéré en vertu de sa nomination du CLSC.

9.02 Le médecin peut se prévaloir des dispositions du présent article aux conditions suivantes :

l'établissement, avec l'accord du chef du service médical du CLSC, a convenu d'une entente avec la clinique réseau pour le nombre d'heures que le médecin peut consacrer à la clinique réseau et quant à son horaire de travail;

l'établissement s'engage à assurer le suivi des heures effectuées et facturées par le médecin pour les services dispensés à la clinique réseau.

9.03 La clinique réseau informe le comité paritaire de l'entente CSSS-CLSC et clinique réseau ainsi que du nom des médecins qui se prévalent des dispositions prévus au présent article. Le comité paritaire transmet ces informations à la Régie.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 Cette entente particulière prend effet le 1er juin 2005. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD	**RENALD DUTIL, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Cliniques réseau désignées à l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau.

AVIS **:** *Voir les cliniques-réseau désignées à l'annexe I de l'EP 39 – Clinique réseau.*

EP 40 - MÉDECINE DE FAMILLE, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE, DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DE LA CLIENTÈLE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines dispositions relatives aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de clientèle.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

SECTION I : DISPOSITIONS RELATIVES À L'INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE

3.00 CONDITIONS DE BASE À L'INSCRIPTION

3.01 La pratique de prise en charge et de suivi de la clientèle du médecin qui se prévaut des dispositions de la présente entente présente les caractéristiques suivantes :

A) Le médecin inscrit la clientèle qu'il accepte de prendre en charge au sein d'un cabinet privé, d'un CLSC, d'un GMF-U, d'une clinique réseau, d'un GMF désigné réseau ou d'un GMF quel que soit son rattachement. Le domicile du patient peut également être reconnu comme lieu de prise en charge et de suivi lorsque le suivi est assuré principalement à domicile.

B) L'acceptation du médecin témoigne de son engagement professionnel vis-à-vis le patient inscrit. Cette acceptation est incluse au formulaire d'inscription et a pour objet exclusif l'obligation professionnelle qu'a le médecin d'agir comme médecin de famille du patient inscrit, en conformité avec les dispositions du Code de déontologie édicté par le Collège des médecins du Québec;

AVIS **:** *Voir le formulaire* Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096).*

L'inscription du patient par le médecin se fait, lors d'une visite ou d'une intervention clinique ou psychothérapie, au moyen du formulaire prescrit par les parties. Le libellé de ce formulaire est reproduit à l'annexe I de l'entente particulière à titre d'information seulement. L'inscription faite dans le cadre de l'entente particulière relative aux groupes de médecine de famille tient lieu d'inscription au sens des présentes dispositions.

C) Il assure, pour son patient inscrit, la prise en charge et le suivi des soins requis par son état de santé incluant, s'il y a lieu, les visites périodiques, le suivi des examens de laboratoire et la gestion de la médication, la référence au programme de soutien à domicile du CISSS-CLSC ou, selon le cas, CIUSSS-CLSC ainsi qu'au système de garde en disponibilité du CISSS-CLSC ou, selon le cas, CIUSSS-CLSC si un tel système est en opération sur son territoire.

N'est pas présumé répondre aux exigences de l'alinéa précédent le médecin qui n'assure la prise en charge que pour un ou des épisodes de soins ponctuels.

D) Aux fins de la prise en charge et du suivi de sa clientèle, il collabore avec le CISSS ou, selon le cas, le CIUSSS de son territoire ainsi qu'avec les autres établissements du réseau lorsque requis.

4.00 MODALITÉS GÉNÉRALES

4.01 Un forfait d'inscription est versé, sur la base de l'année civile, au médecin de famille. Lorsque le lieu de suivi habituel du patient est en cabinet ou à domicile, le montant du forfait est de 11,75 $ au 1er janvier 2018 et de 11,85 $ au 1er janvier 2019. Si ce lieu est en établissement, le montant du forfait d'inscription est de 8,85 $ au 1er janvier 2018 et de 8,95 $ au 1er janvier 2019.

Ce forfait d'inscription s'ajoute à celui versé en vertu de l'annexe V de l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF). Il s'ajoute également au forfait annuel de prise en charge ainsi qu'au forfait de soutien au démarrage prévus à la présente entente.

4.02 Les dispositions de l'annexe XII et de l'annexe XII-A relativement au niveau de la rémunération majorée s'appliquent de la façon suivante :

le pourcentage de majoration appliqué au forfait d'inscription relatif à un patient est celui qui a été appliqué à la rémunération de la dernière visite, intervention clinique ou psychothérapie fait au lieu de l'inscription au cours de l'année d'application en cause.

dans le cas où le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, le pourcentage de rémunération appliqué au forfait d'inscription est celui appliqué à sa rémunération pour les services dispensés au lieu d'inscription lors du dernier mois de pratique de l'année d'application en cause.

4.03 L'inscription d'un patient se fait à l'occasion d'une visite, intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès de ce patient.

Elle est transmise à la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la visite, l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette inscription à défaut de quoi l'inscription est refusée. Cette disposition s'applique également au médecin qui exerce en CLSC ou GMF-U rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui, lors de la transmission de l'inscription, doit informer la Régie de la date de la visite, de l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette inscription.

AVIS **:** *Pour plus d'information sur les étapes à suivre pour inscrire un patient, voir la section* Démarche pour l'inscription d'un patient *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

4.04 Lors de l'inscription du patient, le médecin indique le lieu où le suivi sera habituellement effectué. Il peut modifier le lieu une fois par année d'application et doit en informer la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du début du nouveau lieu de suivi du patient à défaut de quoi la modification est refusée. Le forfait d'inscription versé pour l'année d'application en cause tient compte de cette modification considérée avoir été en vigueur pendant toute l'année d'application.

Le médecin ne peut inscrire un patient lorsqu'il exerce dans un milieu de dispensation de services autre que ceux apparaissant au paragraphe 3.01 A) ci-dessus.

Le médecin qui a inscrit ses patients dans le cadre d'un GMF et qui quitte le GMF doit en aviser la Régie dans les trente (30) jours suivant son départ et l'informer de son nouveau lieu de pratique. Pour les fins du versement du forfait d'inscription, sa clientèle demeure inscrite à son nom à ce nouveau lieu de pratique.

AVIS **:** *Le médecin doit informer la RAMQ dans les 90 jours suivant tout changement relatif au lieu de suivi de sa clientèle. Ce lieu doit correspondre à celui de sa facturation.*

Consulter la rubrique Je change de lieu de pratique.

Transmettre les renseignements relatifs à un changement de lieu de pratique à l'aide du formulaire Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096) ou du formulaire* Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF *(4094).*

Par la poste

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

4.05 Pour donner droit au versement annuel du forfait d'inscription, un patient inscrit doit être considéré comme un patient actif au 1er janvier suivant l'année d'application en cause c'est-à-dire au 1er janvier de l'année du versement du forfait d'inscription. Est considéré comme actif, le patient qui a rencontré son médecin auprès duquel il est inscrit ou, dans le cas d'un GMF-U, un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous, au cours des trente-six (36) mois précédents.

Dans le cas où cette condition n'est pas remplie, le forfait d'inscription n'est pas versé pour l'année d'application en cause. Il est versé à nouveau pour l'année d'application pendant laquelle une visite, une intervention clinique ou psychothérapie est effectué auprès du patient par son médecin, ou, dans le cas d'un GMF-U, d'un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous.

Pour permettre la validation du caractère actif du patient, le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire facture, à l'occasion d'une visite, d'une intervention clinique ou psychothérapie, le forfait d'inscription à la Régie. Cette facturation doit se faire au moins une fois tous les trois ans.

AVIS **:** *Aucune facturation du forfait d'inscription n'est nécessaire.*
Le caractère actif du patient inscrit auprès d'un médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire peut être maintenu par la facturation au cours de l'année civile de l'un des forfaits prévus à la présente EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle ou à l'EP 33 – Groupe de médecine de famille (GMF), s'il y a lieu.
Le médecin doit enregistrer les renseignements relatifs aux services rendus au registre des consultations accessible par l'application Gestion des consultations *du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *de la RAMQ.*
Pour plus de détails sur l'utilisation de cette application, consulter la section Registre des consultations *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

4.06 Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait d'inscription payé à chacun des médecins est proportionnel au nombre de mois couverts par chacune des inscriptions. Le calcul se fait sur la base de mois entiers, le mois de la seconde inscription étant comptabilisé en faveur du premier médecin.

4.07 Le médecin qui inscrit un patient déjà inscrit auprès d'un autre médecin de famille donne son consentement à ce que son nom comme médecin de famille de ce patient ainsi que le lieu d'inscription soient transmis au premier médecin qui a, préalablement, inscrit ce patient.

Dans le cas où un médecin est d'avis que l'inscription auprès d'un autre médecin d'un de ses patients inscrits ne reflète pas une prise en charge effective par cet autre médecin, il peut communiquer avec ce patient et lui demander, au moyen du formulaire apparaissant à l'annexe II de la présente entente, de rétablir sa première inscription. Pour que la Régie puisse procéder au rétablissement de l'inscription, ce formulaire doit être acheminé à la Régie au plus tard dans les six (6) mois suivant la date du rapport transmis par la Régie pour informer le médecin de la fin de l'inscription de son patient.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille *(4055)*.

Pour les avis de changement de médecin ayant pris effet entre le 1er juillet 2011 et le 1er janvier 2012, le médecin peut acheminer le formulaire de rétablissement d'inscription jusqu'au 30 juin 2012.

Dans le cas du rétablissement d'une inscription, la seconde inscription est annulée et le médecin auprès duquel elle s'est faite, ne peut se prévaloir du forfait d'inscription, du forfait annuel de prise en charge et du tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, le forfait de responsabilité prévus aux paragraphes 4.00 et 6.00 de la présente entente.

4.08 Le forfait d'inscription est versé annuellement au cours du mois de mai suivant le 31 décembre de l'année d'application. Sous réserve du paragraphe 4.06 et de l'article 10.00 de la présente entente, le forfait est versé dans sa totalité même si l'inscription ou les modifications découlant des paragraphes 4.03 ou 4.04 sont intervenues en cours d'année d'application.

4.09 Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet, à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, les informations suivantes :

- le nombre de ses patients actifs et le total des forfaits d'inscription auquel il a droit pour l'année d'application;
- lors du versement annuel des forfaits d'inscription, la liste des patients actifs, le lieu de suivi habituel ainsi que le taux de majoration appliqué selon les dispositions du paragraphe 4.02 ci-dessus.

4.10 Sont liés à l'inscription du patient les modalités de rémunération spécifiques à la prise en charge et au suivi des patients vulnérables, soit le forfait annuel de prise en charge, le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité, ainsi que le supplément à la visite périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans.

4.11 Lorsque requis, la Régie peut demander une copie du formulaire d'inscription signé par le patient et son médecin de famille. Ce formulaire est conservé au dossier de ce patient.

Modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille
4.12 En regard de la complexité des activités professionnelles requises du médecin pour prendre connaissance du dossier médical antérieur, des antécédents personnels et familiaux, de la validation et de la mise à jour du profil pharmacologique incluant les interactions médicamenteuses ainsi que la planification et de l'instauration du suivi longitudinal interdisciplinaire pertinent, le premier examen, la première visite ou la première intervention clinique faite lors de la prise en charge du patient sans médecin de famille selon la définition paraissant au sous-paragraphe 4.13 ci-dessous donne lieu à un des suppléments suivants :

A) Au 1er novembre 2015, 22,75 $ en cabinet privé et 18,90 $ en CLSC, en GMF-U en établissement lorsque le patient est non vulnérable. Ces montants sont respectivement de 23,55 $ et de 19,55 $ au 1er septembre 2018;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19957****.*
La date de service pour le supplément doit être ***la même*** *que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

B) Au 1er novembre 2015, 70,00 $ en cabinet privé et 58,10 $ en CLSC, en GMF-U en établissement, lorsque le patient est vulnérable mais non attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille. Ces montants sont respectivement de 72,50 $ et de 60,15 $ à compter du 1er septembre 2018;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19958**.*
*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

C) Au 1er novembre 2015, 150,00 $ en cabinet privé et 124,50 $ en CLSC, en GMF-U en établissement, lorsque le patient est vulnérable et attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille. Ces montants sont respectivement de 155,35 $ et de 128,90 $ à compter du 1er septembre 2018;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19959**.*
*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

Un supplément visé par la présente disposition doit être facturé à la même date que le premier examen, la première visite ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

4.13 Est considéré comme un patient sans médecin de famille, le patient non inscrit auprès d'un autre médecin ou qui répond à une des dispositions des sous-paragraphes 12.03, 12.04 ainsi que de 13.04 à 13.07 inclusivement.

4.14 Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par patient et par médecin de famille.

Montant supplémentaire à l'inscription générale

4.15 Au bénéfice du médecin qui assure la prise en charge et le suivi de sa clientèle dans l'un des lieux prévus au paragraphe 3.01 A) de la présente entente et dont le nombre de patients inscrits actifs atteint les seuils ci-après énoncés, sont accordés, par année civile et sur la base du nombre de patients inscrits actifs auprès du médecin à la date d'évaluation, soit, sous réserve du paragraphe 4.17, le 31 décembre de l'année d'application, un ou l'autre des montants supplémentaires suivants :

A) Le médecin qui compte sept cent cinquante (750) patients inscrits actifs jusqu'à neuf cent quatre-vingt-dix-neuf (999) patients inscrits actifs reçoit un montant supplémentaire de 7 500 $;

B) De même, selon les modalités d'application précisées à l'alinéa A) ci-dessus, le médecin qui compte mille (1000) patients ou plus dont l'inscription est active reçoit un montant supplémentaire de 15 000 $.

4.16 Aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs auprès du médecin pour cette section, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait d'inscription annuel conformément aux dispositions du paragraphe 4.05 de la présente entente particulière auxquels s'ajoutent les inscriptions des patients réputés inscrits dans le cadre de la Lettre d'entente n° 321. Aux fins des présentes, lorsque plus d'un médecin reçoit pour un même patient le forfait d'inscription annuel, ce patient est retenu au bénéfice du plus récent médecin auprès duquel il est inscrit.

Au bénéfice du médecin qui assure le suivi de patientes enceintes dans un milieu visé au paragraphe 3.01 A) ainsi qu'en clinique externe d'un centre hospitalier et qui effectue la visite de prise en charge de grossesse, l'examen de prise en charge de grossesse, ou le supplément comparable, et une visite de suivi de grossesse ou le supplément comparable, sont considérées dans le calcul du nombre de patients inscrits aux fins de l'octroi de l'un ou l'autre des montants supplémentaires selon les dispositions du paragraphe 4.15 ci-dessus. Pour être retenue aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs auprès du médecin pour une année d'application donnée, la visite de suivi de grossesse ou le supplément comparable doit avoir été effectué au cours des douze (12) mois qui précèdent la date d'évaluation selon les dispositions du paragraphe 4.17 et la visite de prise en charge de grossesse doit avoir été effectuée au cours des quatorze (14) mois précédant la date d'évaluation selon les dispositions du paragraphe 4.17. Toutefois, ce traitement ne s'applique pas à la patiente inscrite auprès du médecin qui réclame ce service. Lorsque plus d'un médecin réclame un de ses services, les deux services sont retenus pour les fins du calcul.
Il en va de même des patients ayant donné lieu à la facturation de la Visite d'évaluation psychiatrique (codes 08819 ou 15921) ou de la Visite de prise en charge psychiatrique (code 15918) au cours des douze (12) mois qui précèdent la date d'évaluation ou ayant donné lieu à la facturation de la Visite de suivi psychiatrique (code 08848, 15919 ou 15920) au cours de la même période, en autant que le patient ait de plus, par le passé, donné lieu à la facturation de la Visite d'évaluation psychiatrique ou de la Visite de prise en charge psychiatrique par le même médecin.
La détermination du nombre de patients inscrits tient compte des pondérations suivantes :
A) Dans un premier temps, les patients visés par les situations suivantes comptent au double de leur nombre réel :

- les patients codifiés A, B et C attribués au médecin par le GAMF au cours des douze (12) mois précédant la date d'évaluation et réputés inscrits dans le cadre de la Lettre d'entente n° 321;
- les patients vulnérables inscrits au cours de douze (12) mois précédant la date d'évaluation suite à une attribution par le GAMF hors du cadre de la Lettre d'entente n° 321;

B) Auxquels s'ajoutent dans un deuxième temps, lorsque le médecin compte un nombre non pondéré de 500 inscriptions actifs ou réputées actives ou plus, les inscriptions des patients vulnérables ne faisant pas l'objet d'une pondération en vertu de l'alinéa A) ci-dessus en excédent de 40 % du nombre total des inscriptions sont comptabilisés au double de leur nombre réel.
4.17 Les montants supplémentaires visés au paragraphe 4.15 ci-dessus sont versés par la Régie au cours du mois de juin suivant l'année d'application.
Exceptionnellement, pour la première année d'application, trois évaluations ont cours selon les modalités ci-après énoncées :
- Une première le 30 septembre 2019. Le paiement suite à la première évaluation est effectué au cours du mois de décembre 2019;
- Une deuxième le 31 octobre 2019. Dans le cas où à la date de cette deuxième évaluation, le nombre de patients inscrits actifs auprès d'un médecin atteint un des seuils prévu à l'alinéa A) ou B) du paragraphe 4.15 ci-dessus et que ce seuil est supérieur à celui atteint lors de l'évaluation du 30 septembre précédent, le médecin reçoit, pour l'atteinte de ce nouveau seuil, le montant supplémentaire correspondant au seuil atteint, en y soustrayant le montant déjà calculé en vertu de l'évaluation du 30 septembre 2019, le cas échéant. Le paiement suite, à la deuxième évaluation, est effectué au cours du mois d'avril 2020;
- Une troisième le 31 décembre 2019. Le paiement suite à la troisième évaluation, est effectué au cours du mois de juin 2020.
4.18 Dans l'année suivant le versement du montant supplémentaire, le médecin dont les patients attribués en vertu de la Lettre d'entente n° 321 lui a permis d'atteindre l'un ou l'autre des seuils prévus au paragraphe 4.15 ci-dessus, fait l'objet d'une récupération par la Régie s'il s'avère qu'il n'a pas maintenu à la date d'évaluation de l'année suivante l'un ou l'autre des seuils prévus au paragraphe 4.15. Cette disposition ne s'applique pas au médecin qui est en congé de maternité, d'adoption, de paternité, d'invalidité de treize (13) semaines consécutives et plus ou pour toute autre raison exceptionnelle reconnue par le comité paritaire.

Toutefois, le médecin faisant l'objet d'une récupération et qui rencontre un seuil inférieur se voit accorder le montant correspondant à ce nouveau seuil.
Exceptionnellement, la récupération prévue par la présente disposition ne s'applique pas au premier versement ou deuxième versement de ce montant prévus en décembre 2019 et en avril 2020.

SECTION II : PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES PATIENTS VULNÉRABLES

5.00 DÉFINITIONS

5.01 Aux fins de l'identification des clientèles vulnérables, les catégories de problèmes de santé retenues sont les suivantes :

A) 1. Problèmes de santé mentale chroniques et récidivants (DSM-V) : troubles d'anxiété généralisée, troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);

2. Problèmes de santé (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles envahissants du développement (troubles du spectre de l'autisme, Asperger), trouble panique;

3. Troubles dépressifs majeurs aigus, premier épisode ou troubles anxieux aigus, premier épisode;

Note : À compter du 1er juillet 2017, en regard d'un patient l'inscription à cette catégorie prend fin le 30 juin 2019 (pour les inscriptions existantes) ou vingt- quatre (24) mois après l'inscription ou la confirmation (pour les inscriptions après le 30 juin 2017), à moins que le médecin confirme, durant les trois (3) mois avant la fin du délai, que le patient répond toujours aux exigences de cette catégorie.

4. Troubles dépressifs majeurs récidivants;

B) Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (selon critères cliniques ou selon les médications requises pour contrôler l'asthme), pneumopathies professionnelles;

C) Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3);

D) Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;

E) Diabète avec hémoglobine A1C à 6,5 ou plus au moment du diagnostic excluant le diabète de grossesse.

Note : Lors d'une inscription subséquente, lorsque le taux d'hémoglobine A1C au moment de poser le diagnostic ne peut être documenté, le patient qui est sous traitement actif pour diabète, excluant le diabète de grossesse, est présumé répondre à ce critère;

F) Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq (5) dernières années, toxicomanie sous traitement de méthadone ou de buprénorphine;

G) VIH/SIDA, hépatite C;

H) Maladies dégénératives du système nerveux, démence avec MMSE de 26 et moins, blessés médullaires avec séquelles permanentes entraînant une invalidité et des traumatismes crâniens avec séquelles permanentes entraînant une invalidité;

I) Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn;

J) Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatine, inférieure à 30 ml par minute, insuffisance hépatique;

K) Maladies thrombogènes nécessitant une anticoagulation à vie, fibrillation auriculaire avec CHADS à 2 et plus;

L) Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi par RIN;

Note : Le patient qui répond aux critères de la catégorie K), doit entre le 1er juillet 2017 et le 30 juin 2019, être inscrit sous la catégorie K).

M) Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour les patients âgés de moins de 18 ans;

N) Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension;

O) Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin;

P) Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel;

Q) Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096).*
Le document Inscription auprès d'un médecin de famille *(4107) et, le cas échéant, le document* Renseignements sur les groupes de médecine de famille *(4095) doivent être remis au patient.*

	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈMES DE SANTÉ	***CATÉGORIE DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ***
	01	*Problèmes de santé mentale chroniques et récidivants (DSM-V) : troubles d'anxiété généralisée, troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie).*
	02	*Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (selon critères cliniques ou selon les médications requises pour contrôler l'asthme), pneumopathies professionnelles.*
	03	*Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3).*
	04	*Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.*
	05	*Diabète avec hémoglobine A1C à 6,5 ou plus au moment du diagnostic excluant le diabète de grossesse.*
	06	*Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone ou de buprénorphine.*
	07	*VIH/SIDA, hépatite C.*
	08	*Maladies dégénératives du système nerveux, démence avec MMSE de 26 et moins, blessés médullaires avec séquelles permanentes entraînant une invalidité et des traumatismes crâniens avec séquelles permanentes entraînant une invalidité.*
	09	*Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite, rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn.*
	10	*Troubles dépressifs majeurs aigus, premier épisode ou troubles anxieux aigus, premier épisode.* ***À compter du 1er juillet 2017, renouvelable tous les 24 mois.***
	11	*Troubles dépressifs majeurs récidivants.*
	12	*Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatine, inférieure à 30 ml par minute, insuffisance hépatique.*
	13	*Maladies thrombogènes nécessitant une anticoagulation à vie, fibrillation auriculaire avec CHADS à 2 et plus.*
	14	*Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et suivi par RIN.* ***Date de fin : 30 juin 2019***
	15	*Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour les patients âgés de moins de 18 ans.*
	16	*Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension.*
	17	*Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin.*

	18	*Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel.*
	19	*Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.*
	20	*Problèmes de santé (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles envahissants du développement (troubles du spectre de l'autisme, Asperger),trouble panique.* ***Date de début : 1er juillet 2017***

AVIS **:** ***Modification de l'état de santé de la personne assurée***

Lorsque, lors de son inscription initiale, la personne assurée ne présentait aucun des états pathologiques visés par la présente EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle et que, lors d'une visite, d'une intervention clinique ou d'une psychothérapie, un diagnostic de problème de santé correspondant à l'une des catégories 1 à 20 lui est attribué, le médecin ***doit modifier cette inscription****.*

Consulter la section Modification ou rétablissement de l'inscription de mes patients *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

Modification du lieu de suivi de la clientèle

Pour inscrire une personne assurée en GMF lorsqu'elle est déjà inscrite hors GMF dans le cadre de la présente entente particulière, le médecin ***doit modifier son lieu de suivi****.*

Le médecin doit informer la RAMQ dans les 90 jours suivant tout changement relatif au lieu de suivi de sa clientèle. Ce lieu doit correspondre à celui de sa facturation afin d'éviter un refus de paiement.

Consulter la rubrique Je change de lieu de pratique.

6.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

6.01 Forfait annuel de prise en charge : un forfait annuel de prise en charge, sur la base de l'année civile, est payé au médecin auprès duquel un patient vulnérable est inscrit selon les modalités suivantes :

A) Au 1er septembre 2018, le montant du forfait de base est de 61,90 $ en cabinet et de 46,55 $ en établissement. À compter du 1er octobre 2019, ces montants sont respectivement de 62,50 $ en cabinet et de 47 $ en établissement. Il est modulé selon la catégorie ou le cumul de catégories de problèmes de santé (par. 5.01 ci-dessus) du patient. Ces forfaits modulés sont les suivants :

Groupe I : le patient est identifié à une seule catégorie de problèmes de santé. Au 1er septembre 2018 le montant de ce forfait est de 61,90 $ en cabinet et de 46,55 $ en établissement soit à 100 % du forfait de base. À compter du 1er octobre 2019, ces montants sont respectivement de 62,50 $ en cabinet et de 47 $ en établissement. Aux fins de l'application de la présente disposition, les problèmes de santé mentale de la catégorie A) 1 et A) 2) du sous-paragraphe 5.01A) ci-dessus constituent une seule et même catégorie de problèmes de santé mentale.

Groupe II : le patient est identifié à deux catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Au 1er septembre 2018, le montant de ce forfait est de 92,85 $ en cabinet et de 69,85 $ en établissement soit à 150 % du forfait de base. À compter du 1er octobre 2019, ces montants sont respectivement de 93,75 $ en cabinet et de 70,50 $ en établissement.

Groupe III : le patient est identifié à trois catégories de problèmes de santé autres que la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Au 1er septembre 2018, le montant de ce forfait est de 123,80 $ en cabinet et de 93,10 $ en établissement soit à 200 % du forfait de base. À compter du 1er octobre 2019, ces montants sont respectivement de 125 $ en cabinet et de 94 $ en établissement.

Groupe IV : le patient est identifié à deux catégories ou plus de problèmes de santé dont une de ces catégories est la catégorie A (problèmes de santé mentale) ou la catégorie N (déficience intellectuelle). Au 1er septembre 2018, le montant de ce forfait est de 123,80 $ en cabinet et de 93,10 $ en établissement soit à 200 % du forfait de base. Au 1er octobre 2019, ces montants sont respectivement de 125 $ en cabinet et de 94 $ en établissement. Aux fins de l'application de la présente disposition, les problèmes de santé mentale de la catégorie A) 1 et A) 2) du sous-paragraphe 5.01 A) ci-dessus constituent une seule et même catégorie de problèmes de santé mentale.

Groupe de vulnérabilité	*Cabinet (GMF ou non)*		*Installation CLSC/UMF (GMF ou non)*	
	À compter du 1er septembre 2018	*À compter du 1er octobre 2019*	*À compter du 1er septembre 2018*	*À compter du 1er octobre 2019*
Groupe I :	*61,90 $*	*62,50 $*	*46,55 $*	*47 $*
Groupe II :	*92,85 $*	*93,75 $*	*69,85 $*	*70,50 $*
Groupe III :	*123,80 $*	*125 $*	*93,10 $*	*94 $*
Groupe IV :	*123,80 $*	*125 $*	*93,10 $*	*94 $*

B) Lors de l'inscription d'un patient, le médecin identifie, s'il y a lieu, une catégorie de problèmes de santé telle que définie au paragraphe 5.01.

Il peut, en tout temps, identifier une telle catégorie pour un patient déjà inscrit ou la modifier, le cas échéant. Il doit en aviser la Régie au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'examen au cours duquel le problème est identifié ou modifié à défaut de quoi cette identification ou modification est refusée. Cette disposition s'applique également au médecin qui exerce en CLSC ou GMF-U rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui, lors de la transmission de l'identification ou de la modification, doit informer la Régie de la date de la visite, de l'intervention clinique ou psychothérapie donnant effet à cette identification ou modification.

C) Les dispositions de l'annexe XII et de l'annexe XII-A relativement au niveau de la rémunération majorée s'appliquent de la façon suivante :

le pourcentage de majoration appliqué au forfait annuel relatif à un patient est celui qui a été appliqué à la rémunération du dernier tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité ou de la dernière visite ou intervention clinique ou psychothérapie payé au médecin pour ce patient au cours de l'année d'application en cause. Dans le cas où, par la suite, la rémunération du médecin passe d'un taux de majoration à un autre, le nouveau taux de majoration s'applique au forfait annuel à partir du premier examen, de la première intervention clinique ou psychothérapie ou du premier tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité réclamé selon le nouveau taux applicable;

dans le cas où le médecin est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, le pourcentage de rémunération appliqué au forfait annuel est celui appliqué à sa rémunération du dernier tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité ou, à défaut, des services dispensés au lieu d'inscription lors du dernier mois de pratique de l'année d'application en cause.

D) Pour donner droit au forfait annuel de prise en charge, un patient doit être considéré comme un patient vulnérable actif au 1er janvier de l'année d'application en cause c'est-à-dire au 1er janvier de l'année du versement du forfait annuel. Est considéré comme vulnérable actif, le patient qui a rencontré son médecin de famille auprès duquel il est inscrit ou, dans le cas d'un GMF-U, un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous, au cours des douze (12) mois précédents.

Dans le cas où cette condition n'est pas remplie, le forfait est payé à partir de la date de la première visite, de la première intervention clinique ou psychothérapie ou du premier tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité facturé pour ce patient par son médecin, ou, dans le cas d'un GMF-U, par un médecin du groupe tel que défini au paragraphe 6.02 C) ci-dessous, au cours de l'année d'application et le montant payé est proportionnel au nombre de mois de l'année d'application qui reste à écouler, incluant le mois de la visite, de l'intervention clinique ou psychothérapie ou du tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité.

***AVIS* : Hors GMF – Médecin non membre du programme GMF rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes dans un CLSC ou un GMF-U**

Le médecin doit inscrire au registre des consultations les visites des patients inscrits auprès de lui ou d'un médecin de son groupe de pratique au cours d'une année civile ou facturer le forfait de responsabilité.

Le registre des consultations est disponible par l'application Gestion des consultations *du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *de la Régie.*

Pour plus de détails sur l'utilisation de l'application Gestion des consultations*, consulter la section* Registre des consultations *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

E) Le forfait annuel de prise en charge est payé à partir du mois de l'inscription du patient ou, selon le cas, du mois de l'identification de la catégorie du problème de santé. Il est rajusté, s'il y a lieu, à compter du mois de la modification ou de l'ajout du problème de santé. Il en est de même pour le changement de lieu de suivi du patient. Cette disposition est conditionnelle au respect du délai paraissant, selon le cas, aux paragraphes 4.04 ou 6.01 B). Lorsque, en raison de son âge, un patient cesse d'être vulnérable, le forfait cesse d'être payé à compter du mois suivant cette modification.

F) Dans le cas où un patient déjà inscrit s'inscrit auprès d'un autre médecin, le forfait annuel de prise en charge payé à chacun des médecins est proportionnel au nombre de mois couverts par chacune des inscriptions. Le calcul se fait sur la base de mois entiers, le mois de la seconde inscription étant comptabilisé en faveur du premier médecin.

G) Le forfait annuel de prise en charge est versé trimestriellement, le premier trimestre débutant le 1er janvier de chaque année de l'année d'application.

H) Au 31 janvier suivant l'année d'application, la Régie transmet, à chacun des médecins, sur la base des inscriptions reçues au 31 décembre de l'année d'application, le nombre de ses patients vulnérables actifs pour chacun des quatre (4) groupes de vulnérabilité décrits au paragraphe 6.01 A) ci-dessus, selon le lieu de suivi habituel et le total des forfaits annuels auquel il a droit pour l'année qui débute.

Lors du versement trimestriel, la Régie transmet la liste des patients vulnérables actifs, le groupe de vulnérabilité auquel chacun appartient, le lieu de suivi habituel ainsi que le taux de majoration appliqué selon les dispositions du paragraphe 6.01 C) ci-dessus.

6.02 Tarif de la visite pour patient vulnérable et forfait de responsabilité :

A) Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou de rémunération mixte qui exerce en cabinet ou à domicile, en CLSC, en GMF-U en établissement se prévaut des codes pour les services rendus à un patient vulnérable qu'il a inscrit.

Toutefois, pour des services rendus dans un des lieux paraissant à l'alinéa précédent, lorsqu'un examen physique est inclus dans un acte ou une chirurgie qui ne prévoit pas de tarif spécifique pour un patient vulnérable qu'il a inscrit, le médecin reçoit un forfait de responsabilité pour chaque service qui tient lieu d'examen effectué auprès d'un patient vulnérable. Un seul forfait de responsabilité est ainsi payable pour un patient lors d'une même séance. En GMF-U, l'examen physique ou mental effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte fait aussi l'objet de ce traitement. Dans ces mêmes lieux, le médecin reçoit aussi un forfait de responsabilité pour chaque intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Ce forfait est à compter du 1er septembre 2018 de 10,50 $ pour ces activités rattachées au cabinet et de 8,15 $ pour des activités rattachées à un CLSC ou un GMF-U rattaché à un établissement. À compter du 1er octobre 2019, ce forfait est respectivement de 10,60 $ pour ces activités rattachées au cabinet et de 8,25 $ pour des activités rattachées à un CLSC ou un GMF-U rattaché à un établissement.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation :*

*- **15169** pour le patient inscrit **en cabinet**;*

*- **15171** pour le patient **vu à domicile**, lorsque le lieu de suivi habituel est un **cabinet**;*

*- **15171** pour le patient inscrit et suivi **à domicile**.*

*La date de service pour le forfait de responsabilité doit être **la même** que celle de l'intervention clinique ou de la psychothérapie.*

B) Le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes (à l'exclusion de l'adhérent au mode de rémunération mixte) ou du tarif horaire et qui exerce dans un lieu de dispensation rattaché à un établissement et prévu au paragraphe 3.01 A) de la présente entente reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou service qui tient lieu d'examen effectué dans l'établissement auprès d'un patient vulnérable qu'il a inscrit. De plus, le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte reçoit un forfait de responsabilité pour chaque examen ou intervention clinique individuelle ou psychothérapie individuelle réclamée. Dans tous les cas, un seul forfait de responsabilité est ainsi payable pour un patient lors d'une même séance. Ce forfait est à compter du 1er septembre 2018 de 8,15 $ et à compter du 1er octobre 2019 de 8,25 $.

Il en est de même lorsque ce médecin se rend à domicile auprès d'un patient inscrit dans un des lieux de dispensation prévu à l'alinéa ci-dessus.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation :*

*- **15169** pour le patient inscrit **dans une installation d'un établissement**;*

*- **15170** pour le patient **vu à domicile**, lorsque le lieu de suivi habituel est une **installation d'un établissement**.*

*La date de service pour le forfait de responsabilité doit être **la même** que celle de l'intervention clinique ou de la psychothérapie.*

C) Le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité s'appliquant à chaque examen, visite ou intervention clinique ou psychothérapie peut être payé à un autre médecin que celui auprès duquel le patient est inscrit aux conditions suivantes (cf annexes IV et V) :

i) Le médecin fait partie du même groupe de médecins que celui qui a inscrit le patient et exerce dans un cabinet, un CLSC, une clinique réseau, un GMF-U adhérent à la Section II de l'Entente particulière relative au médecin enseignant, un GMF ou fait partie d'une équipe médicale en CLSC de soins intensifs à domicile (SIAD) désignée en vertu de la Lettre d'entente nº 336 et rend le service dans ce même site de pratique. Le site de pratique est défini comme étant un emplacement situé à la même adresse civique.

AVIS **:** *Voir le formulaire* Groupe de médecine de famille et pratique de groupe *(4060).*

Le médecin qui fait partie d'une équipe médicale SIAD n'a pas à remplir le formulaire 4060. Le comité paritaire en informera la RAMQ.

ii) Les médecins du groupe consentent à ce que le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin du groupe;

iii) Les médecins ne forment qu'un groupe par site de pratique;

Toutefois, dans le cas où un GMF ou un GMF-U partage un site avec des médecins qui ne font pas partie du GMF ou du GMF-U, les règles suivantes s'appliquent :

a) Lorsqu'un GMF est concerné, l'ensemble des médecins membres des deux groupes, qui consentent à ce que le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité puisse être facturé par tout médecin des deux groupes, peuvent former un seul groupe aux fins du partage du tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité;

À défaut, les médecins du GMF et ceux non-GMF mentionnés à l'alinéa précédent peuvent au plus former deux groupes. Le premier est constitué des médecins du GMF. Le second peut inclure tous les médecins du même site de pratique qui souhaitent en faire partie, y compris ceux du GMF;

b) Lorsqu'un GMF-U en établissement est concernée, les médecins du GMF-U doivent former un groupe distinct afin que les dispositions des sous-paragraphes 4.05 et 6.01 D) ci-dessus puissent s'appliquer. Un second groupe peut également être formé de médecins qui font ou non partie de ce GMF-U;

iv) Seuls les patients inscrits au site en cause donnent lieu à la facturation du tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité par un des médecins du groupe de ce site.

Toutefois, le GMF ou le GMF-U qui comprend plusieurs sites de dispensation de services peut former autant de groupes de médecins qu'il y a de sites et tous les médecins peuvent faire partie de chacun des groupes. Le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité peut être partagé même si le site d'inscription n'est pas le site de dispensation du service pourvu que le médecin du GMF ou du GMF-U fasse partie du groupe formé à ce site de dispensation du service;

v) Le médecin du groupe qui facture le tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité, doit :

a) Avoir accès au dossier du patient s'il le juge nécessaire;

b) S'assurer que, suite à la visite du patient, sa note d'examen soit insérée au dossier médical de ce dernier afin que le médecin auprès duquel le patient est inscrit puisse la consulter en temps opportun;

c) Avoir une pratique de prise en charge et de suivi de patients vulnérables au même site de pratique sous réserve du deuxième alinéa du sous-paragraphe 6.02 C) iv). Le médecin dont la pratique s'oriente davantage vers le suivi d'une clientèle en obstétrique ou le suivi des enfants âgés de 0 à 5 ans, de même que le nouveau médecin facturant ou celui qui est en processus de développement de clientèle répond à cette condition;

vi) Un code unique identifiant le site de pratique est utilisé par tous les médecins du groupe formé à ce site, qu'ils exercent en cabinet, en CLSC, en GMF ou en GMF-U, pour la réclamation des tarifs de la visite prévus pour le patient vulnérable ou, selon le cas, des forfaits de responsabilité;

vii) Les noms des médecins ayant consenti à faire partie d'un groupe ainsi que le nom du médecin responsable du groupe, soit le chef de le GMF-U ou le médecin responsable du GMF, de même que le nom du médecin contact du cabinet ou du CLSC, sont transmis, avec leur autorisation et leur numéro de pratique, à la Régie par le médecin responsable ou par le médecin contact, le cas échéant;

Dans le cas de le GMF-U ou du GMF qui comporte plus d'un site de dispensation de services, le médecin responsable informe la Régie des sites en cause, du nom des médecins formant le groupe à chacun des sites ainsi que de leur numéro de pratique;

viii) Le comité paritaire peut accorder une dérogation aux médecins qui ne répondent pas à certaines des conditions décrites ci-dessus et les reconnaître comme groupe aux fins du présent article. Il en avise alors la Régie ainsi que des modalités spécifiques s'appliquant à leur cas.

SECTION III : PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE CERTAINES CLIENTÈLES OBSTÉTRICALES ET PÉDIATRIQUES

7.00 CLIENTÈLES OBSTÉTRICALES

7.01 Examen de prise en charge de grossesse : cet examen comporte tous les éléments de l'examen complet majeur pertinents à l'évaluation et à la prise en charge de la patiente enceinte ainsi que le complètement du formulaire prescrit par le Collège des médecins du Québec ou en usage dans un établissement. Il est rémunéré selon les modalités suivantes :

A) Le médecin prend en charge et fait le suivi de grossesse en clinique externe d'un CHSGS où il détient ses privilèges en obstétrique. Il est alors rémunéré selon le mode de l'acte.

Toutefois, si ce médecin exerce dans une clinique externe non reconnue en vertu des dispositions du paragraphe 3.01 A), la rémunération de la prise en charge et du suivi de grossesse faits dans cette clinique externe ne lui donne pas le droit d'y inscrire la patiente enceinte.

B) Un seul examen de prise en charge de grossesse ou de visite de prise en charge de grossesse par grossesse est payable à un médecin.

Dans le cas où le médecin qui a effectué la prise en charge de la grossesse transfère la femme enceinte à un autre médecin en vue de l'accouchement, ce médecin peut, le cas échéant, réclamer l'examen de prise en charge de grossesse ou la visite de prise en charge de grossesse;

AVIS **:** *Se référer aux instructions de facturation du paragraphe 2.2.6 A 10) du Préambule général.*

C) À l'égard d'une patiente, depuis le début de sa grossesse, le médecin qui réclame cet examen ne peut pas par la suite durant l'année civile se prévaloir de la visite de prise en charge de grossesse, de la visite de prise en charge ou de la visite périodique d'un patient vulnérable;

D) Le tarif de l'examen de prise en charge de grossesse est à compter du 1er septembre 2018 de 66,05 $ et à compter du 1er octobre 2019 de 66,70 $.

AVIS **:** *Utiliser :*

*- le code de facturation **00059**;*

- le secteur d'activité Clinique externe.

Inscrire la date des dernières menstruations.

S'il y a lieu, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.

Seul le médecin rémunéré exclusivement à l'acte peut facturer l'examen de prise en charge de grossesse.

7.02 Suppléments à l'examen de prise en charge et aux examens de suivi de grossesse

A) Un supplément au premier examen fait lors de la prise en charge de grossesse (intervention clinique, examen complet ou examen de prise en charge de grossesse) est accordé lorsque cette intervention ou cet examen est fait au cours du premier trimestre de la grossesse de la patiente. Ce supplément est à compter du 1er septembre 2018 de 46,95 $ en cabinet ou à domicile et de 35,25 $ en établissement. À compter du 1er octobre 2019, il est respectivement de 47,40 $ en cabinet ou à domicile et de 35,60 $ en établissement.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **15159** et inscrire la date des dernières menstruations.*

*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'intervention clinique, de l'examen complet ou de l'examen de prise en charge de grossesse.*

Il est payable dans la mesure où la patiente n'a pas, à une date antérieure, fait l'objet d'une visite de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre ou d'un examen ou d'une intervention clinique ayant donné lieu au paiement d'un supplément de prise en charge de grossesse durant le premier trimestre pour la même grossesse. Dans le cas où un médecin réfère une patiente à un second médecin au cours du premier trimestre de sa grossesse pour en assurer le suivi, le supplément est payable au médecin auquel la patiente a été référée.

AVIS **:** *S'il y a lieu, indiquer le numéro de professionnel (1XXXXX ou 6XXXXX) du médecin qui a demandé le service ou son prénom, son nom et sa profession.*

B) Un supplément s'ajoute également à l'intervention clinique individuelle et à l'examen faits dans le cadre d'un suivi de grossesse. Il est à compter du 1er septembre 2018 de 11,30 $ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 8,85 $ lorsque le médecin exerce en établissement. À compter du 1er octobre 2019, il est respectivement de 11,40 $ lorsque le médecin exerce en cabinet ou à domicile et de 8,95 $ lorsque le médecin exerce en établissement.

AVIS **:** *Utiliser l'un des codes de facturation suivants :*

*- **15144** en **cabinet** ou **à domicile**;*

*- **15145** en **établissement**.*

*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'intervention clinique ou de l'examen fait lors du suivi de grossesse.*

Ces suppléments peuvent être facturés par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, la visite de prise en charge de grossesse, la visite de suivi de grossesse, l'intervention clinique à l'occasion d'un suivi de grossesse, l'examen de prise en charge de grossesse ou l'examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse demeure rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas. Ces suppléments peuvent également être facturés en GMF-U durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte

Seul le supplément de suivi de grossesse peut être réclamé par un médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte lorsqu'il réclame l'intervention clinique individuelle.

Ces suppléments peuvent être facturés même si le médecin ne détient pas de privilèges en obstétrique. Lorsque le médecin ne prévoit pas effectuer lui-même l'accouchement de la patiente enceinte, une entente doit avoir été conclue avec un autre médecin qui exerce en obstétrique afin d'assurer le suivi lorsque requis ainsi que l'accouchement de la patiente.

7.03 Supplément pour prise en charge temporaire :

Au bénéfice du médecin qui détient des privilèges en obstétrique et assume temporairement le suivi d'une cliente enceinte sans devenir son médecin de famille, un supplément est accordé pour cette prise en charge temporaire et le suivi de grossesse dans la mesure où celle-ci s'effectue dans un lieu prévu au paragraphe 3.01 A) ci-dessus. Le montant de ce supplément au 1er septembre 2018 est de 11,75 $ si le lieu de suivi est en cabinet et de 8,85 $ si le lieu de suivi est en établissement. À compter du 1er octobre 2019, il est respectivement de 11,85 $ si le lieu de suivi est en cabinet et de 8,95 $ si le lieu de suivi est en établissement. Si le médecin est membre d'un GMF et qu'il y assume temporairement le suivi d'une patiente inscrite auprès d'un autre médecin membre du même GMF, s'ajoute à ce supplément au 1er septembre 2018 un montant de 9,25 $ et à compter du 1er octobre 2019, un montant de 9,35 $.

AVIS **:** *Le supplément peut être facturé même si la patiente **n'est pas inscrite** auprès d'un médecin de famille. Utiliser le code de facturation **15189**.*
Inscrire la date des dernières menstruations.
*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'examen de prise en charge de grossesse, de la visite de prise en charge de grossesse ou de l'intervention clinique.*

AVIS **:** *Le médecin **membre du GMF** peut utiliser le code de facturation **19074** en plus du code de facturation **15189** si la patiente est inscrite auprès d'un autre médecin du même GMF.*

Inscrire la date des dernières menstruations.

*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'examen de prise en charge de grossesse, de la visite de prise en charge de grossesse ou de l'intervention clinique.*

Lorsque la prise en charge temporaire est faite uniquement à domicile, utiliser le numéro du lieu de dispensation où les activités GMF sont effectuées.

Ce supplément n'est payable qu'une seule fois par grossesse de la cliente. Il est facturé lors de l'examen fait au moment de la prise en charge effective de la grossesse par le médecin, qu'il soit rémunéré selon le mode de l'acte, des honoraires fixes ou du tarif horaire.

Ce supplément ne peut être facturé par le médecin auprès duquel la cliente est déjà inscrite. Il tient lieu d'inscription temporaire et est comptabilisé comme inscription aux fins des dispositions de la section VII de la présente entente particulière. Le formulaire d'inscription ne doit pas être rempli.

8.00 CLIENTÈLES PÉDIATRIQUES

8.01 Supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans : le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire et qui fait un examen périodique auprès d'un enfant âgé de 0 à 5 ans qu'il a inscrit selon les dispositions de la présente entente reçoit un supplément à chaque examen périodique. Ce médecin ne peut, toutefois, facturer l'examen selon le mode de l'acte. Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte qui se prévaut de l'intervention clinique individuelle lors de pareil examen reçoit aussi un supplément.

En GMF-U, l'examen périodique effectué durant la période visée par l'acte d'intervention de supervision réclamé par le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte donne aussi ouverture au supplément pour chaque examen périodique.
Dans les deux cas, les modalités suivantes s'appliquent:

A) Le montant au 1er septembre 2018 du supplément est de 16,90 $ en cabinet ou à domicile et de 13,20 $ en établissement. Au 1er octobre 2019, il est respectivement de 17,05 $ en cabinet ou à domicile et de 13,35 $ en établissement;

Le supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans peut être facturé en établissement par le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire. Ce médecin ne peut, toutefois, facturer l'examen selon le mode de l'acte.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **08877**. La date de service pour la facturation du supplément doit être la même que celle de l'intervention clinique.*
Voir le formulaire Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096).*

B) Le médecin doit répondre aux exigences de l'ABCdaire du suivi de l'enfant âgé de 0 à 5 ans;

C) Le nombre d'examens périodiques et d'interventions cliniques individuelles admissibles au supplément prévu au présent paragraphe se répartit comme suit :

- entre 0 et 21 mois: huit (8) visites
- entre 22 et 63 mois: une (1) visite par année civile.

En plus des examens périodiques et des interventions cliniques individuelles admissibles réclamés, sont assimilés à des examens périodiques admissibles pour les fins de calcul du nombre d'examens, la visite de prise en charge, la visite périodique pédiatrique.

SECTION IV : MESURES FAVORISANT LA COORDINATION ENTRE LES MÉDECINS ET LE CISSS ou, selon le cas, le CIUSSS

9.00 Prise en charge prioritaire de certaines clientèles : de façon à faciliter ou favoriser la prise en charge et le suivi de certaines clientèles, par l'entremise du médecin coordonnateur local au besoin, un médecin peut se prévaloir de la mesure suivante :

Congé en établissement

Le médecin qui complète la feuille sommaire liée au départ d'un patient en temps opportun, au plus tard avant la fin de la journée suivant le départ de ce dernier, reçoit un forfait au montant de 35,20 $ au 1er septembre 2018 et de 35,55 $ au 1er octobre 2019.

Ce forfait peut être facturé selon le mode de l'acte par le médecin rémunéré selon les modes des honoraires fixes ou du tarif horaire. Pour ces médecins, l'examen du patient donnant lieu à la facturation du congé demeure rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire, selon le cas.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, le patient doit, immédiatement avant son congé, être admis en soins de courte durée dans un des secteurs d'activités suivants d'une installation d'un établissement, installation opérant un centre hospitalier :

- Unité de soins gériatriques;

- Unité de soins généraux et spécialisés;
- Unité de soins intensifs;
- Unité de soins coronariens;
- Département de psychiatrie;
- Unité de soins palliatifs;
- Unité de décision clinique.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **15158**.*

Préciser le secteur d'activité :

- **Unité de soins gériatriques**;
- **Unité de soins généraux et spécialisés**;
- **Unité de soins intensifs**;
- **Unité de soins coronariens**;
- **Département de psychiatrie**;
- **Unité de soins palliatifs**;
- **Unité de décision clinique**.

Avec le secteur d'activité **Unité de décision clinique***, indiquer la date d'entrée et de sortie du patient hospitalisé.*

AVIS **:** *Pour le lieu de dispensation, indiquer :*

- le numéro de l'établissement ou de l'installation où se trouve le patient au moment d'obtenir son congé;

- le secteur d'activité où il se trouve avant d'être transféré;

Pour le lieu en référence, indiquer :

*- la situation **Lieu du transfert du patient**;*

- le lieu (numéro de l'établissement ou de l'installation ou information sur le domicile) où le patient est transféré;

- le secteur d'activité où il est transféré, si c'est en établissement ou en installation.

À son départ, le patient doit être dirigé à domicile, en services de réadaptation, en soins palliatifs ou en soins de longue durée dispensés dans un autre établissement fusionné ou non fusionné ou dans une autre installation de l'établissement de départ.

Lorsqu'un patient fait l'objet d'un suivi par plus d'un médecin, le médecin qui réclame le forfait doit être le principal responsable de l'organisation du congé du patient. Le fait que certains résultats ne soient pas disponibles lors du congé n'empêche pas le médecin de réclamer le forfait, dans la mesure où il s'assure que les informations pertinentes soient ultérieurement consignées sur la feuille sommaire.

Sont exclus de l'application du présent forfait le congé donné à la suite d'un accouchement vaginal ou par césarienne, le congé du nouveau-né de la pouponnière de même que le congé du patient pour lequel un constat de décès doit être complété.

SECTION V : MODALITÉS RELATIVES À LA CESSATION DE PRATIQUE OU À LA MODIFICATION DE PRATIQUE

10.00 MODALITÉS APPLICABLES AU FORFAIT D'INSCRIPTION

10.01 Le forfait d'inscription n'est pas versé au médecin pour la période où, au sens des articles 11.00 ou 12.00 ci-dessous, selon le cas, il cesse de pratiquer ou il modifie sa pratique pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le forfait d'inscription est versé au prorata des mois précédant la date de début de la période en cause ou suivant la date de reprise des activités, sous réserve des dispositions du paragraphe 4.05 ci-dessus. Le mois de la date effective de début est inclus dans le calcul du prorata alors que le mois de la date de reprise des activités professionnelles en est exclu.

Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la période en cause ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles.

Dans le cas du médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes et qui se prévaut des modalités d'invalidité de ce mode, la date de reprise des activités professionnelles est la plus hâtive des circonstances suivantes : la fin de son invalidité selon le mode des honoraires fixes, la date de début de son retour progressif ou de sa réadaptation selon ce mode, ou la date de début d'activités en première ligne selon un autre mode de rémunération.

AVIS **:** *Le médecin qui reçoit toute autre rémunération pendant sa période d'invalidité doit en aviser la RAMQ. Remplir le formulaire* Avis d'un médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes en période d'invalidité – Poursuite des activités en première ligne – Annexe VI *(4543) et le transmettre :*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 646-8110

11.00 MODALITÉS APPLICABLES AU FORFAIT ANNUEL DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE CESSATION DE PRATIQUE

11.01 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin qui a cessé d'exercer sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie pour plus de treize (13) semaines consécutives. Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la prise de congé ainsi que de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie. Le paiement cesse le mois suivant le début de la cessation de la pratique du médecin.

À compter de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date du premier examen, de la première visite ou de la première intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2e alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

Aux fins de la présente disposition, durant la période de cessation des activités du médecin, la rémunération versée au médecin pour des activités de ressourcement, de formation médicale ou de perfectionnement n'est pas considérée comme constituant de la pratique au sein du régime d'assurance maladie.

AVIS **:** *Le médecin doit faire parvenir une lettre à la RAMQ indiquant :*
- la raison de l'absence;
- la date de début de l'absence;
- la date de retour prévue.
Le médecin doit aviser la RAMQ de la date réelle de son retour dans les meilleurs délais.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

11.02 Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé au médecin durant toute la période où il cesse de détenir un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec. Le paiement cesse le mois suivant la date de la perte du permis d'exercice. À compter de la reprise de ses activités professionnelles, les modalités énoncées aux alinéas B), C), D) et E) du paragraphe 11.03 s'appliquent au versement du forfait annuel de prise en charge.

Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin le mois suivant la date à partir de laquelle il est considéré, aux termes de la Loi, comme un professionnel non-participant ou désengagé.

11.03 Dans le cas où le médecin qui cesse d'exercer sa profession est en congé d'invalidité totale pour plus de treize (13) semaines, en congé de maternité ou d'adoption, les modalités de rémunération relativement au paiement du forfait annuel sont les suivantes;

AVIS **:** *Le médecin doit faire parvenir une lettre à la RAMQ en indiquant :*
- la raison de l'absence;
- la date de début de l'absence;
- la date de retour prévue.
Le médecin doit aviser la RAMQ de la date réelle de son retour dans les meilleurs délais. Si l'absence est en raison d'un congé d'invalidité, il doit joindre un certificat d'arrêt de travail signé par le médecin traitant.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

A) Le forfait annuel de prise en charge cesse d'être payé au médecin durant la période de la prise de congé de maternité, d'adoption ou durant la période de congé d'invalidité totale. Ce paiement cesse le premier du mois de la date effective de la prise de congé.

Le médecin doit informer la Régie de la date effective du début de la prise de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité totale ainsi que de la date effective de la reprise de ses activités professionnelles dans le cadre du régime d'assurance maladie.

B) À compter du premier du mois de la reprise de ses activités professionnelles, pour la partie de l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit, le forfait annuel de prise en charge est payé au médecin pour le patient qui n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin et qui répond à une des situations suivantes :

i) il est inscrit auprès de ce médecin et est actif au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus au 1er janvier de la même année civile que celle de la date de la prise de congé;

ii) il s'est inscrit auprès de ce médecin au cours de la même année civile que celle de la date de prise de congé ou que celle du retour de congé, étant entendu que l'inscription d'un patient doit coïncider avec la date d'un examen, d'une visite ou d'une intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès de ce patient tel que stipulé au paragraphe 4.04 de la présente entente.

iii) dans le cas du médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes et qui se prévaut des modalités d'invalidité de ce mode, la date de reprise des activités professionnelles est la plus hâtive des circonstances suivantes : la fin de son invalidité selon le mode des honoraires fixes, la date de début de son retour progressif ou de sa réadaptation selon ce mode, ou la date de début d'activités en première ligne selon un autre mode de rémunération.

***AVIS* :** *Le médecin qui reçoit toute autre rémunération pendant sa période d'invalidité doit en aviser la RAMQ. Remplir le formulaire* Avis d'un médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes en période d'invalidité – Poursuite des activités en première ligne – Annexe VI *(4543) et le transmettre :*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur
418 646-8110

C) La prise de l'un des congés visés par la présente disposition ne doit pas excéder vingt-quatre (24) mois. Dans le cas où le congé excède vingt-quatre (24) mois, les dispositions du paragraphe 11.01 s'appliquent.

D) Pour l'année civile qui reste à écouler et pour l'année civile qui suit la date de la reprise des activités professionnelles du médecin, la rémunération du médecin qui compte le 1er janvier de l'année de la prise de congé au moins deux cents (200) patients inscrits vulnérables et actifs au sens du paragraphe 6.01 D) ci-dessus et/ou enfants de moins de 63 mois inscrits et visés par le paragraphe 8.01 de la présente entente, est réputée être sujette à l'application du paragraphe 5.3 1) de l'annexe IX de l'entente générale même si le nombre de patients inscrits est inférieur à 200 patients au 1er janvier de chaque année en cause.

E) Sauf dans le cas où il existe dans le milieu de pratique du médecin un groupe au sens du sous-paragraphe C) du paragraphe 6.02, au moment où le médecin signifie à la Régie la date effective de début du congé, il peut lui transmettre le ou les nom (s) des médecins qui accepte(nt) de prendre en charge ses patients vulnérables inscrits pendant la durée de son congé. Le ou les médecin(s) peut ou peuvent se prévaloir des dispositions relatives au tarif prévu pour le patient vulnérable ou, selon le cas, forfait de responsabilité apparaissant au paragraphe 6.02 ci-dessus à compter de la date de début précisé pour la prise en charge le ou les concernant à la Régie. Advenant que le médecin en congé reprenne ses activités professionnelles au cours des treize (13) premières semaines suivant la date de son départ, le ou les médecin (s) ayant pris charge durant cette période des patients vulnérables inscrits auprès du médecin en congé peut ou peuvent se prévaloir des bénéfices de la présente disposition (cf annexe VI).

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Avis d'absence et de prise en charge temporaires – Paiement du tarif de la visite pour patient vulnérable ou du forfait de responsabilité *(4072)*.

11.04 Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, pour cause, selon les modalités qu'il fixe, permettre, à un médecin qui ne répond pas aux conditions énoncées au premier alinéa du paragraphe 11.03, de bénéficier des modalités qui sont spécifiées par cette disposition.

12.00 MODALITÉS APPLICABLES AU FORFAIT D'INSCRIPTION ET AU FORFAIT ANNUEL DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE MODIFICATION DE LA PRATIQUE

12.01 Le médecin qui modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure de continuer à assurer la prise en charge et le suivi de la plupart de ses patients inscrits au moment de cette modification doit en aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant cette modification. Ces patients cessent d'être inscrits à ce médecin à la date de la modification du lieu de pratique sauf pour ceux pour lesquels le médecin indique à la Régie qu'il croit pouvoir continuer à assurer la prise en charge et le suivi. Il informe alors la Régie du nouveau lieu de suivi de ces patients.

AVIS **:** *Vous devez faire parvenir à la Régie les informations demandées ci-dessus par lettre ou utiliser le formulaire* Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF *(4094)*.

12.02 Le médecin qui, pour une période de plus de treize (13) semaines, modifie son profil de pratique pour exercer dans un secteur d'activités autre que celui de la médecine de famille, de prise en charge et de suivi et qui, conséquemment, n'est plus en mesure d'assurer le suivi de la plupart de ses patients pendant cette période doit également en aviser la Régie. Dans ce cas, les dispositions suivantes s'appliquent :

Le forfait annuel de prise en charge n'est pas payé à ce médecin pour la période en cause. Le paiement cesse le mois suivant le début de la modification de la pratique du médecin;

Le médecin doit aviser la Régie de la date effective du début de la modification de sa pratique ainsi que, s'il y a lieu, de la date probable de la reprise de ses activités professionnelles dans cette pratique;

À compter de la reprise de ses activités dans la pratique de médecine de famille, de prise en charge et de suivi, le forfait annuel de prise en charge recommence à être payé à partir de la date du du premier examen, de la première visite ou de la première intervention clinique ou psychothérapie effectuée auprès du patient par son médecin tel que précisé au 2e alinéa du paragraphe 6.01 D) ci-dessus.

AVIS **:** *Le médecin doit faire parvenir une lettre à la RAMQ indiquant :*
- la raison de l'absence;
- la date de début de l'absence;
- la date de retour prévue.
Le médecin doit aviser la RAMQ de la date réelle de son retour dans les meilleurs délais.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

12.03 Le médecin de famille qui prend sa retraite doit en informer rapidement la Régie afin que sa clientèle soit désinscrite à la date prévue. Il en est de même pour le médecin qui diminue ses activités de prise en charge en vue de sa retraite prochaine. Pour la partie de sa clientèle dont il ne pourra plus assurer le suivi, il doit en informer rapidement la Régie afin que les patients qu'il a identifiés, soient désinscrits.

Cette obligation s'applique également au médecin qui ne peut plus assurer le suivi de sa clientèle pour les raisons suivantes : la non-participation au régime d'assurance maladie du Québec ou le désengagement, une invalidité totale à long terme, la radiation permanente ou l'abandon de la pratique.

AVIS **:** ***Pour le médecin pratiquant hors GMF***
Pour demander la fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de celles-ci que vous aurez spécifiées, vous devez remplir la section B du formulaire Modification de l'inscription auprès d'un médecin de famille pratiquant hors GMF *(4094), le signer et le faire parvenir à la RAMQ.*

Pour le médecin pratiquant en GMF
Pour demander la fermeture massive de vos inscriptions ou d'une partie de celles-ci que vous aurez spécifiées, vous devez faire parvenir une lettre à la RAMQ en précisant la date de la fermeture, le nom du GMF et le nom et le numéro du site concerné.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

12.04 La Régie procède à la désinscription de toute la clientèle inscrite du médecin qui n'a pas lui-même demandé cette désinscription dans les cas suivants :

i) le Collège des médecins du Québec (ci-après le Collège) a transmis un avis de retraite du médecin;

ii) sur réception de l'avis de décès ou dès que le Collège des médecins l'informe du décès du médecin;

iii) le Collège a transmis un avis de radiation permanente ou d'abandon de pratique concernant ce médecin;

iv) le médecin a transmis un avis de non-participation ou de désengagement.

13.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES À LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SANS MÉDECIN DE FAMILLE

13.01 À compter du 1er novembre 2015, un supplément de 300,00 $ en cabinet privé et de 248,95 $ en CLSC, en GMF-U en établissement et à compter du 1er septembre 2018, de 310,65 $ en cabinet privé et de 257,80 $ en CLSC, en GMF-U en établissement, associé à la catégorie de patients très vulnérables peut être accordé, lorsque le patient est attribué par le guichet d'accès à un médecin de famille, et ce, à la condition que le patient alors attribué présente un ou des problèmes de santé ci-après décrits :

le patient présente un des problèmes décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 ou 5.01 A) 2 de la présente entente avec un des problèmes décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 4;
le patient présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de le la présente entente particulière.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19960**.*
*La date de service du supplément doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

Un supplément visé par la présente disposition doit être facturé à la même date que le premier examen, la première visite ou la première intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient.

13.02 Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, la Régie récupère la totalité du supplément à l'examen ou visite de prise en charge et de suivi versé à la suite de l'inscription de ce patient si, dans les douze mois qui suivent la date d'inscription d'un patient :

i) le médecin de famille a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de la clientèle. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
ii) le médecin de famille modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits. Le médecin de famille doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix jours suivant la date de cette modification;
iii) le médecin de famille prend sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou une aggravation de son état de santé.

Ces patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin à compter de la date de la modification ou de la cessation de pratique.

13.03 Le guichet d'accès à un médecin de famille donne au médecin de famille prêt à prendre en charge le patient qu'il lui attribue, les informations suivantes :

- l'identification du patient;
- son numéro d'assurance maladie;
- les conditions de santé

Le guichet d'accès à un médecin de famille du RLSSS du CISSS ou, selon le cas, du CIUSSS doit conserver, en tout temps ces informations ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.

13.04 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin de famille, suite à une attribution du guichet d'accès à un médecin de famille depuis moins de douze (12) mois, s'adresse au médecin coordonnateur pour demander d'être admissible auprès d'un second médecin de famille pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin de famille, le médecin coordonnateur peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus. Le médecin coordonnateur avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du supplément réclamé par le premier médecin de famille.
Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille et qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin peut, dans le cas où ce médecin de famille n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au médecin coordonnateur pour demander d'être inscrit auprès d'un autre médecin de famille. Le médecin coordonnateur peut, alors, considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus. Il en va de même pour le patient qui change de lieu de résidence à une distance trop éloignée, selon le jugement du médecin coordonnateur, du lieu de pratique du médecin de famille auprès duquel il est inscrit.
13.05 Sur demande du coordonnateur médical ou, en ce qui concerne la radiation, sur avis du Collège des médecins,

a) la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus dans les cas suivants :
   i) le médecin de famille a abandonné la pratique ou fait l'objet d'une radiation permanente par le CMQ;
   ii) le médecin de famille auprès duquel elle est inscrite est en invalidité totale depuis plus de cent quatre (104) semaines;
   iii) le médecin de famille est à la retraite sans que la Régie en ait été avisée;
   iv) le médecin de famille est en congé de maternité ou d'adoption pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines;
   v) le médecin de famille déménage de son lieu de pratique à une distance trop éloignée, selon le coordonnateur médical local, pour maintenir l'accessibilité des services;
   vi) le médecin de famille est radié temporairement par le Collège pour une durée de plus de cent quatre (104) semaines.

b) la clientèle vulnérable inscrite d'un médecin devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus dans les cas suivants :
   i) le médecin de famille est en invalidité totale laquelle se prolonge depuis plus de 26 semaines ou aura une durée de plus de 26 semaines selon le jugement du coordonnateur médical local sur la base du diagnostic;
   ii) le médecin de famille fait l'objet d'une radiation temporaire par le CMQ quelle que soit la durée.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.
La Régie avise le médecin de famille que l'indicateur d'admissibilité de sa clientèle aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 apparaîtra à son registre des patients inscrits.
Le coordonnateur, ou le médecin de famille lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin.
Les réserves ci-dessus énoncées s'appliquent également au médecin de famille qui désinscrit un patient pour un motif autre que ceux apparaissant aux paragraphes 12.01, 12.03, 12.04, 13.05 et 13.06 et qui le réinscrit ultérieurement.

AVIS **:** *Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé (Gestion de l'indicateur).

Pour informer la Régie de son retour à la pratique, le médecin doit remplir le formulaire Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille *(4205)*.

13.06 Sur demande du médecin de famille lui-même auprès de la RAMQ et/ou de son coordonnateur de guichet, sa clientèle devient admissible aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 dans les cas suivants :

i) le médecin de famille prend totalement sa retraite à une date connue, celle-ci au plus tard 24 mois suivant sa demande;
ii) le médecin de famille est en invalidité partielle pour une période suffisamment importante;
iii) le médecin de famille réoriente graduellement ou partiellement sa pratique vers une pratique autre qu'en première ligne.

Tant qu'il n'est pas inscrit auprès d'un autre médecin de famille, le patient demeure inscrit auprès de son médecin de famille et les dispositions des paragraphes 11.00 et 12.00 ci-dessus s'appliquent.
La Régie indique à son registre des patients inscrits que les patients du médecin de famille concerné sont admissibles aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus.
Le coordonnateur, ou le médecin de famille lui-même, informe la Régie du retour en pratique du médecin.

AVIS **:** *Le médecin doit remplir le formulaire* Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille *(4205)*.

Le coordonnateur peut informer la Régie par le service en ligne Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *(Gestion de l'indicateur)*.

13.07 Le médecin de famille visé par un des paragraphes 12.03, 12.04, 13.05 et 13.06 et qui revient à sa pratique initiale peut réinscrire un ancien patient précédemment inscrit à son nom et qui a fait l'objet d'une procédure de désinscription postérieurement au 1er novembre 2011 ou d'une procédure d'admissibilité aux fins du versement du supplément prévu au paragraphe 4.12 et au paragraphe 13.01 deuxième alinéa ci-dessus selon les dispositions des paragraphes ci-dessus. Toutefois, les réserves suivantes s'appliquent :

le médecin de famille ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions relatives au rétablissement d'inscription prévues au paragraphe 4.07 de la présente entente;
il ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions du paragraphe 4.12 et du paragraphe 13.01 avant une période de six (6) ans à compter de la date de la désinscription ou de la procédure d'admissibilité.

SECTION VI : AUTRES MESURES DE COMPENSATION OU D'EFFICIENCE

14.00 FRAIS DE CABINET

14.01 Au bénéfice du médecin qui assure la prise en charge de sa clientèle en cabinet et en assure le suivi en cabinet ou à domicile, les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le médecin qui, dans le cadre de sa pratique visée au présent paragraphe, dispense des services à des patients inscrits auprès de lui-même ou auprès des médecins de son groupe au sens du paragraphe 6.02 C) de la présente entente, peut se prévaloir des modalités de compensation pour les frais de cabinet suivantes :

i) un montant de 32,10 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 32,40 $ à compter du 1er octobre 2019 est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à au moins six (6) patients inscrits;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19928**.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro du cabinet ou, s'il y a lieu, le type de lieu « cabinet » si le lieu où les services sont rendus s'indique par un code de localité ou un code postal.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
La compensation des frais de cabinet doit être demandée sur une facture différente de celle pour les services rendus à un patient inscrit.

ii) un montant de 64,20 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 64,80 $ à compter du 1er octobre 2019 est réclamé s'il dispense, dans une journée, des services à douze (12) patients inscrits ou plus;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19929**.*
Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro du cabinet ou, s'il y a lieu, le type de lieu « cabinet » si le lieu où les services sont rendus s'indique par un code de localité ou un code postal.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
La compensation des frais de cabinet doit être demandée sur une facture différente de celle pour les services rendus à un patient inscrit.

b) un maximum de 64,20 $ à compter du 1er septembre 2018 et de 64,80 $ à compter du 1er octobre 2019 peut être réclamé par journée;

c) les montants réclamés en vertu du présent paragraphe ne sont pas sujets à l'application des dispositions des annexes XII, XII-A et XX;

Le médecin ou un regroupement de médecins dont la pratique n'est pas basée sur la prise en charge des patients, et donc sur leur inscription, peut s'adresser au comité paritaire pour faire évaluer sa ou leur situation. Dans le cas où le comité paritaire juge la pratique du médecin ou du regroupement de médecins essentielle, il détermine le critère spécifique à la pratique en cause, critère qui permettra au médecin ou à chacun des médecins du regroupement de se prévaloir des modalités de compensation de frais de cabinet prévus ci-dessus. Le comité paritaire informe la Régie du nom du médecin ou du regroupement de médecins ainsi que du critère retenu.

AVIS **:** *Lorsque les services sont rendus au sans rendez-vous le même jour, utiliser le code de facturation :*

*- **19928** pour les services rendus à au moins 10 patients;*

*- **19929** pour les services rendus à au moins 20 patients.*

Pour le lieu de dispensation, indiquer le numéro du cabinet ou, s'il y a lieu, le type de lieu « cabinet » si le lieu où les services sont rendus s'indique par un code de localité ou un code postal.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

GMF

Pour le médecin membre du GMF et pour le médecin non membre qui fait partie d'un groupe de pratique mixte, utiliser l'élément de contexte **GMF – Service sans rendez-vous**.

Clinique réseau

Lorsque le site du GMF est reconnu comme lieu physique unique d'une clinique réseau et que le médecin assure la garde dans la partie réservée au sans rendez-vous, utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – Clinique réseau**.

GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)

Lorsque le site du GMF est reconnu comme lieu physique unique d'un GMF désigné accès-réseau et que le médecin assure la garde dans la partie réservée au sans rendez-vous, utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.

La compensation des frais de cabinet doit être demandée sur une facture différente de celle pour les services rendus à un patient inscrit.

14.02 Pour une patiente qui n'est pas inscrite auprès du médecin qui le réclame, en cabinet, la visite de prise en charge de grossesse, la visite de suivi de grossesse, le supplément au premier examen lors de la prise en charge de grossesse et le supplément à l'examen dans le cadre d'un suivi de grossesse sont sujets à l'application du paragraphe 14.01 ci-dessus et selon les modalités qui y sont précisées.

15.00 SUPPLÉMENT AU VOLUME DE PATIENTS INSCRITS

15.01 Au bénéfice du médecin qui assure, au Québec, la prise en charge et le suivi de sa clientèle dans l'un des lieux prévus au paragraphe 3.01 A) de la présente entente et conditionnellement au respect des dispositions apparaissant aux paragraphes 15.02, 15.03 et 15.04 ci-dessous, sont accordés, par année civile et sur la base du nombre de patients inscrits actifs et du nombre de patients vulnérables inscrits actifs auprès du médecin le 31 décembre de l'année d'application, les suppléments suivants :

A) Au forfait d'inscription générale, s'ajoutent :

un supplément de 5,18 $ à compter du 1er janvier 2018 et de 5,23 $ à compter du 1er janvier 2019 pour chacun des patients inscrits au-delà de cinq cents (500) patients inscrits jusqu'à sept cent cinquante (750) patients inscrits;

un supplément de 10,36 $ à compter du 1er janvier 2018 et de 10,46 $ à compter du 1er janvier 2019 pour chacun des patients inscrits au-delà de sept cent cinquante (750) patients inscrits jusqu'à mille (1 000) patients inscrits;

un supplément de 15,53 $ à compter du 1er janvier 2018 et de 15,69 $ à compter du 1er janvier 2019 pour chacun des patients inscrits au-delà de mille (1 000) patients inscrits jusqu'à mille cinq cents (1 500) patients inscrits;

un supplément de 20,71 $ à compter du 1er janvier 2018 et de 20,92 $ à compter du 1er janvier 2019 pour chacun des patients inscrits au-delà de mille cinq cents (1 500) patients inscrits.

B) Au forfait annuel de prise en charge d'un patient vulnérable, s'ajoutent :

un supplément de 5,18 $ à compter du 1er janvier 2018 et de 5,23 $ à compter du 1er janvier 2019 pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de deux cents (200) patients vulnérables inscrits jusqu'à trois cents (300) patients vulnérables inscrits;

un supplément de 10,36 $ à compter du 1er janvier 2018 et de 10,46 $ à compter du 1er janvier 2019 pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de trois cents (300) patients vulnérables inscrits jusqu'à cinq cents (500) patients vulnérables inscrits;

un supplément de 15,53 $ à compter du 1er janvier 2018 et de 15,69 $ à compter du 1er janvier 2019 pour chacun des patients vulnérables inscrits au-delà de cinq cents (500) patients vulnérables inscrits.

Aux fins de l'application de la présente disposition, un médecin membre du programme GMF est réputé respecter son obligation relative au taux d'assiduité pour une année d'application donnée si l'avis du DRMG confirme que le manquement au respect du taux résulte du fait que le personnel n'a pas été affecté par le CISSS ou le CIUSSS.

15.02 Aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel d'inscription conformément aux dispositions du paragraphe 4.05 de la présente entente.

Aux fins de la comptabilisation du volume de patients vulnérables inscrits actifs, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel de prise en charge conformément aux dispositions du paragraphe 6.01 D) de la présente entente.

Dans les cas précités, lorsque plus d'un médecin reçoit pour un même patient le forfait annuel, ce patient est retenu au bénéfice du plus récent médecin auprès duquel il est inscrit.

15.03 Les suppléments prévus au paragraphe 15.01 sont versés comme suit :

À compter du 1er janvier 2017, le médecin qui a atteint un taux d'assiduité de 75 % ou plus, reçoit 100 % des suppléments prévus. Ce taux est augmenté à :

- 80 % le 1er janvier 2018.

15.04 Un comité paritaire est constitué et il est chargé d'exercer les mandats suivants :
a) Un comité paritaire est constitué pour assurer le suivi du taux d'assiduité identifié au paragraphe 15.03 de la présente entente :
Le comité paritaire effectue ce suivi annuellement en tenant compte de différents facteurs circonstanciels dont, notamment, le changement d'un taux de prise en charge vers un taux d'assiduité, le changement dans l'organisation des soins et dans le profil de pratique des médecins, l'accessibilité aux services médicaux sans rendez-vous, la mobilité intrarégionale et interrégionale des patients, du nombre de consultations effectuées par les patients du médecin dans un lieu situé à plus de 80 km du lieu d'inscription de ces patients ainsi du nombre de consultations effectuées dans un autre lieu par des patients dont la résidence se situe à plus de 40 km de leur lieu d'inscription.
Aux termes des travaux effectués dans le cadre du suivi, le comité paritaire fait rapport de la situation aux parties négociantes, en y incluant le cas échéant, ses recommandations. Pour une année d'application donnée, en cas de non-atteinte significative du taux d'assiduité, les parties peuvent apporter les correctifs appropriés lesquels tiennent compte des engagements et des objectifs prévus dans l'Entente de principe concernant l'accessibilité aux services de première ligne. Tout défaut d'entente avant le 31 octobre précédant l'année d'application en cause empêchera le taux d'assiduité de progresser, et ce, jusqu'à ce que les parties conviennent du juste taux applicable dans les circonstances.

b) examiner la situation d'un médecin qui n'a pas atteint le taux d'assiduité prévu dans la présente entente particulière pour une année d'application donnée et plus particulièrement :

- si le taux d'assiduité du médecin se situe à moins de 3 % de la cible convenue pour l'année d'application;
- si le manquement au taux d'assiduité résulte d'une situation particulière documentée par le médecin;

Le comité paritaire analyse la situation invoquée par le médecin et juge de la recevabilité de la demande sur la base des critères dûment convenus par les parties négociantes ainsi que sur la base des données pertinentes disponibles.
Après analyse de la demande du médecin, le comité paritaire peut apporter, le cas échéant, les correctifs qu'il juge approprié.

15.05

Dans le cas où le médecin n'atteint pas le taux d'assiduité lui permettant de recevoir 100 % des suppléments, l'échelle de progression suivante s'applique :

A) À partir du 1er janvier 2017 (taux 75 %) :

- taux d'assiduité de 65 % à 69 % : versement de 50 % des suppléments;
- taux d'assiduité de 70 % à 74 % : versement de 75 % des suppléments;

B) À partir du 1er janvier 2018 (taux 80 %) :

- taux d'assiduité de 70 % à 74 % : versement de 50 % des suppléments;
- taux d'assiduité de 75 % à 79 % : versement de 75 % des suppléments.

15.06

Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

1- Pour le médecin membre du programme GMF,
A) Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :

D'une part,

Le total des visites et consultations faites auprès de sa clientèle inscrite à un site GMF, GMF-R ou GMF-U, par lui-même, par un médecin qui fait partie du même groupe ou par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL). Pour un médecin pratiquant dans un GMF, son groupe comprend tout médecin faisant partie du même GMF et qui a adhéré au programme GMF ainsi qu'à l'entente particulière GMF. Pour que les visites et consultations réalisées par une IPS-SPL soient considérées, cette dernière doit les avoir effectuées dans un des sites du GMF, GMF-R, ou GMF-U et avoir conclu une entente de collaboration avec un ou des membres du groupe.

Pour le groupe, seuls les services dispensés à tous les sites de ce GMF en autant que le médecin fasse partie du groupe de médecins au sens du précédent alinéa du GMF en cause.

Le total des visites faites par un médecin faisant partie de l'équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) auprès des patients inscrits aux soins intensifs à domicile, par lui-même, par un médecin qui fait partie d'une même équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) sans égard au lieu d'inscription du patient.
L'ensemble des visites et consultations faites par lui-même auprès d'une clientèle inscrite et associées aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes doit informer la RAMQ de toute visite ou consultation effectuée en l'inscrivant au registre des consultations afin qu'elle soit comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité.*

Et d'autre part,

Le total des visites et consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipraticien (incluant le médecin et son groupe et l'équipe médicale SIAD) ou par une ISP-SPL en cabinet, à domicile, en CLSC, en GMF-U, en clinique réseau (CR), en GMF, en GMF-R, au service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde sous réserve des dispositions paraissant au sous-paragraphe B) ci-dessous.

B) N'est pas comptabilisé dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation
i) fait dans un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde,
a) auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3;
b) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service d'urgence lors du même séjour au service d'urgence;
c) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins;
d) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 référé au service d'urgence par un médecin;
e) les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie indiqué après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
f) toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le GMF;
ii) fait par un médecin qui exerce dans un GMF autre que celui du médecin qui a inscrit le patient si les deux GMF en cause sont liés par une entente de services.
iii) fait par un médecin qui exerce dans un GMF-R ainsi que le GMF du médecin qui a inscrit le patient si ce GMF-R et ce GMF sont liés par une entente de services et que les ententes de services entre ce GMF-R et les GMF de son territoire couvrent, au total, moins de 18 000 patients inscrits en excluant le total des patients inscrits du GMF-R. Le comité paritaire MSSS-FMOQ peut, toutefois, accorder une dérogation lorsque le GMF en cause démontre qu'une entente de services ne peut être conclue avec un autre GMF de son territoire.
iv) fait par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associé aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.
v) les visites de prise en charge d'un problème musculo-squelettique, de suivi d'un problème musculo-squelettique et d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion.

vi) l'ensemble des visites faites par un médecin membre de l'équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) auprès des patients inscrits aux soins intensifs à domicile mais inscrits à un médecin qui n'est pas membre d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile.

vii) les visites dans un centre de périnatalité sociale désigné par les parties
2- Pour le médecin non-membre du programme GMF,
A) Le taux d'assiduité d'un médecin est défini comme étant le rapport entre :
D'une part,

Le total des visites et consultations faites auprès de sa clientèle inscrite par lui-même, par le médecin de son groupe au sens du paragraphe 6.02 C) ou du paragraphe 11.03 E) de la présente entente au lieu de l'inscription du patient ou par une IPS dont il est médecin collaborateur.

Le total des visites faites par un médecin faisant partie de l'équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) auprès des patients inscrits aux soins intensifs à domicile, par lui-même, par un médecin qui fait partie d'une même équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) sans égard au lieu d'inscription du patient.
L'ensemble des visites et consultations faites par lui-même auprès d'une clientèle inscrite et associées aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

AVIS **:** *Le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes doit informer la RAMQ de toute visite ou consultation effectuée en l'inscrivant au registre des consultations afin qu'elle soit comptabilisée dans le calcul du taux d'assiduité.*

Et d'autre part,
Le total des visites et consultations faites auprès de cette même clientèle inscrite par tout médecin omnipraticien (incluant le médecin et son groupe et l'équipe médicale SIAD) ou par une IPS-SPL en cabinet, à domicile, en CLSC, en GMF-U, en clinique réseau (CR), en GMF, en GMF-R, au service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde sous réserve des dispositions paraissant au sous-paragraphe B) ci-dessous.

B) N'est pas comptabilisé dans le calcul du taux d'assiduité, la visite ou la consultation
i) fait dans un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde,
a) auprès d'un patient de catégorie P1, P2 ou P3;
b) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 admis après avoir été vu par le médecin du service d'urgence lors du même séjour au service d'urgence;
c) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 vu en suivi lors d'une seconde visite au service d'urgence dans le cadre du même épisode de soins;
d) auprès d'un patient de catégorie P4 ou P5 référé au service d'urgence par un médecin;
e) les visites de patients au service d'urgence d'un établissement dont le code d'autonomie indiqué après le triage est celui d'un patient amené pour constatation de décès;
f) toute visite d'un patient auprès du médecin auquel il est inscrit, mais dont le lieu de la visite est autre que le lieu d'inscription du patient.
ii) fait par un médecin autre que celui qui a inscrit la patiente et associé aux codes de facturation de prise en charge et de suivi de grossesse.

iii) les visites de prise en charge d'un problème musculo-squelettique, de suivi d'un problème musculo-squelettique et d'évaluation d'un problème musculo-squelettique pour donner une opinion.

iv) l'ensemble des visites faites par un médecin membre de l'équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) auprès des patients inscrits aux soins intensifs à domicile mais inscrits à un médecin qui n'est pas membre d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile.

v) les visites dans un centre de périnatalité sociale désigné par les parties
Dans le cas du médecin qui se prévaut des dispositions relatives à la prise en charge temporaire en obstétrique au sens du paragraphe 7.03 de la présente ententeou des dispositions de la Lettre d'entente n° 336, le taux d'assiduité ne prend en compte que les patients inscrits selon les dispositions relatives à l'inscription générale. Le nombre de patientes enceintes prises en charge temporairement est, cependant, considéré dans le calcul du volume de patients inscrits aux fins de l'octroi des suppléments selon les dispositions du paragraphe 15.01 A) ci-dessus.

AVIS **:** *Sont considérées pour le calcul du taux d'assiduité, les consultations inscrites au registre effectuées par :*

- une IPSPL ou une CIPSPL à des patients inscrits auprès du ou des médecins partenaires;

- un résident ou un externe à des patients inscrits auprès du médecin superviseur ou auprès d'un médecin membre de son GMF ou de son groupe de pratique.

Le registre des consultations est disponible par l'application Gestion des consultations *du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *de la Régie.*

Pour plus de détails sur l'utilisation de l'application Gestion des consultations*, consulter la section* Registre des consultations *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

15.07 Les suppléments visés au paragraphe 15.01 ci-dessus sont versés par la Régie au cours du mois de juin suivant l'année d'application.

16.00 MAJORATION RELATIVE À LA PRATIQUE POLYVALENTE

16.01 Le médecin qui assure, au Québec, la prise en charge et le suivi de sa clientèle dans l'un des lieux prévus au paragraphe 3.01 A) de la présente entente peut se prévaloir de la majoration prévue ci-dessous s'il exerce également dans un ou plusieurs des secteurs suivants : un service d'urgence d'un CH ou d'un CLSC du réseau de garde, une unité de soins auprès des malades admis d'un CH, en CHSLD, en obstétrique, en centre de détention, en centre-jeunesse, en centre de réadaptation, en soins palliatifs et en traitement des services SLE en milieu hospitalier, étant entendu que ces secteurs sont sujets à de la garde en disponibilité ou sur place.

Les services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale du Québec sont réputés être dispensés dans un service d'urgence d'un CH et sujets à la majoration prévue ci-dessous.

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

Les services dispensés en santé publique sont sujets à la majoration pour le médecin qui participe à la garde en disponibilité rémunérée en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique ou en vertu du tableau des suppléments d'honoraires en santé publique ou en santé et sécurité du travail paraissant à l'annexe I de l'annexe XXIII de l'Entente.

La rémunération versée pour des fonctions médico-administratives assumées dans le cadre des secteurs de services décrits ci-dessus est exclue de l'application de la majoration prévue au paragraphe 16.02.

16.02 Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 16.04 ci-dessous, la majoration applicable à la rémunération versée pour des services dispensés dans un ou des secteurs d'activités visés au paragraphe précédent est fonction du nombre de patients inscrits et actifs que compte un médecin au 31 décembre d'une année d'application. Elle est la suivante :

la majoration est de 2,5 % si au moins sept cents (700) patients mais moins de mille (1 000) sont inscrits auprès du médecin;

la majoration est de 5 % si au moins mille (1 000) patients mais moins de mille cinq cents (1 500) sont inscrits auprès du médecin;

la majoration est de 10 % si mille cinq cents (1 500) patients ou plus sont inscrits auprès de ce médecin.

La rémunération sujette à la majoration prévue ci-dessus ne comprend pas la majoration applicable selon les dispositions des annexes XII et XII-A. Elle inclut la prime de responsabilité prévue à un accord ou à certaines ententes particulières et qui s'ajoute à 95 % des heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de cet accord ou d'une de ces ententes ainsi que la prime horaire de soutien aux services de première ligne et le forfait de santé publique prévus aux paragraphes 5.10.01 et 5.10.02 de l'Entente particulière relative à la santé publique.

La rémunération sujette à la majoration prévue ci-dessus et versée selon le mode des honoraires fixes est augmentée, pour tenir compte de la partie de la rémunération versée en avantages sociaux, du facteur de 1,28 pour les heures régulières et de 1,20 pour les heures de garde.

16.03 Aux fins de la comptabilisation du nombre de patients inscrits actifs, pour une année d'application, sont retenus les patients pour lesquels le médecin reçoit le forfait annuel d'inscription conformément aux dispositions du paragraphe 4.05 de la présente entente sous réserve de l'alinéa suivant.

Au bénéfice du médecin qui compte parmi ses patients inscrits plus de deux cent quarante-cinq (245) patients vulnérables actifs, un facteur de pondération de 2,5 s'applique au nombre de patients vulnérables au-delà de deux cent quarante-cinq (245) patients et cette partie de la clientèle ainsi pondérée est comptabilisée comme telle aux fins de l'application de la majoration prévue au paragraphe précédent.

16.04 Malgré ce qui précède, le médecin qui a obtenu son permis de pratique en 2008 ou subséquemment peut se prévaloir, au cours de ses quatre (4) premières années de pratique, des modalités suivantes :

Majorations	An 1 Patients inscrits	An 2 Patients inscrits	An 3 Patients inscrits	An 4 Patientsinscrits
2,5 %	100 à 199	250 à 399	400 à 599	550 à 799
5,0 %	200 à 299	400 à 599	600 à 899	800 à 1 199
10,0 %	300 ou plus	600 ou plus	900 ou plus	1 200 ou plus

L'année de pratique reconnue au médecin est celle prévalant au 1er janvier de l'année d'application en cause.

La rémunération versée pour les services visés en établissement durant l'année au cours de laquelle le médecin obtient son permis d'exercice, bénéficie de la majoration applicable au cours de la première année de pratique reconnue au médecin.

16.05 La majoration visée aux paragraphes 16.02 et 16.04 ci-dessus est versée par la Régie sur la base de l'année civile, au cours du mois de juin suivant l'année d'application. »

17.00 FRAIS DE CABINET LIÉS À L'UTILISATION D'UN DME

Modalités générales

17.01 Le médecin qui assure la prise en charge et le suivi de sa clientèle en première ligne et qui en assure le suivi en cabinet hors GMF ou en cabinet GMF peut se prévaloir des actes décrits aux alinéas ci-dessous si l'ensemble des conditions ci-après énoncées sont respectées :

1) Le médecin offre des services de prise en charge et de suivi de patients en première ligne.

2) Le médecin compte 150 patients ou plus inscrits à son nom au premier jour du mois précédent chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile. Toutefois, le médecin qui détient un permis de pratique délivré par le Collège des médecins du Québec depuis moins de un (1) an a accès aux actes prévus par la présente disposition, peu importe le nombre de patients inscrits. Après quatre trimestres complets suite à l'obtention de son permis de pratique, pour continuer à se prévaloir de la présente mesure, il doit compter au moins 150 patients inscrits ou plus au dernier jour du mois correspondant à la fin du quatrième trimestre. Advenant qu'au cours de la première année de la délivrance de son permis, un médecin s'absente pour un congé de maternité ou d'adoption, sans égard à sa durée ou pour une invalidité totale temporaire de plus de treize (13) semaines consécutives, ce médecin peut, à compter de la date de retour de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité, continuer à se prévaloir des modalités de compensation prévues par la présente disposition, et ce, pour le nombre de semaines qui lui restait, à la date du début de son congé, afin de compléter le un (1) an visé par la présente disposition. Le médecin avise la Régie de la date de début et de la fin de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, le médecin doit transmettre à la Régie un certificat médical justifiant son absence.

Aux fins de l'application de l'alinéa qui précède, le nombre retenu de patients inscrits tient compte de tous les lieux de pratique.
Par exception aux règles précédentes, l'évaluation du nombre de patients décrits ci-dessus est ajustée lors du retour du médecin à ses activités après une interruption en raison d'un congé de maternité, d'adoption, ou d'une interruption de treize semaines ou plus en raison d'une invalidité totale. Le médecin qui comptait au moins 150 patients inscrits la veille de son départ pour le congé en cause, peut continuer à se prévaloir des modalités de compensation prévues par la présente disposition pour une période de 90 jours à compter de la date de son retour, et ce, comme s'il comptait 150 patients inscrits ou plus à la date de son retour. À la fin de cette période, le niveau de tarification est en fonction du nombre de patients inscrits auprès de lui à la fin de la période de 90 jours, et ce, jusqu'à ce qu'une évaluation subséquente produise un résultat différent.
3) Le médecin réclame dans un seul milieu de pratique de son choix lorsqu'il exerce dans plus d'un lieu, à l'exception du médecin membre d'un GMF qui doit obligatoirement facturer dans ce milieu.
4) Le médecin utilise dans l'exercice de ses activités cliniques la version la plus récente d'un DME certifié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
5) Le médecin est un intervenant habilité au DSQ et à cet effet, il détient un certificat d'authentification.

Selon les dépenses encourues, les modalités de compensation pour les frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DME sont les suivantes :

a) Équipements

Pour compenser les frais de cabinet reliés aux équipements et les frais accessoires nécessaires à l'utilisation d'un DME excluant les frais reliés à l'accès à un lien Internet et les frais reliés au commutateur, un médecin qui exerce en cabinet hors GMF, peut réclamer, selon une formule de rémunération à l'acte un montant de 287,45 $, taxes incluses, sur une base trimestrielle.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19976****.*
Le maximum est de 1 montant par trimestre, peu importe la date, sur la base d'une année civile :
- janvier, février, mars;
- avril, mai, juin;
- juillet, août, septembre;
- octobre, novembre, décembre.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

b) Lien Internet et commutateur

Pour compenser les frais de cabinet reliés à l'accès à un lien Internet et les frais reliés au commutateur, un médecin qui exerce en cabinet hors GMF, peut réclamer, selon une formule de rémunération à l'acte un montant de 700,35 $, taxes incluses, sur une base trimestrielle.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19977****.*
Le maximum est de 1 montant par trimestre, peu importe la date, sur la base d'une année civile :
- janvier, février, mars;
- avril, mai, juin;
- juillet, août, septembre;
- octobre, novembre, décembre.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Aux fins de l'application de la présente disposition, dans le cas où le cabinet hors GMF compte plus d'un médecin qui y exerce leur profession, la compensation prévue par la présente disposition peut être réclamée que par un seul médecin du cabinet concerné.

c) Licences

Pour compenser les frais d'acquisition et d'opération des licences liés à l'utilisation d'un DMÉ, un médecin qui exerce en cabinet hors GMF, ou en cabinet GMF, peut réclamer, selon une formule de rémunération à l'acte, un montant de 459,90 $, taxes incluses, sur une base trimestrielle. En faisant les adaptations nécessaires, le médecin qui exerce en GMF mixte (composé de sites privés et de sites publics) identifié par les parties à l'Annexe I de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille (GMF)* peut se prévaloir des modalités de compensation décrites au présent alinéa.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19978****.*
Le maximum est de 1 montant par trimestre, peu importe la date, sur la base d'une année civile :
- janvier, février, mars;
- avril, mai, juin;
- juillet, août, septembre;
- octobre, novembre, décembre.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les montants réclamés en vertu de la présente disposition ne sont pas sujets à l'application des dispositions des annexes XII, XII-A et XX de l'Entente.

Le médecin qui se prévaut des modalités de compensation pour les frais de cabinet et les frais de pratiques prévues à l'alinéa a) ou à l'alinéa b) ou à l'alinéa c) ci-dessus, doit conserver, pendant cinq (5) ans à compter de la date de paiement, les pièces justificatives pertinentes liées à sa réclamation lesquelles pourront ultérieurement lui être demandées par la Régie aux fins de vérification.

Modalités spécifiques applicables au médecin qui participe à l'offre de services du sans rendez-vous dans un GMF-A ou un GMF-R

17.02 Le médecin qui ne fait pas partie du groupe de médecine de famille (GMF) dans lequel un groupe de médecine de famille désigné réseau (GMF-R) est reconnu en vertu de l'*Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille désigné accès-réseau (GMF-AR)* peut se prévaloir d'un acte pour compenser exclusivement les frais d'acquisition et d'opération de la licence si l'ensemble des conditions ci-après énoncées sont respectées :

1) Parallèlement à sa pratique dans d'autres milieux que le GFM-A ou le GMF-R, il a convenu avec un GFM-A ou un GMF-R de participer aux services médicaux rendus en sans rendez-vous.

2) Il doit répondre à l'une ou l'autre des situations suivantes :

i) Dans les autres lieux de pratique dans lesquels il exerce sa profession, il offre des services de prise en charge et de suivi de patients en première ligne et le DME implanté dans le GMF-A ou le GMF-R n'est pas interopérable avec celui ou ceux utilisés dans son ou ses autres lieux de pratique.

De plus, le médecin doit compter au moins 150 patients ou plus inscrits à son nom au premier jour du mois précédent chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile. Aux fins de l'application du présent paragraphe, le nombre retenu de patients inscrits tient compte de tous les lieux de pratique.

ou,

ii) Dans les autres lieux dans lesquels il exerce sa profession, il ne dispense pas principalement des services de prise en charge et de suivi de patients en première ligne et il compte moins de 150 patients inscrits à son nom au premier jour du mois précédent chaque trimestre d'application, sur la base de l'année civile.

Aux fins de l'application de l'alinéa qui précède, le nombre retenu de patients inscrits tient compte de tous les lieux de pratique.

3) Il doit dispenser des services auprès du sans rendez-vous du GMF-A ou du GMF-R visé minimalement onze (11) journées de pratique par trimestre d'application.

Aux fins du calcul de base d'une journée de pratique, la prestation de service du médecin totalise minimalement quatre (4) heures.

4) Il doit réclamer à la Régie ses honoraires pour les services rendus de sans rendez-vous avec le code de facturation du GMF-A ou du GMF-R visé.

5) Il doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération d'une licence pour l'utilisation du DME qui est implanté au sein du GMF-A ou du GMF-R dans lequel il participe pour les services du sans rendez-vous.

6) Il utilise dans l'exercice de ses activités cliniques la version la plus récente d'un DME certifié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

7) Il est un intervenant habilité au DSQ et à cet effet, il détient un certificat d'authentification.

La modalité de compensation pour les frais liés à l'utilisation d'un DME prévue par la présente disposition est la suivante :

- Pour compenser les frais d'acquisition et d'opération des licences liés à l'utilisation d'un DME, un médecin visé par la présente disposition peut réclamer, selon une formule de rémunération à l'acte, un montant de 459,90 $, plus taxes, sur une base trimestrielle.

AVIS **:** *Utiliser :*

*- le code de facturation **19979**;*

- l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.

Le maximum est de 1 montant par trimestre, peu importe la date, sur la base d'une année civile :

- janvier, février, mars;

- avril, mai, juin;

- juillet, août, septembre;

- octobre, novembre, décembre.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Les montants réclamés en vertu de la présente disposition ne sont pas sujets à l'application des dispositions des annexes XII, XII-A et XX de l'Entente.
Aux fins de l'application de la présente disposition, le médecin réclame cet acte, à son choix, dans un seul GMF-A ou GMF-R lorsqu'il exerce dans plus d'un GMF-A ou GMF-R. En outre, le médecin doit conserver, pendant cinq (5) ans à compter de la date de paiement, les pièces justificatives pertinentes liées à sa réclamation lesquelles pourront ultérieurement lui être demandées par la Régie aux fins de vérification.

Modalités spécifiques applicables au médecin qui exerce dans un cabinet ayant une entente de services avec un CISSS ou un CIUSSS pour réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG)

17.03 Le médecin qui rend des services en lien avec l'IVG, dans un ou l'autre des cabinets suivants : 55433 Clinique Morgentaler – 55363 Clinique Médicale Femina – 55390 Clinique médicale l'Alternative – 56002 Centre de santé des femmes de Montréal – 55080 Clinique médicale l'Envolée, malgré qu'il ne rencontre pas les exigences des alinéas 1), 2) et 3) du paragraphe 17.01, peut se prévaloir pour compenser ses frais de cabinet liés à l'utilisation d'un DMÉ des actes décrits aux alinéas a) b) et c) du paragraphe 17.01 et selon les modalités de compensation et conditions qui y sont énoncées, si l'ensemble des conditions ci-après énoncées sont respectées :

1) Il dispense des services en lien avec l'IVG dans l'un ou l'autre des cabinets identifiés ci-hauts;
2) Il doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération d'une licence pour l'utilisation d'un DMÉ qui est implanté au sein du cabinet dans lequel il rend des services en lien avec l'IVG;
3) Il utilise dans l'exercice de ses activités cliniques la version la plus récente d'un DMÉ certifié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux;
4) Il est un intervenant habilité au DSQ et à cet effet, il détient un certificat d'authentification.
Les montants réclamés en vertu de la présente disposition ne sont pas sujets à l'application des dispositions des annexes XII, XII-A et XX de l'Entente.
Aux fins de l'application de la présente disposition, le médecin réclame les actes décrits aux alinéas a), b) et c) du paragraphe 17.01, à son choix, dans un seul cabinet identifié au premier paragraphe des présentes. En outre, le médecin doit conserver, pendant cinq (5) ans à compter de la date de paiement, les pièces justificatives pertinentes liées à sa réclamation lesquelles pourront ultérieurement lui être demandées par la Régie aux fins de vérification.

18.00 DIVERS

18.01 Les suppléments suivants relatifs à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille sont majorés à compter de 1er mai 2019 jusqu'au 30 avril 2021, sous réserve de la Lettre d'entente nº 346;

A) Au paragraphe 4.12 A) de la présente entente, le montant de « 23,55 $ » et celui de « 19,55 $ » doivent respectivement se lire « 40,00 $ » et « 33,20 $ »;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19957**.*

*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

B) Au paragraphe 4.12 B) de la présente entente, le montant de « 72,50 $ » et celui de « 60,15 $ » doivent respectivement se lire « 150,00 $ » et « 124,40 $ »;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19958**.*

*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

C) Au paragraphe 4.12 C) de la présente entente, le montant de « 155,35 $ » et celui de « 128,90 $ » doivent respectivement se lire « 275,00 $ » et « 228,20 $ »;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19959**.*

*La date de service pour le supplément doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

D) Au paragraphe 13.01 de la présente entente, le montant de « 310,65 $ » et celui de « 257,80 $ » doivent respectivement se lire « 400,00 $ » et « 331,90 $ »;

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19960**.*

*La date de service du supplément doit être **la même** que celle de l'examen, de la visite ou de l'intervention clinique.*

E) Le paragraphe 13.02 doit être lu en y apportant les adaptations nécessaires.

AVIS **:** *L'article 13.02 a été aboli au 1er janvier 2023. Une nouvelle numérotation s'applique depuis cette date.*

18.02 À compter du 1er avril 2021, en cabinet ou en établissement, GMF ou non, un médecin peut se prévaloir, s'il respecte les conditions énoncées à l'alinéa b) ci-dessous, de la modalité de rémunération suivante :

a) Un forfait de familiarisation et de gestion du changement d'une valeur totale de 3 600 $ à raison de 600 $ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.
Les montants réclamés en vertu de la présente disposition ne sont pas sujets à l'application des dispositions des Annexes XII, XII-A et XX de l'Entente.
Le médecin réclame le forfait de familiarisation et de gestion du changement dans un seul milieu de pratique de son choix identifié au premier paragraphe des présentes.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation **19966**.*

Advenant que pendant la période d'application de la présente disposition, un médecin s'absente pour un congé de maternité ou d'adoption, ou pour une invalidité totale temporaire de plus de treize semaines consécutives, ce médecin peut, à compter de la date de retour de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité, continuer de se prévaloir de la présente mesure, et ce, pour le nombre de semaines qui lui restait à la date de son début de congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité. Le médecin avise la Régie de la date de début et de fin de son congé de maternité, d'adoption ou d'invalidité. Dans le cas d'un congé d'invalidité, le médecin doit transmettre à la Régie un certificat médical justifiant son absence.
b) Pour bénéficier la modalité de rémunération prévue à l'alinéa a) ci-dessus, le médecin doit respecter les conditions suivantes :
i) Il a adhéré à un DMÉ et un système de rendez-vous sans frais pour le patient compatible avec l'orchestrateur (Hub) de rendez-vous;
ii) Il s'est inscrit, avec les médecins de son groupe, à l'intérieur du calendrier de déploiement que le MSSS établira pour son territoire afin de réaliser les démarches nécessaires à l'utilisation de l'orchestrateur (Hub) de rendez-vous, et ce, selon les plages disponibles;
Tout médecin manifestant la volonté de réaliser les démarches nécessaires à l'utilisation de l'orchestrateur (Hub) de rendez-vous avant la publication du calendrier du MSSS pourra le faire auprès de l'équipe de l'accès de première ligne médicale de son territoire.

iii) Au plus tard le 1er mai 2022, il rend visible une portion de ses plages de sans rendez-vous sur l'orchestrateur (Hub). Ces plages incluent les plages accessibles directement aux patients et celles réservées à la réorientation en provenance de l'urgence et du guichet d'accès pertinence (GAP). Si besoin est, les parties peuvent convenir de prolonger cette date d'un commun accord et en informent la Régie.

La présente disposition prend fin le 30 septembre 2022.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de janvier 2009.

DOCTEUR YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE *(4096)*

AVIS **:** *Voir le formulaire* Inscription auprès d'un médecin de famille *(4096). Le document* Inscription auprès d'un médecin de famille (4107) *et, le cas échéant, le document* Renseignements sur les groupes de médecine de famille *(4095) doivent être remis au patient.*

ANNEXE II

RÉTABLISSEMENT D'UNE INSCRIPTION AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

AVIS **:** *Voir le formulaire* Rétablissement d'une inscription auprès d'un médecin de famille *(4055).*

ANNEXE IV

CONSENTEMENT À LA PRATIQUE DE GROUPE AUX FINS DU PAIEMENT DU TARIF PRÉVU POUR LE PATIENT VULNÉRABLE OU, SELON LE CAS, DU FORFAIT DE RESPONSABILITÉ

AVIS **:** *Voir le formulaire* Groupe de médecine de famille et pratique de groupe *(4060)*.

ANNEXE V

INSCRIPTION D'UN CABINET MÉDICAL OU MODIFICATION RELATIVE À UN CABINET

AVIS **:** *Voir le formulaire* Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet – Omnipraticiens *(4066)*.

ANNEXE VI

AVIS D'ABSENCE ET DE PRISE EN CHARGE TEMPORAIRES AUX FINS DU PAIEMENT DU TARIF PRÉVU POUR LE PATIENT VULNÉRABLE OU, SELON LE CAS, DU FORFAIT DE RESPONSABILITÉ

AVIS **:** *Voir le formulaire* Avis d'absence et de prise en charge temporaires – Paiement du tarif de la visite pour patient vulnérable ou du forfait de responsabilité *(4072)*.

ANNEXE VII

ADMISSIBILITÉ DE MA CLIENTÈLE AUX DISPOSITIONS DU PARAGRAPHE 4.12 ET
DU PARAGRAPHE 13.01 DEUXIÈME ALINÉA DE LA PRÉSENTE ENTENTE PARTICULIÈRE

AVIS **:** *Voir le formulaire* Admissibilité de ma clientèle aux modalités relatives à la prise en charge d'un patient sans médecin de famille *(4205)*.

EP 41 - CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès d'un centre de médecine de jour situé dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence.

1.02 L'annexe I fait état de la liste des installations désignées par les parties aux fins de la présente entente.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de l'EP 41 – Centre de médecine de jour.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ D'UN CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR

3.01 Aux fins de la présente entente particulière, un centre de médecine de jour doit présenter les caractéristiques suivantes :

L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est inscrite sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) d'un établissement ou une partie d'un CSSS dont la mission principale est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) opérant un service d'urgence.

Il regroupe dans un lieu unique, situé dans une des installations de l'établissement, les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique du CHSGS dans lequel est situé le centre de médecine de jour.

Il offre des services destinés à assurer, sur une base ambulatoire comme moyen alternatif à l'hospitalisation, l'investigation et le traitement de patients présentant une pathologie complexe ou à risque de complications étant cependant entendu, que de façon générale, il ne reçoit pas de clientèle requérant un suivi simple de clinique externe, incluant le contrôle du taux d'anticoagulation (RNI).

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à la présente entente couvre les activités professionnelles suivantes :

a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;

b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;

c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les modalités de rémunération prévues par la présente entente s'appliquent de 8 h à 18 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un forfait de garde est facturé lorsque ceux-ci ne sont pas identifiés par l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Centre de médecine de jour est réclamé**.

5.02 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'un centre de médecine de jour est rémunéré selon un forfait, par période de quatre (4) heures, divisible en heures, auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il y dispense. Le montant du forfait est de 318,80 $ au 1er septembre 2018 et de 322 $ au 1er octobre 2019. Le pourcentage du tarif des actes qui s'ajoute est de 65 %. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents de travail* (annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS **:** *Pour le forfait, inscrire :*

- le code de facturation ***19537****;*

- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.

Pour les services, utiliser l'élément de contexte **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Centre de médecine de jour est réclamé**. *Ne pas utiliser cet élément de contexte lors de la facturation du forfait.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Dans un centre de médecine de jour, utiliser les codes d'examen pour le patient inscrit en clinique externe d'un CHSGS.

Un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

Aux fins des présentes, jusqu'à un maximum de deux (2) forfaits de quatre (4) heures, par jour, sont attribués à l'installation pour rémunérer les activités professionnelles effectuées par l'ensemble des médecins visés par la présente entente. Le comité paritaire détermine le nombre de jours visés ainsi que le nombre de forfaits par jour attribué à l'installation.

Le médecin qui est rémunéré selon ce régime ne peut durant sa période de garde au sein du centre de médecine de jour se prévaloir des dispositions d'une entente particulière en vigueur pour une unité ou service de l'établissement. Le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente entente est rémunéré pour les actes qu'il pose à 45 % du tarif des services médicaux rendus.

AVIS **:** *Sur la facture de services médicaux, inscrire :*

- *- l'élément de contexte* **Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Centre de médecine de jour est réclamé**;
- *- l'heure de début du service.*

5.03 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou celui qui le remplace procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

5.04 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement.

5.05 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Centre de médecine de jour.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

6.00 PROCÉDURES

6.01 Une demande d'adhésion est formulée conjointement par l'établissement visé ainsi que par les médecins qui exercent leur profession auprès du centre de médecine de jour. Il en est de même d'une demande de retrait.

6.02 Le comité paritaire est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'un centre de médecine de jour aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité sont remplies de façon satisfaisante ou le seront dans un délai raisonnable. Le comité paritaire en informe l'établissement et la Régie.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1er décembre 2007 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Centres de médecine de jour désignés à l'entente particulière relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans un centre de médecine de jour.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de l'EP 41 – Centre de médecine de jour.*

EP 42 - MÉDECIN ENSEIGNANT

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN ENSEIGNANT

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

SECTION I : MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS LIÉES À L'ENCADREMENT D'UN RÉSIDENT OU D'UN EXTERNE

1.00 OBJET

1.01 Cette section de l'entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération d'activités effectuées dans le cadre d'un programme de formation en médecine.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 INTERPRÉTATION

3.01 Le responsable de stages, vocable utilisé ci-dessous, fait référence, selon les milieux, au chef du Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U), au directeur de l'enseignement ou encore au coordonnateur de l'enseignement. Lorsque des stages sont effectués au sein d'un département ou service d'un centre hospitalier, distinct du GMF-U, les fonctions du directeur ou du coordonnateur de l'enseignement peuvent être dévolues au médecin qui assure la répartition des stagiaires au sein de ce département ou service.

3.02 Un mois-stage, aux fins d'application des dispositions de la présente section, correspond à une période de quatre (4) semaines, la première des périodes d'une année d'application débutant le 1er juillet de chaque année.

AVIS **:** *Voir le calendrier des périodes – Liste 3 de l'EP 42 – Médecin enseignant pour les dates fixées par le Collège des médecins du Québec pour chaque mois-stage.*

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

4.01 En sus de toute autre rémunération prévue à l'entente générale, à une entente particulière, à la seconde ou à la troisième section de la présente entente particulière, la rémunération prévue à la présente section de l'entente particulière est applicable au médecin qui, selon l'assignation du responsable de stages, assume la prise en charge et la responsabilité de l'externe et/ou du résident au cours d'une demi-journée. Cette prise en charge et cette responsabilité impliquent principalement des activités de supervision clinique.

4.02 Les activités visées par les présentes sont rémunérés sous forme d'un demi- *per diem* par demi-journée d'activités. Chaque demi- *per diem* doit viser des activités dont la durée totale minimale est de 3,5 heures la même journée. Lorsque plus d'un médecin assure la prise en charge et la responsabilité d'un externe ou d'un résident durant la même demi-journée, la durée de l'activité s'évalue en tenant compte du rôle de l'ensemble des médecins, sans dépasser la durée de l'activité de l'externe ou du résident. Les médecins doivent alors convenir duquel parmi eux réclame le demi- *per diem* pour cette demi-journée pour un externe ou un résident.

AVIS **:** *Pour facturer un demi-*per diem*, le médecin doit effectuer sur place la supervision d'activités cliniques ou de toute autre activité de formation d'un résident ou d'un externe durant une période minimale de 3,5 heures au cours de la journée*.

4.03 Au cours d'une demi-journée, un seul médecin peut être rémunéré pour la prise en charge et la responsabilité de la supervision d'un externe ou d'un résident.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

5.01 Dans une région autre que celles visées au paragraphe 5.03 ci-dessous, le médecin qui, en établissement, assume la responsabilité d'un résident pendant une demi-journée reçoit un demi *per diem* de 41,05 $ au 1er septembre 2018 et de 41,45 $ au 1er octobre 2019 et, quand il assume la responsabilité d'un externe, de 49,35 $ au 1er septembre 2018et de 49,85 $ au 1er octobre 2019. Ces montants sont respectivement de 54,80 $ au 1er septembre 2018 et de 55,35 $ au 1er octobre 2019, de 65,80 $ au 1er septembre 2018 et de 66,45 $ au 1er octobre 2019 si cette responsabilité est assumée dans le cadre d'un cabinet privé reconnu pour la formation.

AVIS **:** *Pour les activités de supervision :*

- Utiliser une facture pour la supervision des résidents et une autre facture pour la supervision des externes;

- Utiliser ***une facture distincte pour chacun des demi-*****per diem** *demandés, selon les codes de facturation ci-dessous;*

- Indiquer l'heure de début du service;

- Indiquer tous les résidents et externes pour lesquels la rémunération est demandée à la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux et pour le type d'identifiant choisir* Numéro du Collège des médecins du Québec.

Pour les résidents, inscrire le numéro attribué par la RAMQ qui débute par le chiffre 5 sous la forme 5-XXXXX.

Pour les externes, inscrire le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec qui commence par la lettre E, en majuscule, suivie de 8 chiffres (ex. : E12345678).

Indiquer le nombre de résidents ou d'externes supervisés par demi-journée.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour ***un résident****, utiliser le code de facturation :*

- ***19910*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*

- ***19911*** *si le lieu est un établissement ou une installation (CH, CLSC, CHSLD, CISSS ou CIUSSS);*

- ***19912*** *si le lieu est un GMF-U en établissement.*

Pour ***un externe****, utiliser le code de facturation :*

- ***19913*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*

- ***19914*** *si le lieu est un établissement ou une installation (CH, CLSC, CHSLD, CISSS ou CIUSSS);*

- ***19915*** *si le lieu est un GMF-U en établissement.*

Voir la liste 1 des lieux de formation reconnus selon le paragraphe 5.01.

5.02 Dans une région visée au sous-paragraphe 5.03 ci-dessous, le médecin qui assume la responsabilité d'un résident pendant une demi-journée reçoit un demi- *per diem* de 64,55 $ au 1er septembre 2018 et de 65,20 $ au 1er octobre 2019 et, quand il assume la responsabilité d'un externe, de 72,80 $ au 1er septembre 2018 et de 73,55 $ au 1er octobre 2019. Ces montants sont respectivement de 86,10 $ au 1er septembre 2018 et de 86,95 $ au 1er octobre 2019, de 97,05 $ au 1er septembre 2018 et de 98 $ au 1er octobre 2019 si cette responsabilité est assumée dans le cadre d'un cabinet privé reconnu pour la formation.

AVIS **:** *Pour la facturation des activités de supervision :*

- Utiliser une facture pour la supervision des résidents et une autre facture pour la supervision des externes;

- Utiliser ***une facture distincte pour chacun des demi-*****per diem** *demandés, selon les codes de facturation ci-dessous;*

- Indiquer l'heure de début du service;

- Indiquer ***tous les résidents*** *et* ***externes*** *à la section* Autre (personne autre qu'un patient) *et pour le type d'identifiant choisir* Numéro du Collège des médecins du Québec.

Pour les résidents, inscrire le numéro attribué par la RAMQ qui débute par le chiffre 5 sous la forme 5-XXXXX.

Pour les externes, inscrire le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec qui commence par la lettre E, en majuscule, suivie de 8 chiffres (ex. : E12345678).

Indiquer le nombre de résidents ou d'externes supervisés par demi-journée.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour ***un médecin résident****, utiliser le code de facturation :*

- ***19916*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*

- ***19917*** *si le lieu est un établissement ou une installation (CH, CLSC, CHSLD, CISSS ou CIUSSS);*

- ***19918*** *si le lieu est un GMF-U en établissement.*

Pour ***un externe****, utiliser le code de facturation :*

- ***19919*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*

- ***19920*** *si le lieu est un établissement ou une installation (CH, CLSC, CHSLD, CISSS ou CIUSSS);*

- ***19921*** *si le lieu est un GMF-U en établissement.*

Voir la liste 2 des installations reconnues selon le paragraphe 5.02.

5.03 Les régions visées par les modalités prévues au paragraphe 5.02 ci-dessus sont les suivantes :

a) Tous les secteurs géographiques visés par l'annexe XII de l'entente générale dont la liste apparaît au préambule de la section de cette annexe;

b) Toutes les installations visées par l'annexe XII-A de l'entente générale, toutes les autres installations faisant partie du même réseau local de santé et de services sociaux ainsi que tous les cabinets reconnus pour la formation faisant partie de ces mêmes réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

c) Le CLSC Laurier-Station du RLS Alphonse-Desjardins, les installations des RLS de Lanaudière-Nord, d'Argenteuil, de la Rivière-du-Nord - Mirabel-Nord, des Pays-d'en-Haut, des Laurentides, de la Haute-Yamaska, de Richelieu-Yamaska, de Sorel Tracy, de Vaudreuil-Soulanges, du Haut-Saint-Laurent, du Suroît, du Haut-Richelieu-Rouville, de Jardins-Roussillon, de la Pommeraie ainsi que tous les cabinets reconnus pour la formation faisant partie du même réseau local de services sociaux que ces installations.

5.04 Le médecin peut, pendant une demi-journée, assumer la responsabilité de plus d'un résident et/ou externe.

5.05 Le médecin facture, quotidiennement, par lieu de stages, le nombre de demi- *per diem* pour le(ou les) résident(s) ou externe(s) supervisé(s).

5.06 La rémunération versée en vertu de la présente section est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5.07 À l'exception des majorations prévues aux annexes XII et XII-A, aucune autre majoration prévue à l'entente générale, à une entente particulière ou à une lettre d'entente ne s'applique à la rémunération versée en vertu du présent article.

6.00 PROCÉDURES

6.01 L'année d'application débute le 1er juillet de chaque année.

6.02 Au début de l'année d'application, les universités transmettent au comité paritaire les informations suivantes :

- la liste des GMF-U et des installations reconnus pour l'enseignement ainsi que le nom du responsable de stages de chaque GMF-U ou installation;
- la liste des cabinets reconnus pour la formation;
- le nombre prévu de mois-stage de résidents et d'externes, de façon distincte, ainsi que leur répartition entre les GMF-U, les installations et les cabinets reconnus pour l'enseignement ainsi que toute modification intervenant à ce chapitre en cours d'année.

AVIS **:** *Le cabinet reconnu pour la formation qui ne détient pas de numéro de facturation Régie doit en faire la demande en remplissant le formulaire* Inscription d'un cabinet médical ou modification relative à un cabinet – Médecins omnipraticiens *(4066).*

*Le médecin enseignant d'un cabinet reconnu en attente d'un numéro de facturation doit retenir la facturation de demi-*per diem *jusqu'à la réception de ce numéro.*

Lorsque le numéro de facturation pour le cabinet est transmis par la Régie, tous les services rendus dans ce cabinet doivent être facturés avec le numéro attribué, et ce, par l'ensemble des médecins omnipraticiens qui y pratiquent.

Le formulaire doit être transmis :

Par la poste

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

6.03 Le responsable de stages doit s'assurer que la grille établissant les activités quotidiennes de chaque résident et externe durant un mois de stage est conservée, tout comme la grille des activités des médecins responsables de la supervision. Ces grilles doivent être conservées pour une période de trois (3) ans après le mois en cause.

6.04 Au cours du trimestre suivant la fin d'un trimestre, la Régie transmet au comité paritaire le nombre de demi- *per diem* facturés par GMF-U, par installation et par cabinet reconnu.

6.05 Dans le trimestre suivant la fin de l'année d'application, le comité paritaire compare la prévision du nombre de mois-stage de résidents et d'externes faite en début d'année par les universités à la facturation totale pour chaque GMF-U, pour chaque installation et pour chaque cabinet reconnu.

En cas de dépassement significatif, le comité paritaire vérifie la validité des prévisions faites par les universités au début de l'année d'application et, s'il y a lieu, demande à la Régie de faire les vérifications requises auprès des responsables de stages en cause. La RAMQ peut décider des correctifs requis ou, selon le cas, soumettre la situation au comité paritaire.

6.06 Le comité paritaire peut examiner toute situation problématique relativement à l'application de la présente section, notamment en ce qui a trait à la facturation d'un médecin, et décider des correctifs requis.

SECTION II : ACTIVITÉS DE FORMATION DANS LE CADRE D'UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE (GMF-U) EN ÉTABLISSEMENT

1.00 OBJET

1.01 Cette section de l'entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'un GMF-U visé aux présentes et y dispense des services médicaux.

1.02 L'annexe I ci-jointe contient la liste des installations des établissements, installations ayant un GMF-U et précise, pour une période annuelle d'application débutant le 1er janvier de chaque année, pour chaque installation le nombre d'heures alloué pour les services de supervision, le nombre d'heures alloué pour les activités académiques ainsi que le nombre de jours de formation continue attribué en vertu des dispositions de l'article 7.00 de la présente entente.

1.03 Pour être éligible à une désignation selon la présente entente particulière, un GMF-U doit être lourd. Est ainsi qualifié, tout GMF-U qui est responsable, vis-à-vis d'une faculté de médecine ou d'un département universitaire de médecine familiale, de l'ensemble d'un programme de formation en médecine familiale, notamment sa mise en oeuvre et sa réalisation.

1.04 L'annexe I fait état de la liste des installations des établissements concernés opérant un GMF-U désignés par le comité paritaire.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements et des installations désignés à l'annexe I de l'EP 42 – Médecin enseignant.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité inscrit sous le paragraphe correspondant aux activités professionnelles effectuées. Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX de l'Entente pour les codes d'activité permis ainsi que pour les secteurs de dispensation à utiliser.*

3.01 Sous réserve du paragraphe 3.02, la rémunération prévue par la présente entente particulière couvre les services dispensés aux malades inscrits de la clinique externe relevant du GMF-U désigné, c'est-à-dire :

1. Les services cliniques :

1.1 la dispensation des services médicaux et les activités clinico-administratives qui s'y rapportent *(code d'activité **051030** ou **051015** s'il s'agit d'examens relatifs à l'hépatite C);*

1.2 les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation des soins à un patient *(code d'activité **051032**)*;

1.3 Les activités médico-administratives et hospitalières *(code d'activité **051043**)*.

2. Les activités de supervision :

Les périodes entières où un enseignant est affecté à la supervision, par observation directe ou par discussion de cas, des étudiants et des résidents; ces périodes peuvent inclure des activités académiques ou cliniques lorsque celles-ci sont conciliables avec la supervision *(code d'activité **051069**)*.

3. Les activités académiques:

3.1 L'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel *(code d'activité **051068**);*

3.2 L'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique *(code d'activité **051031**);*

3.3 La gestion administrative spécifique liée à la vocation d'enseignement du GMF-U *(code d'activité **051028**)*;

3.4 Le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques *(code d'activité **051027**)*.

3.5 Les activités d'enseignement et d'apprentissage par simulation nécessaires à l'atteinte des objectifs du programme de formation des résidents en médecine de famille réalisées au sein du GMF-U (code d'activité 051395), dans un centre de simulation universitaire (code d'activité 051396) ou dans un milieu désigné à cette fin par une faculté de médecine (code d'activité 051397).

AVIS **:** *Utiliser le numéro du GMF-U inscrit au contrat et l'un des trois codes d'activité (**051395, 051396** ou **051397**) en fonction du lieu où vous vous trouvez. Indiquer dans la case* Renseignements complémentaires *:*
- *le nom de l'université pour le code d'activité **051396**;*
- *le nom du milieu désigné pour le code d'activité **051397**.*

3.02 La rémunération prévue à la présente entente particulière peut aussi couvrir les soins dispensés aux malades admis, à l'exclusion d'un accouchement ou d'un acte d'assistance opératoire. (code d'activité **063030** – Services cliniques – Malades admis)

Pour que les soins dispensés aux malades admis soient ainsi couverts, le médecin doit opter pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire pour ces services au moment de sa nomination, du renouvellement de celle-ci, ou encore au moment de l'adhésion de l'installation à l'entente particulière. Toutefois, lorsque la nomination du médecin ou le renouvellement de celle-ci vise majoritairement la dispensation de soins auprès de patients admis, le médecin doit alors obtenir une autorisation du comité paritaire.

AVIS **:** *L'établissement responsable de l'installation (0XXX3) où le médecin rend des services cliniques aux malades admis doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou le formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant (paragr. 3.02) Malade admis – GMF-U.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **063030** dans l'installation (0XXX3) où le médecin rend ses services.*

Les soins aux malades admis, au sens du présent paragraphe, ne comprennent pas les soins médicaux dont la dispensation est régie par une entente particulière, notamment celles ayant pour objet les soins coronariens ou intensifs, les soins psychiatriques, les soins palliatifs ainsi que les soins gériatriques. Toutefois, lorsqu'ils ne sont pas régis par une entente particulière, ces soins sont rémunérés selon les modalités prévues à l'Entente.

3.03 Cette rémunération ne couvre pas la dispensation des services médicaux qui est effectuée par le médecin dans le service d'urgence de première ligne ou dans une clinique externe physiquement distincte de celle relevant du GMF-U désigné.

Toutefois, cette rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le cas, couvre les visites à domicile que le médecin est appelé à effectuer dans le cadre de ses activités au sein du GMF-U, à moins que celui-ci n'opte, au moment de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci, ou au moment de l'adhésion de l'installation à l'entente, pour le mode de l'acte lors des visites à domicile.

3.04 En GMF-U, l'identification du patient inscrit comme patient vulnérable ou la modification d'un code de vulnérabilité au sens du paragraphe 6.01) B) de l'*Entente particulière sur la médecine de famille, la prise en charge et le suivi de la clientèle* peut également être effectué par le médecin supervisant le résident lors de la visite, de l'intervention clinique ou de la psychothérapie y donnant lieu. Pour ce faire, l'inscription d'une caractéristique de vulnérabilité du patient doit faire état d'un suivi en association avec l'un des résidents du GMF-U. Le médecin superviseur doit aviser la Régie du changement selon les modalités du paragraphe 6.01) B) de l'*Entente particulière sur la médecine de famille, la prise en charge et le suivi de la clientèle*.

3.05 Aux fins des conditions d'application du forfait de prise en charge et de suivi de l'annexe V de l'*Entente particulière relative au groupe de médecine de famille* (GMF), malgré les conditions apparaissant à l'article 1, le médecin inscripteur peut se prévaloir de ce forfait pour les patients inscrits à son nom, vu par un médecin superviseur lorsqu'il supervise la première visite du patient suivant son inscription ou lors de la première visite des années civiles suivantes. Pour ce faire, l'inscription du patient doit faire état d'un suivi en association avec l'un des résidents du GMF-U. Le médecin superviseur inscrit la visite au registre des consultations effectuées avec le concours des résidents.

AVIS **:** ***Pour le médecin superviseur***
Inscrire au registre des consultations la première visite suivant l'inscription ou la première visite des années civiles suivantes pour le patient inscrit auprès du médecin inscripteur au cours d'une année civile.

Pour le médecin inscripteur
Inscrire le médecin superviseur en référence, ainsi que le résident qui fait la visite.
Le registre des consultations est disponible par l'application Gestion des consultations *du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé *de la RAMQ.*
Pour plus de détails sur l'utilisation de l'application Gestion des consultations*, consulter la section* Collaboration avec un ou des médecins omnipraticiens *de la rubrique* Infirmières praticiennes spécialisées.

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'Entente, le médecin qui exerce sa profession dans le cadre du GMF-U est, pour les activités décrites à l'article précédent et selon l'option exercée en vertu de son paragraphe 3.02, rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération.

Le médecin doit être détenteur d'un titre universitaire.

Malgré le premier alinéa ci-dessus, le médecin peut opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.
De plus, le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes peut parfois choisir, de façon ponctuelle et au cas par cas, d'être rémunéré selon le mode de l'acte, à l'exclusion du tarif horaire ou des honoraires fixes, pour certains services spécifiques, soit lorsqu'une lettre d'entente le permet explicitement ou lorsqu'il rend les services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1 au Préambule général de l'Annexe V ou complète les formulaires, rapports, constats et bulletins qui découlent de ceux-ci.

AVIS **:** *Lorsque le médecin opte pour la rémunération à l'acte pour les services médico-administratifs (annexe XIII), il ne doit pas facturer à tarif horaire ou à honoraires fixes pour la période de temps où il rend ces services.*

4.02 Par accord des parties, le nombre d'heures alloué à une installation pour les activités professionnelles de supervision et académiques visées aux présentes est, sur une base annuelle, déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité paritaire. Le nombre d'heures ainsi déterminé se subdivise en deux banques distinctes, la première devant rémunérer les services de supervision décrits à l'alinéa 2 du paragraphe 3.01 et la seconde, les activités académiques décrites à l'alinéa 3 du paragraphe 3.01.

4.03 Le transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque devant servir à rémunérer les activités académiques doit être approuvé par le comité paritaire.

4.04 Le nombre d'heures alloué à chaque installation pour les services cliniques tels que décrits à l'alinéa 1 du paragraphe 3.01 est déterminé par le comité paritaire. Toute modification à ce nombre d'heures relève également du comité paritaire.

4.05 Le comité paritaire informe l'établissement et la Régie du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques.

4.06 La répartition entre les médecins du nombre d'heures alloué pour les activités professionnelles de supervision, académiques ainsi que du nombre d'heures alloué pour les activités cliniques est déterminée par le chef du GMF-U et entérinée par le chef du département de médecine générale.

4.07 Malgré le premier alinéa du paragraphe 4.01 ci-dessus, le médecin peut, lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir sur recommandation du médecin chef du GMF-U et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services sans rendez-vous du GMF-U. Exceptionnellement, si le médecin ne pouvait se prévaloir de l'option lors de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, ou si le GMF-U n'offrait alors pas de services sans rendez-vous, il peut exercer l'option en cours de nomination.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant*;*

- la case Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.08 Dans le cas où le GMF-U est rattaché à un CLSC, le médecin doit facturer en vertu de la présente entente les services dispensés pour toutes les activités qui relèvent de l'unité de médecine familiale et en vertu de l'entente relative aux CLSC pour les activités qui relèvent du CLSC.

4.09 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière ainsi que de leur mode respectif de rémunération. La Régie doit également être informée du nom des médecins qui se prévalent des dispositions des paragraphes 3.02 et 4.07.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.10 Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe mensuellement les parties négociantes ainsi que les chefs des GMF-U concernés du suivi de l'utilisation des différentes banques d'heures.

4.11 Les modalités d'indemnité de kilométrage pour le déplacement prévues au paragraphe 2.4.2 du préambule général de l'annexe V de l'Entente s'appliquent au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire en vertu de la présente entente.

AVIS **:** *Voir l'avis sous le paragraphe 2.4.2 du préambule général du* Manuel des médecins omnipraticiens - Rémunération à l'acte.

Selon le mode de rémunération du médecin, pour chaque déplacement, inscrire les activités correspondant à l'indemnité de kilométrage facturée sur :

- la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215);*

- la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216)*.

Les natures de service permises lors d'une visite à domicile pour l'indemnité de kilométrage sont :

- 051XXX

- 063XXX

avec les emplois de temps :

- XXX015 Examens relatifs à l'hépatite C

- XXX030 Services cliniques

- XXX031 Étude de dossiers

- 051068 Encadrement clinique et pédagogique

- 051069 Activité de supervision

4.12 Le médecin omnipraticien qui n'exerce pas sa profession au sein du GMF-U peut être rémunéré pour les activités académiques d'enseignement théorique ou d'enseignement clinique qu'il donne occasionnellement aux résidents et aux externes du GMF-U.

Pour les activités académiques d'enseignement prévues par la présente disposition, le médecin visé est rémunéré à son choix soit, au tarif horaire selon les conditions prévues à la Section II de la présente entente particulière ou soit, selon le mode de rémunération mixte prévue à l'*Annexe I à l'Annexe XXIII (Section B-2-GMF-U établissement)*. Malgré ce qui précède, le médecin qui exerce dans le même établissement et qui y détient une nomination régulière selon les honoraires fixes peut conserver ce mode pour ses activités académiques d'enseignement.
Le médecin visé par la présente disposition peut se prévaloir de toutes les dispositions de la Section I de la présente entente concernant les modalités spécifiques de la rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe.

Aux fins de l'application du présent paragraphe, le chef du GMF-U envoie à la Régie un avis de service qui tient lieu d'avis de nomination du médecin l'autorisant à être rémunéré pour les activités de formation académiques dispensées au sein du GMF-U. De plus, l'avis de nomination transmis à la Régie fait également mention du mode de rémunération applicable au médecin pour la dispensation des activités académiques d'enseignement visées par la présente disposition.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- *sélectionner la situation d'entente* Entente particulière – Médecin enseignant;
- *sélectionner* Activités académiques d'enseignement occasionnelles (paragr. 4.12) *dans* Informations additionnelles.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour le mode de rémunération mixte, se référer aux instructions de facturation de l'annexe I de l'Annexe XXIII, secteur B-2.

AVIS **:** *Pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, utiliser le code d'activité* ***051068*** *– Encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel.*

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Outre les fonctions qui lui sont dévolues par l'article 32.00 de l'Entente relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière, le comité détermine les modalités de transfert d'heures de la banque relatives aux services de supervision à la banque allouée pour la rémunération des activités académiques, dont les règles de conversion et la période couverte par le transfert.

6.00 ADHÉSION ET RETRAIT

6.01 Le présent article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à la présente entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'une installation d'un établissement, installation qui opère un GMF-U, désignée aux fins des présentes.

6.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement par l'installation concernée ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès du GMF-U.

6.03 Le choix d'adhérer à la présente entente particulière doit, pour être valable, recevoir l'appui des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès du GMF-U concerné et qui, en termes d'heures, assument la majorité des activités professionnelles qui s'y exercent.

6.04 Une demande ayant pour objet le retrait d'un GMF-U requiert, outre l'approbation des parties, celle de l'installation qui exploite le GMF-U ainsi que celle des médecins qui assument la majorité des services.

6.05 Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à l'adhésion ou au retrait de la présente entente particulière, ce désaccord peut être soumis au comité paritaire afin qu'il recommande aux parties, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion du GMF-U visé.

6.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie, l'installation de l'établissement, installation qui opère le GMF-U ainsi que les médecins concernés.

7.00 FORMATION CONTINUE

7.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions du présent article tout médecin qui détient une nomination de l'établissement responsable du GMF-U adhérent à la présente entente.

7.02 Les cours de formation admissibles aux présentes dispositions doivent répondre aux conditions apparaissant à l'article 2.00 de l'annexe XIX de l'Entente relative au Programme de formation continue et être approuvés par le chef du GMF-U. Certaines activités de formation pertinentes ne répondant pas aux conditions de l'article 2 de l'annexe XIX pourront être également admissibles avec l'approbation du chef du GMF-U.

7.03 Une banque de journées de formation, sur la base de cinq (5) journées de formation continue par médecin en équivalent temps complet, est allouée à chaque GMF-U par période annuelle d'application débutant le 1er janvier de chaque année. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente détermine le nombre alloué à chaque GMF-U.

7.04 Le chef du GMF-U est responsable de la répartition entre les médecins des journées de formation allouées au GMF-U.

7.05 La journée de formation visée par les présentes dispositions comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation.

7.06 Quel que soit son mode de rémunération, le médecin qui bénéficie de journées de formation continue selon les présentes dispositions reçoit une allocation forfaitaire de 402 $ au 1er septembre 2018, de 702 $ au 1er octobre 2018 et de 709 $ au 1er octobre 2019 ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de la moitié pour une pleine journée à compter du 1er octobre 2018. Le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'Annexe XII de l'Entente pour sa pratique dans le GMF-U a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

AVIS **:** ***Rémunération à tarif horaire***

Utiliser la Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et inscrire :*

- la date du jour de la formation continue dans le champ Quantième*;*

- ***TH*** *dans le champ* Mode de rémunération*;*

- la plage au cours de laquelle la formation a débuté dans le champ Plage horaire*;*

- ***051133*** *pour une demi-journée ou* ***051134*** *pour une journée complète de formation continue dans le champ* Code d'activité*;*

- toujours inscrire ***1 heure*** *dans le champ* Heures travaillées.

Rémunération à honoraires fixes

Utiliser la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*

- ***17*** *dans le champ* Code*;*

- ***1.00*** *ou* ***0.50*** *dans le champ* Durée (jours).

a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation (maximum une (1) fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente;

Toutefois, lorsque le séjour de formation est effectué à l'extérieur du Québec, sous réserve des dispositions des paragraphes 5.2 et 5.3 de la section II de l'annexe XII, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS **:** *Remplir le champ* Déplacement *du formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336).*

Pour facturer des frais de déplacement selon les dispositions de la formation continue en GMF-U, l'indiquer dans le champ Renseignements complémentaires *et inscrire le nom et le numéro d'établissement du GMF-U dans le champ* Endroit de pratique.

b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3, alinéa c), de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS **:** *Pour la compensation des frais de séjour, remplir le champ* Ressourcement et perfectionnement *du formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336).*

Pour les journées d'allocation forfaitaire selon les dispositions de la formation continue en GMF-U, l'indiquer dans le champ Renseignement complémentaires *et inscrire le nom et le numéro d'établissement du GMF-U dans le champ* Endroit de pratique.

7.07 Le médecin qui bénéficie des journées de formation prévues par les présentes dispositions doit, pour obtenir l'allocation forfaitaire visée au paragraphe précédent, fournir à la Régie les pièces justificatives au plus tard trois (3) mois après la prise de la journée de formation ou lors de sa facturation. Les pièces justificatives sont :

a) l'attestation dûment signée par le responsable officiel du cours de formation reconnu en vertu du paragraphe 7.02 ci-dessus. Cette attestation doit identifier l'organisme responsable du cours de formation, préciser la durée de l'activité de formation suivie ainsi que la catégorie de crédits de formation octroyés. En plus de l'attestation requise, en cas de webdiffusion d'une formation, la confirmation de la présence en ligne du médecin et de sa durée à la formation concernée;

b) l'approbation du chef du GMF-U relativement au cours de formation en cause.

8.00 CHEF DU GMF-U

8.01 Aux fins des dispositions prévues au présent article, les activités médico-administratives visées sont celles qu'assument le chef du GMF-U et celui qui l'assiste.

8.02 Les activités visées au présent article sont rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires de 70,05 $ au 1er septembre 2018 et de 70,75 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***19909*** *et inscrire le nombre de forfaits hebdomadaires.*

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

8.03 Un nombre de forfaits, sur la base de l'année civile et selon le groupe auquel il appartient, est attribuée à chaque GMF-U adhérent à la présente entente particulière. Le nombre de forfaits alloué pour le groupe 1 est de 260 forfaits et, pour le groupe 2, de 364 forfaits. Le groupe d'appartenance est précisé à l'Annexe I.

Malgré les dispositions de l'alinéa qui précède, entre le 1er juin 2022 et le 31 décembre 2022, le nombre de forfaits alloué pour le groupe 1 est de 152 forfaits et, pour le groupe 2, de 213 forfaits.

AVIS **:** *Entre le 1er janvier 2022 et le 31 mai 2022, le nombre de forfaits alloué est de 83 forfaits pour le groupe 1 et de 116 forfaits pour le groupe 2.*

Voir la liste des établissements et des installations désignés à l'annexe I de l'EP 42 – Médecin enseignant.

8.04 Le chef du GMF-U doit se prévaloir d'au moins 60 % du nombre de forfaits alloués au GMF-U.

8.05 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin comme chef du GMF-U ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir des dispositions du présent article.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Entente particulière – Médecin enseignant*;*

- la case Chef du GMF-U (paragr. 8) *ou* Assistant du chef du GMF-U (paragr. 8).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

SECTION III : ACTIVITÉS DE FORMATION DANS LE CADRE D'UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE (GMF-U) EN CABINET PRIVÉ

1.00 OBJET

1.01 Cette section de l'entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions de rémunération du médecin qui exerce sa profession en cabinet privé auprès d'un Groupe de médecine de famille universitaire (ci-après appelé GMF-U) désigné aux présentes et qui y effectue des activités professionnelles liées au programme de formation en médecine familiale et y dispense des services médicaux.

1.02 L'annexe II fait état de la liste des établissements opérant un Groupe de médecine familiale Universitaire (GMF-U) en cabinet privé et désignés par le comité paritaire.

L'annexe II, contient également la liste des cabinets privés GMF-U, site principal ou site secondaire et précise, pour une période annuelle d'application débutant le 1er janvier de chaque année, pour chaque cabinet privé reconnu, le nombre de jours de formation continue attribué en vertu des dispositions de l'article 7.00 de la section II de la présente entente.

AVIS **:** Voir la *liste des établissements et des installations désignés à l'annexe II de l'EP 42 – Médecin enseignant*.

1.03 Pour être éligible à une désignation selon la présente entente particulière, une unité de médecine familiale doit respecter le plan de déploiement élaboré par une faculté de médecine ou d'un département universitaire de médecine familiale, d'un programme de formation en médecine familiale lors de sa mise en œuvre.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Toutes les dispositions de la Section I de la présente entente concernant les modalités spécifiques de la rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe s'appliquent au médecin qui exerce sa profession dans un cabinet privé reconnu à l'annexe II de la présente entente.

3.02 L'ensemble des services médicaux dispensés aux patients, dans le cadre ou non d'un GMF-U, sont rémunérés selon le mode de l'acte selon les conditions prévues à l'entente générale.

Toutefois, malgré ce qui précède, les activités de supervision et les activités académiques, selon la définition apparaissant au paragraphe 3.01 de la section II de la présente entente particulière sont rémunérées selon les dispositions suivantes :

- a) Pour les activités de supervision, le médecin opte, pour l'ensemble de la demi-journée (3,5 heures durant l'avant-midi ou 5 heures durant l'après-midi, selon le cas), pour le mode de l'acte ou pour l'intervention de supervision :
  - i) s'il opte pour le mode de l'acte, les conditions prévues à l'entente générale s'appliquent sous réserve de ce qui suit. Durant la demi-journée où le médecin supervise un ou plusieurs résidents, il peut lorsque requis, réclamer un seul acte d'intervention clinique à l'égard d'un des patients vus par les résidents. La durée de l'intervention clinique est alors celle qu'il aurait lui-même facturée. Par ailleurs, il réclame les autres services qu'il a effectués avec le concours des résidents durant cette même demi-journée selon l'entente générale. Le médecin doit identifier sur une demande de paiement le résident qui a vu le patient pour lequel le médecin réclame les services;

AVIS **:** *Pour la rémunération à l'acte, inscrire :*

- le numéro attribué par la RAMQ (5-XXXXX) du résident qui a vu le patient et pour lequel la rémunération est demandée à la section Professionnel en référence *de la facture de services médicaux;*

- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention clinique.

  - ii) s'il opte pour l'acte d'intervention de supervision, le médecin peut réclamer un seul acte d'intervention de supervision pour un maximum de 3,5 heures durant la plage horaire de l'avant-midi (8 h à 12 h), pour un maximum de 5 heures durant la plage horaire de l'après-midi (de 12 h à 18 h) et, pour un maximum de 3,5 heures pour la plage horaire de la soirée (de 18 h à 24 h) peu importe le nombre de résidents ou d'externes qui font l'objet d'une supervision par le médecin. Le tarif applicable est de 120,36 $ par heure à compter du 1er septembre 2018 et de 121,56 $ à compter du 1er octobre 2019. Il peut de plus, selon les modalités applicables au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes prévus par la Section II de la présente entente particulière, se prévaloir des forfaits de responsabilité et des suppléments prévus à l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*.

AVIS **:** *Inscrire au registre des consultations les visites effectuées avec le concours d'un résident ou d'un externe à des patients inscrits auprès de lui ou auprès d'un médecin membre de son GMF ou de son groupe de pratique.*

L'inscription des consultations au registre permet de conserver le caractère actif de ces patients au sens de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle.

Cette information est également prise en compte aux fins du calcul du taux d'assiduité, autant pour le médecin membre que non-membre d'un GMF.

Le registre des consultations est disponible par l'application Gestion des consultations *du service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé.

Pour plus de détails sur l'utilisation de cette application, consulter la section Registre des consultations *de la rubrique* Inscription de la clientèle.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19996** pour la plage horaire de l'avant-midi (de 8 h à 12 h);*

*- le code de facturation **19997** pour la plage horaire de l'après-midi (de 12 h à 18 h);*

*- le code de facturation **19995** pour la plage horaire de la soirée (de 18 h à 24 h);*

- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention;

- Indiquer tous les résidents et externes pour lesquels la rémunération est demandée à la section Autre (personne autre qu'un patient) *de la facture de services médicaux et pour le type d'identifiant choisir* Numéro du Collège des médecins du Québec.

Pour les résidents, inscrire le numéro attribué par la RAMQ qui débute par le chiffre 5 sous la forme 5-XXXXX.

Pour les externes, inscrire le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec qui commence par la lettre E, en majuscule, suivie de 8 chiffres (ex. : E12345678).

Indiquer le nombre de résidents ou d'externes supervisés par demi-journée.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

En outre, durant la plage horaire de l'avant-midi ou de l'après-midi durant laquelle le médecin est rémunéré selon l'acte d'intervention de supervision, le médecin peut réclamer les services qu'il effectue lui-même auprès de patients sans le concours d'un résident, selon les modalités suivantes si les conditions ci-après énoncées sont rencontrées :

- 1) le médecin doit indiquer sur la demande de paiement l'heure de début de l'acte d'intervention de supervision ainsi que l'heure où celui-ci a pris fin;
- 2) les services réclamés auprès de patients doivent avoir été effectués avant ou après la période durant laquelle le médecin est rémunéré selon l'acte d'intervention de supervision;
- 3) pour chacun des services rendus auprès de patients, le médecin doit indiquer sur la demande de paiement l'heure de début où le service a été rendu et l'heure où celui-ci a pris fin pour chaque plage horaire visée;

AVIS **:** *Indiquer l'heure de début et l'heure de fin de chaque service rendu.*

- 4) Aucune réclamation ne peut être faite pour les services rendus avec le concours d'un résident au cours de la période de la plage horaire visée.

- b) Les activités académiques durant l'avant-midi, durant l'après-midi ou durant la soirée, selon le cas, sont rémunérées par l'intervention académique selon les modalités suivantes :

- i) le médecin doit consacrer à ces activités au moins quinze (15) minutes consécutives. Les activités professionnelles ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un tarif de 30,09 $ pour chaque période complète de quinze (15) minutes à partir du 1er septembre 2018 et de 30,39 $ pour chaque période complète de quinze (15) minutes à partir du 1er octobre 2019;

AVIS **:** *Pour l'intervention académique, inscrire :*

*- le code de facturation **19998** pour la plage horaire de l'avant-midi (de 8 h à 12 h);*

*- le code de facturation **19999** pour la plage horaire de l'après-midi (de 12 h à 18 h);*

*- le code de facturation **19994** pour la plage horaire de la soirée (de 18 h à 24 h);*

- l'heure de début et l'heure de fin de l'intervention.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

- ii) les activités académiques réalisées au cours d'une demi-journée de supervision sont rémunérées distinctement si le médecin a opté pour le mode de l'acte pour les activités de supervision.

Toutefois, dans le cas où le médecin opte pour l'intervention de supervision durant la demi-journée, les activités académiques effectuées pendant cette période sont incluses et sont rémunérées à titre d'activités de supervision. Au-delà d'une période rémunérées par l'acte d'intervention de supervision durant une demi-journée telle que décrite au paragraphe 3.02 a) ii) ci-dessus, si le médecin poursuit ses activités académiques, le médecin réclame alors l'intervention académique durant la période de prolongation concernée.

3.03 En faisant les adaptations nécessaires, les modalités des paragraphes 3.04 et 3.05 de la section II de la présente entente s'appliquent au médecin qui exerce sa profession en cabinet privé auprès d'un GMF-U.

3.04 En faisant les adaptations nécessaires, les modalités relatives à la formation continue prévues à l'article 7.00 de la section II s'appliquent au médecin enseignant visé à la section III de la présente entente.

AVIS **:** *Pour le forfait de formation continue, inscrire* :

*- le code de facturation **19972** pour une demi-journée;*

*- le code de facturation **19973** pour une journée complète;*

- l'heure de début et l'heure de fin.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Les pièces justificatives relatives à la formation suivie dans le cadre de la présente EP 42 – Médecin enseignant doivent être conservées pendant 5 ans. Elles peuvent être demandées ultérieurement pour vérification.*

3.05 En faisant les adaptations nécessaires, les modalités relatives à la rémunération des activités médico-administratives sont celles mentionnées à l'article 8.00 de la section II et s'appliquent au médecin enseignant visé à la section III de la présente entente.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19909**;*

- le nombre de forfaits hebdomadaires.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Le comité paritaire informe la Régie du nom du médecin qui agit à titre de chef du GMF-U ainsi que du nom de tout médecin appelé à se prévaloir de la rémunération prévue par la présente disposition. Toutefois, un seul chef du GMF-U est désigné en vertu de l'article 8.04 de la section II, et ce, même si un GMF-U compte plus d'un site, établissement ou cabinet privé.

3.06 Les dispositions du paragraphe 6.02 C) iii) b) de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* s'appliquent aux cabinets privés désignés à l'annexe II de la présente entente. À cet effet, le chef du GMF-U transmet à la Régie la liste des médecins visés.

AVIS **:** *Utiliser le formulaire* Groupe de médecine de famille et pratique de groupe *(4060).*
À la section 2, cocher la case GMF-U.

3.07 Le chef du GMF-U informe la Régie de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues par la présente entente.

AVIS **:** *Le chef du GMF-U doit :*
- transmettre à la RAMQ la liste des médecins (nom et numéro de pratique) qui exercent dans le GMF-U;
- préciser pour chacun la date de début de la période visée et, le cas échéant, celle de fin;
- informer la RAMQ de toute modification apportée à cette liste.

La liste doit être transmise :
Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

3.08 La rémunération versée pour les activités visées aux paragraphes 3.02, 3.04 et 3.05 de la présente section est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.09 Le médecin omnipraticien qui n'exerce pas sa profession au sein d'un GMF-U en cabinet privé peut être rémunéré pour les activités académiques d'enseignement qu'il donne occasionnellement aux résidents et aux externes de ce GMF-U en cabinet privé.

En faisant les adaptations nécessaires, les modalités relatives à la rémunération des activités académiques prévues au paragraphe 3.02 de la présente section s'appliquent au médecin omnipraticien visé par le présent paragraphe. De plus, ce médecin peut se prévaloir de toutes les dispositions de la Section I de la présente entente concernant les modalités spécifiques de la rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe.
Aux fins de l'application du présent paragraphe, le chef du GMF-U informe la Régie de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues par la présente disposition.

AVIS **:** *Le chef du GMF-U doit transmettre à la RAMQ une lettre mentionnant le nom des médecins, leur numéro de pratique et la période pendant laquelle ils exerceront occasionnellement ces activités dans le GMF-U.*

La lettre doit être transmise aux coordonnées mentionnées au paragraphe 3.06 ci-dessus.

SECTION IV : MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

1.00 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1er janvier 1997 ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'un GMF-U désigné et y dispense des services médicaux.

Elle entre en vigueur le 1er juillet 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Installations désignées à l'entente particulière relative au médecin enseignant

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'entente particulière relative au médecin enseignant*.

ANNEXE II

Installations désignées à l'entente particulière relative au médecin enseignant

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'EP 42 – Médecin enseignant*.

EP 43 - GARDE SUR PLACE - CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

PRÉAMBULE

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne d'une installation d'un établissement fusionné ou non, installation qui, visée au paragraphe 1.02 ci-après, exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou qui fait partie du réseau de garde intégré, et est désigné aux fins des présentes.

1.02 Pour être éligible à une désignation selon cette entente, une installation qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) comportant un service d'urgence de première ligne ou qui fait partie du réseau de garde intégré doit, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, assurer une garde sur place dans ce service d'urgence.

1.03 L'annexe I contient la liste des installations désignés ayant opté pour le régime A et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent, la date de leur désignation à la présente entente particulière ainsi que le nombre hebdomadaire de forfaits alloués à chacun des installations en cause. Ces données sont déterminées par le comité paritaire.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements et des installations désignés à l'annexe I de l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements*.

1.04 L'annexe II contient la liste des installations désignés ayant opté pour le régime B et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent ainsi que la date de leur désignation à la présente entente particulière.

AVIS **:** *Voir la liste des établissements et des installations désignés à l'annexe II de l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements*.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans le service d'urgence de première ligne d'une installation susmentionnée, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 Les modalités de rémunération prévue à la présente entente couvrent, de façon exclusive, dans le service d'urgence d'une installation désignée, la rémunération de la garde sur place effectuée par un médecin entre 8 h et 24 h, et, au delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.

3.02 Exceptionnellement, est toutefois rémunéré selon l'entente générale, le médecin qui, en dehors d'une période pendant laquelle il reçoit une rémunération en vertu de cette entente ou de l'alinéa b) du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V, est appelé à dispenser, dans le service d'urgence de première ligne de l'installation, des soins à la demande d'un patient du service d'urgence ou à la suite d'une demande de consultation d'un médecin du service d'urgence.

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.01 Une installation éligible à une désignation selon la présente entente, opte pour le régime A ou le régime B, tels que décrits aux articles 5.00 et 6.00 des présentes.

4.02 Le médecin soumis à l'application du régime A ou du régime B est rémunéré selon un forfait par période de quatre (4) heures, divisible en heures, auquel s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense. Les montants des forfaits applicables et le pourcentage du tarif des actes diffèrent selon le régime de rémunération auquel adhère l'installation et selon le groupe auquel appartient l'installation.

Malgré l'alinéa précédent, un médecin détenteur d'une nomination d'un établissement visé aux présentes et qui est rémunéré à honoraires fixes peut opter pour le maintien de sa rémunération à honoraires fixes lors de sa nomination, du renouvellement de celle-ci ou encore de la désignation de l'installation à la présente entente. En ce cas, le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'installation soumise au régime A.

AVIS **:** *Utiliser les codes d'activité suivants :*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

4.03 Le groupe auquel appartient l'établissement est déterminé par le protocole d'entente relatif à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés entré en vigueur le 7 mars 1999. Les parties conviennent de revoir la classification des établissements annuellement.

4.04 Les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V relatives à la période de 0 h à 8 h s'appliquent.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées pour un médecin additionnel à l'urgence par le comité paritaire.*

4.05 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente, forfait et pourcentage des actes.

AVIS **:** *Dans un service d'urgence et dans un CLSC du réseau de garde intégré, voir les avis intégrés au paragraphe 2.2.9 B du préambule général du* Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUES AU RÉGIME A

AVIS **:** *Pour le début de la période de garde avant 8 h, les services sont payés à l'acte à 100 %.*

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période de garde.

Pour plusieurs forfaits sur la même facture :
- en semaine, du lundi au vendredi, le samedi, le dimanche et les jours fériés, de 8 h à 20 h, utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits facturés;
- en semaine, du lundi au vendredi, le samedi, le dimanche et les jours fériés, de 20 h à 24 h, utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits facturés;
- en semaine, du lundi au vendredi, le samedi, le dimanche et les jours fériés, au delà de 24 h, utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits facturés. Pour les codes de facturation ***09849****,* ***09861*** *et* ***09865****, l'heure de début doit être 0 h.*
Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un des forfaits de garde est facturé.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Pour éviter une erreur de facturation lorsque le médecin n'a pas travaillé la veille, utiliser le code de facturation ***09802****,* ***09804****,* ***09998****,* ***19055****,* ***19065, 19067, 42265*** *ou* ***42266.***

1. Codes de facturation à utiliser selon la période et le groupe						
Période	***Groupe 1***		***Groupe 2***		***Groupe 3***	
	Code	***Forfait ($)***	***Code***	***Forfait ($)***	***Code***	***Forfait ($)***
8 h à 20 h / 4 heures						
En semaine	***09858***	*392,60*	***09862***	*358,00*	***09866***	*322,00*
Samedi, dimanche et jour férié	***09859***	*392,60*	***09863***	*358,00*	***09867***	*322,00*
20 h à 24 h / 4 heures						
En semaine, samedi, dimanche et jour férié	***09860***	*428,60*	***09864***	*392,60*	***09848***	*322,00*
Au-delà de 24 h / 4 heures (voir le paragraphe 3.01)						
En semaine, samedi, dimanche et jour férié	***09861***	*428,60*	***09865***	*392,60*	***09849***	*322,00*
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures						
En semaine	***09802***	*715,20*	***09804***	*715,20*	***09998***	*715,20*
Samedi, dimanche et jour férié	***19065***	*871,60*	***19067***	*871,60*	***19055***	*871,60*
3. Rémunération du médecin additionnel selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures						
En semaine	***09803***	*715,20*	***09805***	*715,20*	***09994***	*715,20*
Samedi, dimanche et jour férié	***19066***	*871,60*	***19068***	*871,60*	***19056***	*871,60*
4. Rémunération du partage de la garde de 0 h à 8 h entre deux médecins selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures (divisible en heures)						
En semaine			***42265***	*715,20*		
Samedi, dimanche et jour férié			***42266***	*871,60*		

Pour les services rendus durant la période de garde*, inscrire l'heure de début du service et, selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :*

Période	***Élément de contexte***	***Rémunération***
De 8 h à 24 h et au-delà de 24 h si un service est rendu pendant la même période qu'un forfait de garde (paragr. 5.04)	**Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Garde sur place est réclamé**	*50,7 % du tarif des actes*
*De 8 h à 20 h si un service est rendu en prolongation de la garde précédente, puisqu'**aucun** forfait de garde ne doit être facturé pendant cette prolongation (paragr. 5.09)*	**Service dispensé en prolongation de la période de garde précédente**	*50,7 % du tarif des actes*

En semaine, samedi, dimanche et jour férié de 0 h à 8 h (voir le paragraphe 1.4 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*)*	**Service dispensé pendant la période où un forfait du PG 1.4 est réclamé**	*101 % du tarif des actes*

5.01 Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 1 sont les suivants :

pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 388,80 $ au 1er septembre 2018 et de 392,60 $ au 1er octobre 2019;

pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 424,40 $ au 1er septembre 2018 et de 428,60 $ au 1er octobre 2019;

5.02 Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 2 sont les suivants :

pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 354,40 $ au 1er septembre 2018 et de 358 $ au 1er octobre 2019;

pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 388,80 $ au 1er septembre 2018 et de 392,60 $ au 1er octobre 2019;

5.03 Le forfait applicable aux installations du groupe 3 est de 318,80 $ au 1er septembre 2018 et de 322 $ au 1er octobre 2019 pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine.

5.04 À un forfait susmentionné, s'ajoute, quel que soit le groupe de l'installation, cinquante virgule sept pour cent (50,7%) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (annexe XIII de l'entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS **:** *Consulter les instructions de facturation sous l'article* **5.00 Modalités de rémunération spécifiques au régime A**.

AVIS **:** *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon la présente EP 43 – Garde sur place – Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un* ***patient admis*** *doit facturer la visite de suivi ou d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion en indiquant le secteur où il rend les soins.*

5.05 Si un établissement non fusionné visé aux présentes administre plus d'un service d'urgence de première ligne situé dans des installations géographiquement distinctes, la formule de rémunération prévue à cet article s'applique, de façon distincte, selon les modalités de désignation apparaissant à l'annexe I, dans le service d'urgence de chacun des installations en cause.

5.06 Sous réserve du paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V, un forfait visé au présent article n'est divisible que sur base horaire. Ainsi divisé, un forfait peut être utilisé aux fins de déterminations prévues au paragraphe 5.11.

5.07 Un médecin peut, si des circonstances exceptionnelles et temporaires le justifient, à la demande du chef de département de médecine générale ou du médecin responsable, en surplus du nombre de médecins bénéficiant de la rémunération forfaitaire prévue, effectuer une garde sur place, entre 8 h et 24 h. Le chef de département informe le comité paritaire des motifs de son autorisation.

5.08 Le médecin visé au paragraphe 5.07 bénéficie de la rémunération prévue à cette entente. Après examen des motifs qui lui ont été soumis, le comité paritaire rajuste pour autant le nombre hebdomadaire de forfaits alloué au service d'urgence pour la période en cause et en informe la Régie.

5.09 Lorsque le médecin visé aux paragraphes 4.02 ou 5.07 doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, l'activité professionnelle en cause est rémunérée à 45 % de la valeur des actes médicaux qu'il dispense. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou le paragraphe 4.04 des présentes.

AVIS **:** *Consulter les instructions de facturation sous l'article* **5.00 Modalités de rémunération spécifiques au régime A**.

5.10 Dans un service d'urgence visé aux présentes, lorsque le médecin doit, dans une même journée, effectuer, en plus d'une garde de 0 h à 8 h, une garde comprise entre 8 h et 24 h, la facturation afférente à la période de 0 h à 8 h est également déterminée, en exclusivité, selon le cas, par les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou 4.04 des présentes.

5.11 Le nombre de forfaits autorisés est, dans un premier temps, établi sur base hebdomadaire. Par la suite, il est réparti sur base journalière.

5.12 Le nombre hebdomadaire de forfaits autorisés est établi par les parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00. Cette détermination est arrêtée en fonction du temps, du lieu, de la nature, du volume, de la fréquence et de la lourdeur des services médicaux qui doivent être dispensés, d'une façon immédiate, par les médecins, et ce, en tenant compte des conditions observées dans le service d'urgence de l'installation visée.

5.13 La répartition journalière des forfaits autorisés est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable, ou le médecin qui le remplace.

5.14 Le nombre journalier de forfaits peut varier selon qu'il s'agit d'une journée régulière, d'une journée fériée, d'un samedi ou d'un dimanche.

5.15 Lorsque les conditions observées dans le service d'urgence le justifient, notamment celles attestant d'une surcharge de travail en fonction des effectifs médicaux en place, le comité paritaire peut, à titre exceptionnel, dans la détermination du nombre de forfaits hebdomadaire approprié, tenir compte du temps qui, excédentaire à un quart de garde, peut être requis par la dispensation de services médicaux ou le complètement de dossiers.

Dans le cas où l'accompagnement d'un patient lors d'un transfert ambulancier est susceptible d'entraîner un dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence, le médecin qui fait l'accompagnement et celui qui le remplace au service d'urgence, peuvent, sans obtenir l'autorisation du comité paritaire être rémunérés simultanément selon les dispositions de la présente entente pour une période s'échelonnant de 8 h à 24 h et cela en raison d'une considération exceptionnelle. Il doit, lors de la facturation, identifier le patient qui a fait l'objet du transfert ambulancier. Tout dépassement du nombre de forfaits alloué au service d'urgence pour effectuer un tel transfert est, dans ce cas, réputé autorisé par le comité paritaire.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Forfait de garde sur place réclamé en raison d'un transfert ambulancier**.

6.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUES AU RÉGIME B

AVIS **:** *Pour le début de la période de garde avant 8 h, les services sont payés à l'acte à 100%.*

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période de garde.

Pour plusieurs forfaits sur la même facture :

- en semaine, du lundi au vendredi, le samedi, le dimanche et les jours fériés, de 8 h à 20 h, utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits facturés;

- en semaine, du lundi au vendredi, le samedi, le dimanche et les jours fériés, de 20 h à 24 h, utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits facturés;

*- la semaine, du lundi au vendredi, le samedi, le dimanche et les jours fériés, au delà de 24 h, utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits facturés. Pour les codes de facturation **19852**, **19855** et **19858**, l'heure de début doit être 0 h.*

Inscrire l'heure de début pour tous les services effectués la même journée qu'un des forfaits de garde est facturé.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

*Pour éviter une erreur de facturation lorsque le médecin n'a pas travaillé la veille, utiliser le code de facturation **09802**, **09804**, **09998**, **19055**, **19065**, **19067**, **42265** ou **42266**.*

1. Codes de facturation à utiliser selon la période et le groupe						
Période	***Groupe 1***		***Groupe 2***		***Groupe 3***	
	Code	***Forfait ($)***	***Code***	***Forfait ($)***	***Code***	***Forfait ($)***
De 8 h à 20 h / 4 heures *En semaine, samedi, dimanche et jour férié*	***19850***	*240,60*	***19853***	*216,60*	***19856***	*193,80*
De 20 h à 24 h / 4 heures *En semaine, samedi, dimanche et jour férié*	***19851***	*262,60*	***19854***	*237,60*	***19857***	*193,80*
Au-delà de 24 h / 4 heures *(voir le paragraphe 3.01)* *En semaine, samedi, dimanche et jour férié*	***19852***	*262,60*	***19855***	*237,60*	***19858***	*193,80*
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
De 0 h à 8 h / 8 heures *En semaine* *Samedi, dimanche et jour férié*	***09802*** ***19065***	*715,20* *871,60*	***09804*** ***19067***	*715,20* *871,60*	***09998*** ***19055***	*715,20* *871,60*
3. Rémunération du médecin additionnel / 8 heures, selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
De 0 h à 8 h / 8 heures *En semaine* *Samedi, dimanche et jour férié*	***09803*** ***19066***	*715,20* *871,60*	***09805*** ***19068***	*715,20* *871,60*	***09994*** ***19056***	*715,20* *871,20*
4. Rémunération du partage de la garde de 0 h à 8 h entre deux médecins selon le paragraphe 1.4 du préambule général						
0 h à 8 h / 8 heures (divisible en heures) *En semaine* *Samedi, dimanche et jour férié*	***42265*** ***42266***	715,20 871,60				

Pour les services rendus pendant la période de garde, inscrire l'heure de début du service et, selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :		
Période	***Élément de contexte***	***Rémunération***
De 8 h à 24 h, au-delà de 24 h ou en période de prolongation de la garde, si un service est rendu pendant la même période qu'un forfait de garde (paragr. 6.04 et 6.05).	**Service dispensé pendant la période où un forfait de l'EP – Garde sur place est réclamé**	*77,8 % du tarif des actes*
En semaine, samedi, dimanche et jour férié de 0 h à 8 h (voir le paragraphe 1.4 du préambule général du Manuel des médecins omnipraticiens – Rémunération à l'acte*)*	**Service dispensé pendant la période où un forfait du PG 1.4 est réclamé**	*101 % du tarif des actes*

6.01 Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 1 sont les suivants :

pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 238,20 $ au 1er septembre 2018 et de 240,60 $ au 1er octobre 2019;

pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 260 $ au 1er septembre 2018 et de 262,60 $ au 1er octobre 2019;

6.02 Les forfaits applicables aux installations faisant partie du groupe 2 sont les suivants :

pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 214,40 $ au 1er septembre 2018 et de 216,60 $ au 1er octobre 2019;

pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 235,20 $ au 1er septembre 2018 et de 237,60 $ au 1er octobre 2019;

6.03 Le forfait applicable aux installations du groupe 3 est de 191,80 $ au 1er septembre 2018 et de 193,80 $ au 1er octobre 2019 pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine.

6.04 À un forfait susmentionné s'ajoute, quel que soit le groupe de l'installation, soixante-dix-sept virgule huit pour cent (77,8 %) de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux qu'il dispense pendant sa garde. Les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* (annexe XIII de l'entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur.

AVIS **:** *Consulter les instructions de facturation sous l'article* **6.00 Modalités de rémunération spécifiques au régime B**.

AVIS **:** *Le médecin qui, durant une période où il est rémunéré selon la présente EP 43 – Garde sur place – Certains établissements (régime A ou B), doit se rendre à l'unité de soins de courte durée auprès d'un* ***patient admis****, doit facturer la visite de suivi ou d'évaluation en vue d'un suivi conjoint ou pour donner une opinion en indiquant le secteur où il rend les soins*.

6.05 Lorsqu'un médecin soumis au régime B doit dispenser des services médicaux au delà de son quart de garde, il est rémunéré selon les dispositions des paragraphes 6.01, 6.02, 6.03 et 6.04 ci-dessus. Par ailleurs, si le médecin doit, par delà son quart de garde, assumer la garde pendant toute la période comprise entre 0 h et 8 h, sa rémunération est alors déterminée, en exclusivité, selon les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V ou le paragraphe 4.04 des présentes.

AVIS **:** *Consulter les instructions de facturation sous l'article* **6.00 Modalités de rémunération spécifiques au régime B**.

6.06 Les médecins de l'installation qui a opté pour le régime B peuvent utiliser, à chaque jour de la semaine, le nombre de forfaits qui leur est nécessaire pour rémunérer les activités professionnelles visées par la présente entente particulière.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins d'informer et de conseiller les établissements et les médecins visés aux présentes relativement à la mise en oeuvre de cette entente particulière.

7.02 Ce comité a également pour fonction d'examiner les demandes des établissements et de soumettre aux parties les avis qui lui semblent pertinents quant aux matières suivantes:

a) en regard de la présente entente particulière, l'adhésion ou le retrait d'une installation;

b) toute recommandation, avis ou consentement visé aux présentes.

7.03 Ce comité voit à évaluer la classification des installations, selon les dispositions du paragraphe 4.03, et à la mise en oeuvre de la présente entente particulière. S'il y a lieu, il recommande, au Ministre et à la Fédération, les correctifs nécessaires.

8.00 ADHÉSION ET RETRAIT

8.01 Cet article a pour objet de déterminer les modalités d'adhésion à cette entente particulière, ou de retrait de celle-ci, d'une installation visée aux présentes.

8.02 Une demande est formulée conjointement par l'établissement l'établissement qui exploite l'installation visée ainsi que par les médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne en cause. Elle est transmise, par écrit, au Ministre et à la Fédération.

8.03 Le choix d'adhérer à cette entente particulière doit, pour être valable, recevoir, outre l'accord de l'établissement et l'acquiescement du chef du département de médecine générale ou du médecin responsable, l'appui de la majorité des médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne en cause.

8.04 Une demande ayant pour objet de soustraire une installation de l'application de cette entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui, majoritaire, des médecins concernés, l'accord du comité paritaire.

8.05 Par exception, lorsqu'il y a désaccord relativement à une adhésion à cette entente particulière ou à un retrait de celle-ci, ce désaccord peut, à la demande d'une partie intéressée, être soumis au comité paritaire. Ce dernier recommande, s'il y a lieu, l'inclusion ou l'exclusion de l'installation en cause.

8.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon cet article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

8.07 Une adhésion au sens de cet article ne peut être d'une durée inférieure à un (1) an.

8.08 Une option de rémunération quant au régime de rémunération ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date d'anniversaire de la désignation du service d'urgence à la présente entente particulière. Elle est exercée par la majorité des médecins concernés.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré. Elle entre en vigueur le 1er novembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de mars 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

EP 44 – CISSS DES ÎLES

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS OU AUPRÈS DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES ÎLES

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles . Elle couvre tous les centres et installations de l'établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès de l'établissement susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Selon la nomination qu'il détient, le médecin qui exerce pour le compte du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire sous réserve des paragraphes suivants.

AVIS **:** *Le CISSS doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

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

- ***002015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***002030*** *Services cliniques*
- ***002032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***002043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***002055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***002063*** *Garde sur place*
- ***002071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***002083*** *Garde en disponibilité (anesthésie)*
- ***002084*** *Services cliniques (situation exceptionnelle) (TH seulement)*
- ***002085*** *Garde sur place (situation exceptionnelle) (TH seulement)*
- ***002098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***002132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*
- ***002147*** *Services dispensés dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité*

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

3.02 Pour les services dispensés au service d'urgence, le médecin peut se prévaloir des dispositions prévues à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements. Le médecin qui opte pour les dispositions de cette entente doit respecter les conditions suivantes :

a) il ne peut modifier cette option qu'une seule fois pendant la durée de l'exercice de sa profession dans le centre;

b) le régime de rémunération (A ou B) qui lui est applicable est celui pour lequel a opté l'établissement;

c) il ne peut partager la garde sur place qu'il est appelé à effectuer avec un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

AVIS **:** *Le CISSS doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :

- la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles*;*

- à la section Informations additionnelles, Article 3.02 – Services dispensés au service d'urgence (acte).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Pour les instructions de facturation, voir l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements.

3.03 Une prime de responsabilité est payée au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou le mode des honoraires fixes pour les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS ou d'un centre de réadaptation. Cette prime est de 16,10 $ par heure au 1er septembre 2018 et de 16,25 $ par heure au 1er octobre 2019. Elle s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées dans le cadre de la présente disposition. La prime de responsabilité est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er janvier.

AVIS **:** *Utiliser l'un ou l'autre des codes d'activités suivants selon que vous exercez en CHSLD ou non :*

*- **002401** Services rendus dans un CHSLD donnant droit à la prime de responsabilité;*

*- **002147** Services rendus dans un des lieux ou secteurs donnant droit à la prime de responsabilité.*

Cette prime est calculée par la RAMQ à partir de la facturation du médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes et versée le mois suivant la fin d'un trimestre.

*Les heures retenues pour le calcul correspondent aux heures d'activités professionnelles facturées avec les codes d'activité **002401** et **002147** et payées dans le cadre de la présente EP 44 – CISSS des Îles au cours du trimestre visé.*

3.04 Les services médicaux dispensés à domicile pour le compte du Centre de santé de même que les services dispensés à la clinique externe du centre hospitalier sont, aux fins de l'annexe XII et de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, réputés être rendus dans le cadre du CLSC.

AVIS **:** *Pour chaque médecin qui exerce au CLSC de l'Archipel (80795), le CISSS doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

S'il répond à l'une des exigences du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII, le médecin a droit à la majoration inscrite sous la colonne Cabinet.

3.05 La garde en disponibilité visée par le présent paragraphe est payable dans chacun des trois secteurs suivants soit, les services d'hospitalisation de courte durée, les services d'obstétrique et les services en longue durée jumelés avec les soins à domicile.

La garde en disponibilité est rémunérée selon les conditions énoncées par le présent paragraphe :

i) Seul le médecin qui détient une nomination régulière au sein de l'établissement, que ce soit comme membre actif ou comme membre associé, peut se prévaloir des dispositions du paragraphe 3.05.

Le médecin qui obtient des privilèges temporaires de façon à assurer des services sur base ad hoc ou le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage ne peut s'en prévaloir. Le médecin qui obtient des privilèges temporaires en attendant une nomination régulière est, pour un maximum de trois (3) mois assimilé à un médecin détenant une nomination régulière. Dans un tel cas, le chef de département clinique de médecine générale, ou celui qui assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels en informe la Régie.
La nomination spécifique doit préciser les secteurs d'activités dans lesquels le médecin peut être appelé à effectuer de la garde en disponibilité.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne :
- *sélectionner la situation d'entente* Entente particulière – CISSS des Îles;
- *sélectionner le secteur d'activité dans lequel la garde est effectuée dans* Informations additionnelles.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

ii) Elle est rémunérée à raison d'un forfait par quart de cinq (5) heures lequel est divisible sur une base horaire.

Le montant du forfait est de 173,00 $ par période de cinq (5) heures et il est de 34,60 $ par période d'une heure.
Le médecin est, quant au montant du forfait, payé par la Régie au prorata du temps pendant lequel il a effectivement assumé la garde, dans le cadre et dans la foulée d'une garde établie.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation* ***:***
- ***09718*** *pour le forfait de garde en disponibilité pour les services d'hospitalisation de courte durée;*
- ***09719*** *pour le forfait de garde en disponibilité pour les services d'obstétrique;*
- ***09720*** *pour le forfait de garde en disponibilité pour les services en longue durée et les soins à domicile.*
Indiquer l'heure de début et l'heure de fin.
Utiliser une ligne de facture par bloc de 5 heures ou moins.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour facturer plus d'un forfait pour la même période, utiliser des lignes de facturation distinctes.

iii) Un forfait par période de cinq (5) heures peut être réclamé dans les secteurs de l'obstétrique et les services en longue durée jumelés avec les soins à domicile. Deux forfaits par période de cinq (5) heures peuvent être réclamés dans le secteur de l'hospitalisation de courte durée.

iv) Les forfaits visés à l'alinéa ii) ci-dessus sont payables en semaine, exceptions faites des jours fériés, de 20 h 00 à 8 h 00 et la fin de semaine et les jours fériés de 0 h 00 à 24 h 00.

v) Lorsqu'il y a rupture de service dans un secteur visé, aucun médecin ne peut, durant la totalité de la semaine en cause, réclamer les forfaits pour la garde dans ce secteur. Le fait qu'un médecin exerçant dans le cadre du mécanisme du dépannage assure les services dans un secteur durant une portion de la semaine est assimilé à une rupture de service, exception faite de l'hospitalisation de courte durée.

Dans le cas de l'hospitalisation de courte durée, lorsqu'un médecin exerçant dans le cadre du mécanisme du dépannage assure les services dans ce secteur durant une portion de la semaine, le nombre de forfaits qui peut être réclamé pour ce secteur est réduit de moitié pour la semaine en cause.

vi) Aucune autre rémunération n'est prévue pour la garde en disponibilité visée au présent paragraphe.

vii) Un médecin peut cumuler quotidiennement autant de forfaits de garde en disponibilité que le justifie la responsabilité qu'il assume effectivement quant aux gardes en disponibilité.

viii) Le chef de département clinique de médecine générale, ou celui qui assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels informe la Régie du recours à un médecin dépanneur dans un secteur visé et des dates de celui-ci.

3.06 Les activités liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle visées par le présent paragraphe sont rémunérées par un ou plusieurs forfaits complémentaires trimestriels selon les conditions suivantes :

i) Pour bénéficier de forfaits complémentaires, le médecin doit assurer la prise en charge et le suivi de patients inscrits à son nom dans le lieu de suivi de l'établissement.

ii) Seul le médecin qui détient une nomination régulière au sein de l'établissement, que ce soit comme membre actif ou comme membre associé, peut se prévaloir des dispositions de l'article 3.06.

Le médecin qui obtient des privilèges temporaires de façon à assurer des services sur base ad hoc ou le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage ne peut s'en prévaloir. Le médecin qui obtient des privilèges temporaires en attendant une nomination régulière est, pour un maximum de trois (3) mois assimilé à un médecin détenant une nomination régulière. Dans un tel cas, le chef de département clinique de médecine générale, ou celui qui assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels en informe la Régie.

iii) Sur une base d'une évaluation des effectifs requis en omnipratique et du plan d'effectifs s'appliquant à l'établissement, une banque maximale de 590 forfaits complémentaires trimestriels est allouée pour la dispensation des activités liées à la prise en charge et au suivi de la clientèle inscrite dans le lieu de suivi en établissement.

Le montant du forfait complémentaire trimestriel est de 141,50 $ et il est payable sur une base trimestrielle.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation* ***09722*** *et indiquer le nombre de forfaits par trimestre.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Les forfaits trimestriels peuvent être facturés à tout moment dans un trimestre donné en respectant le délai de facturation de 90 jours depuis la date de service figurant sur la facture.

iv) Le nombre de forfaits complémentaires trimestriels attribués à chaque médecin visé est établi en appliquant sur le nombre maximal de 590 forfaits complémentaires trimestriels la proportion de patients inscrits au médecin dans le lieu de suivi en établissement par rapport au nombre total de patients inscrits à l'ensemble des médecins sur le territoire des Îles de la Madeleine, sans égard au lieu de suivi.

Le calcul du nombre de patients attribué à un médecin visé est effectué à partir des données d'inscriptions de patients fournis par le médecin coordonnateur de services de première ligne du territoire de l'établissement. Le chef de département clinique de médecine générale, ou celui qui assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels avise le médecin du nombre du forfaits complémentaires trimestriels qui lui sont attribués. Il en informe la Régie.

Trimestriellement, le chef de département clinique de médecine générale, ou celui qui assume les fonctions sous l'autorité du directeur des services professionnels, procède à une réévaluation du nombre de forfaits complémentaires trimestriels attribués à chacun des médecins visés. Cette réévaluation est effectuée à partir des données d'inscriptions fournies par le médecin coordonnateur de services de première ligne du territoire de l'établissement en date du dernier jour qui précède le début de chaque trimestre. Il en informe la Régie.

AVIS **:** *Le chef de département clinique de médecine générale ou celui qui assume ces fonctions transmet à la RAMQ la liste des médecins pouvant se prévaloir des forfaits complémentaires trimestriels.*
Pour chaque médecin, les informations suivantes doivent être précisées :
- nom;
- numéro de pratique;
- nombre de forfaits trimestriels attribués;
- date de début et date de fin du trimestre.
Une première liste doit être transmise dès maintenant et ensuite, elle devra être transmise trimestriellement (janvier, avril, juillet, septembre) lors de la réévaluation du nombre de forfaits. Cette liste doit être transmise par courriel à registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca. *L'objet du courriel doit être* EP CISSS des Îles - Forfaits complémentaires trimestriels (paragr. 3.06).

3.07 La rémunération visée aux paragraphes 3.05 et 3.06 ci-dessus est sujette à l'application du paragraphe 5.03 de l'Annexe IX de l'Entente.

3.08 Le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes peut parfois choisir, de façon ponctuelle et au cas par cas, d'être rémunéré selon le mode de l'acte, à l'exclusion du tarif horaire ou des honoraires fixes, pour certains services spécifiques, soit lorsqu'une lettre d'entente le permet explicitement ou lorsqu'il rend les services décrits au paragraphe 2.2.6 B-1 au Préambule général de l'Annexe V ou complète les formulaires, rapports, constats et bulletins qui découlent de ceux-ci.

4.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

4.01 Nomination à demi-temps en périodes discontinues :

a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS **:** *Le CISSS doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*
Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner :
- la situation d'entente Entente particulière – CISSS des Îles*;*
- à la section Informations additionnelles*,* Article 4.01 – Nomination à demi-temps en périodes discontinues.
Inscrire la période couverte par l'avis de service.

b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :

- la moitié de la prime d'isolement;

- une sortie dont les frais sont remboursés à 50 %;

- dix jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 4.01 a) ci-dessus.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ EN ANESTHÉSIE

5.01 La garde en disponibilité en anesthésie est rémunérée selon le mode de rémunération du médecin soit à tarif horaire ou à honoraires fixes si le médecin détient une nomination selon ce mode, rémunérée sur base horaire, auquel on applique un modificateur au taux horaire normal prévu. Au 1er avril 2009, le modificateur applicable est de 50 % et il est de 61,45 % à compter du 1er avril 2019.

5.02 Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur une base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

5.03 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique le modificateur inscrit sous la colonne 3.

6.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

6.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1er juin 1998. Elle entre en vigueur le 1er avril 2010 sauf pour son paragraphe 5.01 qui prend effet le 1er avril 2008. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour d'août 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

EP 45 - UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT POUR OBJET LES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès de patients inscrits dans une unité de décision clinique située dans une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné, installation opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

1.02 L'annexe I fait état de la liste des installations désignées et précise, le cas échéant, le régime de rémunération applicable à l'établissement ainsi que le nombre de forfaits alloués hebdomadairement à l'installation.

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de l'EP 45 – Unité de décision clinique*.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 CARACTÉRISTIQUES D'UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

3.01 Aux fins de la présente entente particulière, une unité de décision clinique doit présenter les caractéristiques suivantes :

L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est admise sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) ou du département de médecine d'urgence d'un établissement fusionné ou non fusionné exploitant une installation opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Le fonctionnement de l'unité de décision clinique et la dispensation des services médicaux auprès des patients admis sont assumés par les médecins qui exercent au service d'urgence.

Elle occupe des locaux faisant partie du service d'urgence ou adjacents à celui-ci et elle regroupe dans ce lieu les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique de l'établissement dans lequel est situé l'unité de décision clinique.

Seuls les patients nécessitant un séjour hospitalier pour une évaluation rapide de leur condition et un traitement de courte durée y sont pris en charge. En l'absence d'une unité de décision clinique, ces patients nécessiteraient une hospitalisation en soins de courte durée. La durée de séjour projetée de la clientèle admise est d'au plus 48 heures.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, les activités professionnelles visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient, y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;

b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire, ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;

c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les modalités de rémunération prévue à la présente entente particulière couvrent, de façon exclusive, les services médicaux dispensés sur place entre 8 h et 24 h et, au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.

5.02 Durant la période comprise entre 0 h et 8 h, les services médicaux sont dispensés selon l'organisation prévue, soit par le(s) médecin(s) qui effectue(nt) la garde sur place au service d'urgence de l'installation ou par le(s) médecin(s) qui assurent la garde en disponibilité au bénéfice des patients admis à l'unité de décision clinique.

5.03 Les modalités de rémunération du médecin qui dispense des services médicaux prévues par la présente entente particulière sont fonction de l'adhésion ou non de l'urgence de l'installation à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements. Les modalités de rémunération sont les suivantes :

a) Le médecin, dont l'installation est adhérent à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements, est rémunéré de la façon suivante :

i) Le montant du forfait qui lui est applicable est celui qui est prévu selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence.

ii) Un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

AVIS **:** *Voir les tableaux des articles 5.00 ou 6.00 de l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements.*

Tenir compte de la période et du groupe auquel appartient l'établissement ou l'installation.

iii) Au forfait susmentionné, s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V. Le pourcentage du tarif diffère selon le régime auquel adhère l'établissement. Le pourcentage applicable est de 45 % du tarif des services médicaux rendus par le médecin soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage applicable est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS **:** *Dans l'unité de décision clinique, utiliser les codes de facturation* ***de visite*** *pour un patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D* ***niveau A*** *seulement.*

Suivre les instructions des tableaux de l'article 5.00 – Modalités de rémunération spécifiques au régime A *et de l'article* 6.00 – Modalités de rémunération spécifiques au régime B *de l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements*.

iv) Le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente entente particulière est rémunéré pour les actes qu'il pose selon un pourcentage du tarif des services médicaux rendus selon la tarification applicable dans cette unité. Ce pourcentage est de 45 % du tarif des services médicaux rendus lorsque le médecin est soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS **:** *Utiliser l'élément de contexte* **Service rendu selon l'EP 45 – Unité de décision clinique dans un autre secteur que l'unité de décision clinique**.

Suivre les instructions des tableaux de l'article 5.00 – Modalités de rémunération spécifiques au régime A *et de l'article* 6.00 – Modalités de rémunération spécifiques au régime B *de l'EP 43 – Garde sur place – Certains établissements*.

v) Pour une même période d'activité, un médecin ne peut se prévaloir simultanément des forfaits alloués en vertu de la présente entente et des forfaits prévus selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.

b) Dans le cas où l'établissement n'est pas soumis à l'application de l'entente particulière visée au sous-paragraphe 5.03 a) qui précède, le médecin reçoit la rémunération qui est payable suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V de l'Entente.

AVIS **:** *Dans l'unité de décision clinique, utiliser les codes de visite pour patient admis en CHSGS du P.G. 2.2.6 D* ***Niveau A*** *seulement.*

5.04 S'appliquent également les modalités de rémunération suivantes :

5.04.1 Les dispositions prévues au paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière, forfait et pourcentage des actes. Toutefois, pour une période donnée le médecin ne peut réclamer le supplément pour les services dispensés en horaires défavorables prévu au dernier alinéa du paragraphe 2.2.9 B qu'en un seul lieu (le service d'urgence ou l'unité de décision clinique, selon le cas).

5.04.2 Le médecin a droit, conformément au libellé de cet acte, à la facturation du forfait de congé en établissement d'un patient admis, sauf lorsque le patient quitte l'unité de décision clinique pour être admis en courte durée. Le médecin a droit de réclamer 100 % du tarif fixé pour le congé en établissement, malgré les paragraphes 5.03 a) iii) et 5.03 a) iv) ci-dessus.

5.05 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente particulière doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement avec des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement.

AVIS **:** *Les établissements dont les installations adhèrent à la présente EP 45 – Unité de décision clinique doivent transmettre à la RAMQ la liste des médecins (nom et numéro de pratique) qui exercent dans l'unité de décision et spécifier pour chacun la date de début de la période visée et, le cas échéant, celle de fin.*

Les établissements doivent également informer la RAMQ de toute modification apportée à cette liste.

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

5.06 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou le chef de département de médecine d'urgence, ou celui qui remplace l'un ou l'autre selon le cas, procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

Il est responsable de l'acceptation de l'adhésion d'une installation d'un établissement fusionné ou non fusionné qui désire se prévaloir des conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce dans une unité de décision clinique. Le comité paritaire en informe l'établissement et la Régie.

Aux fins de l'application du paragraphe 5.03 a) de la présente entente particulière, il détermine, le cas échéant, le nombre de forfaits hebdomadaires attribués à l'installation pour rémunérer les activités effectuées pour l'ensemble des médecins visés par la présente entente et il en informe l'établissement et la Régie. À cette fin, le comité paritaire tient compte des conditions et des données observées au service d'urgence de l'installation concernée dans le cadre de l'application de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.

7.00 DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace la *Lettre d'entente n° 201* du 1er septembre 2008. Elle entre en vigueur le 1er septembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de février 2011.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

EP 48 - DSQ - DMÉ

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA PARTICIPATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS AU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC ET AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ADOPTION DE DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1er septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 OBJET

1.1 La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines conditions d'exercice, de rémunération et de modalités de remboursement applicables au médecin qui participe, sur une base volontaire, au Dossier de santé du Québec (DSQ).

1.2 Cette entente porte également sur les conditions d'exercice et les modalités de rémunération et de remboursement applicables au médecin qui, en plus de participer au DSQ, participe au programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques par le médecin de première ligne (le Programme DMÉ).

2.0 CHAMP D'APPLICATION

2.1 En ce qui concerne le DSQ, la présente entente particulière s'applique à tout médecin peu importe son lieu de pratique et l'organisation dans laquelle il évolue pour autant que le DSQ soit disponible dans sa localité.

2.2 En ce qui concerne le Programme DMÉ, la présente entente particulière s'applique à tout médecin admissible qui pratique en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-U en établissement et qui désire s'en prévaloir, et ce, même lorsque le DSQ n'est pas déployé dans sa localité. Dans ce dernier cas, le médecin doit cependant prendre l'engagement d'adhérer au DSQ dès le déploiement dans sa localité afin de bénéficier sans délai des modalités du Programme DMÉ.

3.0 DÉFINITIONS

3.1 Dossier de santé du Québec

Le DSQ est une infrastructure technologique qui permet, à l'égard de toute personne assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*, de fournir aux intervenants habilités de l'information pertinente, organisée, intégrée et à jour, afin de faciliter la prise de connaissance rapide des renseignements de santé d'une telle personne au moment de sa prise en charge ou lors de toute prestation de services de santé rendus par ces intervenants, en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par d'autres intervenants, quel que soit le lieu où le patient reçoit des services de santé au Québec.

Le DSQ est un complément au dossier médical que celui-ci soit sur support papier ou électronique.

3.2 Intervenant habilité

Le médecin qui accepte volontairement de participer au DSQ ainsi que les membres de son personnel qu'il autorise à participer au DSQ.

3.3 Dossier médical électronique

Dossier médical homologué par le ministère qui regroupe des applications informatisées fournissant un ensemble de données longitudinales sur les patients. Il doit comprendre des outils d'aide aux ordonnances et à la prise de décision clinique. Il intègre également des fonctions de prise de rendez-vous, de facturation et autres tâches de gestion.

3.4 Programme DMÉ

Programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques par les médecins de première ligne convenu entre le Ministre et la FMOQ. Ce programme, basé sur un cycle de quatre (4) ans, est fondé sur le volontariat des médecins et leur engagement à utiliser le dossier médical électronique.

3.5 Groupe de médecine de famille (GMF)

Un GMF est un regroupement de médecins de famille adhérents à l *'Entente particulière relative aux groupes de médecine de famille*.

3.6 Cabinet privé

Un cabinet privé désigne une organisation qui offre des services professionnels de consultation en médecine générale avec ou sans rendez-vous. Il peut notamment s'agir d'un GMF ou d'un GMF-U hors établissement formé sur un ou plusieurs sites.

3.7 CLSC ou GMF-U en établissement

Un CLSC ou un GMF-U en établissement désigne une organisation qui offre des services professionnels de consultation en médecine générale avec ou sans rendez-vous. Il peut notamment s'agir d'un GMF ou d'un GMF-U en établissement formé sur un ou plusieurs sites.

4.0 PARTICIPATION AU DSQ

Cette section s'applique à tous les médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec sans égard à leur milieu d'exercice, à l'exception de l'article 4.5 qui ne s'applique qu'aux médecins participants au régime d'assurance maladie qui exercent en cabinet privé hors GMF.

4.1 Reconnaissance

4.1.1 Le Ministre et la Fédération conviennent que le DSQ a pour objectifs d'améliorer la qualité des soins, l'accessibilité aux soins et la continuité des services aux fins du suivi et de la prise en charge des patients.

4.1.2 Dans la poursuite de ces objectifs et en considération des modalités prévues à la présente entente particulière, le médecin qui utilise le DSQ s'engage à respecter les obligations légales et conventionnelles applicables découlant de son utilisation.

4.2 Adhésion au DSQ

Le médecin qui désire adhérer au DSQ peut se prévaloir de la présente entente en devenant un intervenant habilité. À cette fin, il doit obtenir un certificat d'authentification de personne et compléter le formulaire d'adhésion prescrit par les parties.

AVIS **:** *Pour adhérer au DSQ ou pour toute question concernant son utilisation, communiquer avec l'équipe régionale de déploiement du CISSS ou du CIUSSS. Le cas échéant, le CISSS ou le CIUSSS fera connaître au médecin la marche à suivre en vue de l'obtention d'un accès et en assurera le suivi.*

4.3 Obligations des parties

4.3.1 Afin de favoriser la participation au DSQ du médecin ayant adhéré à la présente entente particulière, le Ministre s'engage à :

1. rendre le DSQ accessible progressivement à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en première ligne, sans égard à leur lieu ou leur modèle de pratique, pour autant que le médecin y adhère;
2. rembourser, selon les modalités prévues à l'article 4.5, le médecin qui exerce en cabinet privé hors GMF pour l'achat des équipements nécessaires à l'utilisation du DSQ;
3. fournir au médecin le soutien technique permettant d'assurer le bon fonctionnement du DSQ;
4. mettre en place les mesures requises relatives à l'authentification du médecin et de son personnel ainsi que les mesures de sécurité requises afin d'assurer la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'irrévocabilité des renseignements en provenance directement du DSQ, sous réserves du paragraphe 2 de l'article 4.3.2.
5. fournir tout l'encadrement et l'assistance nécessaires au médecin et à son personnel pour permettre l'utilisation du DSQ;
6. fournir également au médecin et à son personnel la formation adéquate pour permettre l'utilisation du DSQ excluant celle relative à l'utilisation et le fonctionnement de base d'un ordinateur et des logiciels d'usage courant (ex. courriel, Internet, etc.).

4.3.2 Le médecin qui adhère au DSQ doit :

1. devenir un intervenant habilité;
2. utiliser le DSQ dans l'exercice de ses activités cliniques et s'abstenir de toute manœuvre susceptible de nuire au bon fonctionnement du DSQ;
3. participer au programme de formation visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DSQ;
4. utiliser le DSQ dans le respect de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels auxquels il a ainsi accès;
5. garder sous son contrôle le dispositif d'accès au DSQ et ne pas divulguer son numéro d'identification personnel;
6. utiliser les composantes du DSQ selon les procédures, conditions et normes élaborées et fournies par le Ministre;
7. s'assurer que les obligations précédentes sont respectées par son personnel;
8. aviser le Ministre de toutes irrégularités dans le fonctionnement du DSQ;
9. conserver toutes les pièces justificatives liées aux coûts des équipements informatiques et aux frais accessoires.

4.4 Responsabilité civile et professionnelle

4.4.1 Le Ministre garantit l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin par le biais du DSQ, à savoir que ces renseignements sont identiques à ceux émis ou produits par les producteurs de services autorisés à alimenter les domaines du DSQ.

4.4.2 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux patients d'un médecin ou à des tiers par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.3 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux biens appartenant au médecin ou au cabinet privé par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.4 Le Ministre est responsable de tout dommage causé aux patients ou autres tiers par le médecin, le cabinet privé ou ses représentants et découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

4.4.5 Le Ministre, ses mandataires et ses représentants n'engagent envers les patients et autres tiers, aucune responsabilité découlant d'une utilisation professionnelle par le médecin des renseignements contenus dans le DSQ, sous réserve d'une atteinte à l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin tel que le mentionne l'article 4.4 de la présente.

4.4.6 Le Ministre doit prendre fait et cause pour le médecin pour toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre ces derniers et découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.7 Le Ministre renonce à tous ses droits et recours contre le médecin ou le cabinet privé pour tout dommage aux composantes logicielles du DSQ causé par le médecin et, le cas échéant, par son personnel dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de la section 4.0 de la présente entente.

4.4.8 Le Ministre doit indemniser le médecin ou le cabinet privé pour tous les dommages subis par ce dernier à la suite d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.9 Le Ministre doit indemniser et rembourser tous les frais encourus aux fins de préparer et d'assurer la défense du médecin ou du cabinet privé dans le cadre d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 4.4.1 à 4.4.4.

4.4.10 Le médecin doit aviser promptement le Ministre de toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre eux.

4.5 Modalités de remboursement pour les équipements et les frais accessoires

4.5.1 Les parties évaluent à 2 000 $, taxes en sus, le coût des équipements informatiques et les frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ.

Les équipements et frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ sont énumérés à l'Annexe 1.

4.5.2 Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué pour l'achat d'équipements informatiques et pour des frais accessoires. Par conséquent, le remboursement ne peut excéder une somme de 1 400 $, taxes en sus.

4.5.3 Pour bénéficier des modalités de remboursement, le médecin doit avoir acquis des équipements ou payer des frais accessoires prévus à l'annexe 1 et avoir obtenu, au plus tard dans les trente (30) jours suivant l'installation des équipements, l'approbation de conformité de l'organisme approprié désigné par le ministre.

À défaut par l'organisme d'approuver le tout dans le délai requis, le médecin pourra demander le remboursement.

4.5.4 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ce remboursement au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au DSQ.

4.5.5 Le médecin qui a acquis ses équipements informatiques au cours des six (6) mois précédant le déploiement du DSQ dans sa localité est admissible à ce remboursement sur présentation d'un formulaire à cet effet.

Dans un tel cas, le cycle de quatre (4) ans pour avoir droit à nouveau au remboursement est prolongé d'autant de mois.

4.5.6 Par site, le cabinet privé se fait rembourser, sur présentation d'un formulaire à cet effet, l'achat d'un commutateur d'une valeur maximale de 146 $, taxes en sus, pour un cycle de quatre (4) ans ainsi que l'accès à un lien Internet d'une valeur maximale de 1 200 $, taxes en sus, annuellement.

4.5.7 Le médecin qui possède déjà ses équipements informatiques et qui a accès au DSQ peut bénéficier du remboursement d'un commutateur et de l'accès au lien Internet selon les modalités prévues à l'article 4.5.6.

4.5.8 Les parties évaluent le coût non récurrent du câblage à 300 $, taxes en sus, par médecin. Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le cabinet privé se fait rembourser 70 % des coûts non récurrents de câblage jusqu'à concurrence d'un montant de 210 $, taxes en sus, par médecin.

Il est entendu que toute situation complexe engendrant des frais inhabituels doit être soumise pour appréciation et décision, au comité paritaire, tel que le prévoit l'article 32.00 de l'entente générale.

4.5.9 Le médecin qui possède déjà ses équipements informatiques et qui a accès au DSQ peut bénéficier du remboursement de ses frais de câblage selon les modalités prévues à l'article 4.5.8.

4.5.10 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du DSQ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin ou le cabinet transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, G1S 2M1.

AVIS **:** *Aucune demande de remboursement ne doit être acheminée à l'adresse susmentionnée. Pour les coordonnées d'envoi, voir l'avis sous le paragraphe 4.5.*

4.6 Formation et familiarisation

4.6.1 Médecin pratiquant en cabinet privé

Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, un forfait de formation et de familiarisation d'une valeur de 1 800 $ est versé au médecin qui participe au DSQ à raison de 600 $ par mois pendant trois (3) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

Toutefois, un tel forfait ne s'applique pas dans l'éventualité où le médecin a déjà adhéré au Programme DMÉ.

4.6.2 Médecin pratiquant en CLSC ou en GMF-U en établissement

Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, un forfait de formation et de familiarisation d'une valeur de 1 350 $ est versé au médecin qui participe au DSQ à raison de 450 $ par mois pendant trois (3) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

Toutefois, un tel forfait ne s'applique pas dans l'éventualité où le médecin a déjà adhéré au Programme DMÉ.

AVIS **:** *Pour les sommes indiquées dans le tableau, les taxes sont en sus.*

Tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du DSQ

Description	Bénéficiaire du remboursement	Somme maximale	Subvention 70 %	Subvention 100 %	Période du remboursement
Équipements informatiques et frais accessoires	Médecin en cabinet privé hors GMF seulement	2 000 $	1400 $		Pour 4 ans
Commutateur	Cabinet privé hors GMF seulement	146 $ par site		146 $	Pour 4 ans
Lien Internet	Cabinet privé hors GMF seulement	1200 $/an par site		1 200 $/an	Chaque année pour 4 ans
Câblage	Médecin en cabinet privé hors GMF seulement	300 $	210 $		Non récurrent
Forfait de formation et de familiarisation*	En cabinet	1 800 $		600 $/mois pendant 3 mois	Non récurrent
	En CLSC ou en GMF-U en établissement	1 350 $		450 $/mois pendant 3 mois	Non récurrent

* Aucun remboursement dans le cadre du DSQ si le médecin a été remboursé par le PQADMÉ auquel il a adhéré en premier.

5.0 PARTICIPATION AU PROGRAMME DMÉ

Cette section s'applique à tous les médecins participants au régime d'assurance maladie du Québec œuvrant en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-U en établissement. Pour le médecin qui adhère au DSQ alors qu'il participe déjà au Programme DMÉ, les articles 4.5 et 4.6 de la section 4.0 relative à la participation au DSQ ne s'appliquent pas.

Le Programme DMÉ est valide pour un cycle de quatre (4) ans au cours duquel le médecin ne peut s'en prévaloir qu'une seule fois.

5.1 Conditions de participation au Programme DMÉ

5.1.1 Le médecin qui désire adhérer au Programme DMÉ peut se prévaloir de la présente entente aux conditions suivantes :

1. il est un intervenant habilité au DSQ selon les modalités de l'article 4.2 ou il s'est engagé à le devenir dans les trois (3) mois qui suivront le dépôt d'une proposition d'adhésion au DSQ, en complétant le formulaire prévu à cette fin;
2. il satisfait aux critères d'inscription du Programme DMÉ énumérés à l'article 5.1.2 et a transmis son formulaire d'adhésion prévu à l'annexe 2 aux services d'administration du Programme;

AVIS **:** *Le formulaire d'adhésion n'est plus disponible, car le programme a pris fin le 31 août 2016.*

5.1.2 Pour satisfaire aux critères d'inscription au Programme DMÉ, le médecin doit :

1. être en règle avec le Collège des médecins du Québec;
2. offrir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;
3. offrir des services de prise en charge et de suivi de patients en première ligne.

   À cet égard, le groupe au sein duquel un médecin exerce, le cas échéant, doit cumuler une moyenne d'au moins trois cents (300) patients inscrits par médecin.

Le médecin qui débute sa pratique ou celui qui réoriente sa pratique pour faire de la prise en charge et du suivi de patients est exclu du calcul de la moyenne d'un groupe et est éligible au Programme DMÉ s'il rencontre les autres critères prévus à l'article 5.1.2.

Toute autre situation, incluant celle du médecin pratiquant en solo, doit être soumise au comité paritaire.

4. s'inscrire, à son choix, dans un seul milieu de pratique lorsqu'il exerce dans plus d'un lieu, à l'exception du médecin membre d'un GMF qui doit obligatoirement s'inscrire dans ce milieu, sauf exception autorisée par le comité paritaire.

5. s'assurer de l'adhésion d'un minimum de 50 % des médecins œuvrant dans un cabinet privé;

6. utiliser un seul DMÉ homologué au sein du cabinet privé, du GMF en CLSC ou du GMF-U en établissement, sauf dans les cas des GMF multi-sites ayant implantés plus d'un DMÉ avant l'accréditation du GMF.

7. recevoir un seul remboursement pour le même objet.

5.2 Obligations des parties relativement au Programme DMÉ

5.2.1 Afin de favoriser la participation du médecin ayant adhéré au Programme DMÉ, le Ministre s'engage à :

1. fournir à l'ensemble des médecins la liste des solutions DMÉ homologuées;

2. rendre le Programme DMÉ accessible à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en cabinet privé, en GMF en CLSC ou en GMF-U en établissement, sans égard à leur lieu ou modèle de pratique, pour autant qu'ils respectent les conditions de participation et les critères d'inscription du Programme DMÉ;

3. rembourser ou payer, le cas échéant, selon les modalités prévues aux articles 5.3 à 5.6, le médecin pour :

1. Le médecin en cabinet privé hors GMF pour :

l'achat des équipements et autres frais accessoires;

les coûts d'implantation;

les coûts de soutien à la gestion du changement;

les licences et les frais d'exploitation d'opération du DMÉ;

les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.

2. Le médecin en cabinet GMF pour :

les coûts d'implantation;

les coûts de soutien à la gestion du changement;

les licences et les frais d'opération du DMÉ;

les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.

3. Le médecin en GMF en CLSC ou en GMF-U en établissement pour :

les coûts du soutien à la gestion du changement;

les forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ.

5.2.2 Le médecin qui adhère à la présente entente particulière doit :

1. satisfaire aux critères d'inscription;

2. adhérer au DSQ ou s'engager à y adhérer au plus tard dans les 3 (trois) mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le ministre;
3. respecter les exigences du programme DMÉ dont notamment les jalons d'intégration du DMÉ prévus à l'annexe 3;
4. utiliser le DMÉ dans l'exercice de ses activités cliniques au plus tard dans les neuf (9) mois qui suivent leur adhésion au Programme DMÉ;
5. participer au programme de formation et de soutien visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DMÉ;
6. conserver toutes les pièces justificatives liées à l'achat des équipements informatiques et autres frais accessoires, aux frais d'implantation, aux coûts de soutien à la gestion du changement, au coût des licences et frais d'opération du DMÉ, selon le cas;
7. collaborer au processus de validation de l'utilisation une fois l'implantation complétée;
8. convenir, lors de son adhésion au Programme DMÉ, d'une entente de répartition des sommes reçues en vertu de la présente entente entre lui et les médecins de son cabinet privé concernant, notamment, les modalités relatives à l'arrivée ou au départ d'un médecin dans le cabinet privé.

5.3 Modalités de participation applicables au médecin de cabinet privé hors GMF

5.3.1 Équipements et frais accessoires

5.3.1.1 Les parties évaluent à 5 000 $, taxes en sus, par médecin, le coût des équipements informatiques et les frais accessoires nécessaires à l'intégration d'un DMÉ et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 $, taxes en sus.

5.3.1.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir acquis des équipements ou avoir encouru des frais accessoires qui figurent à l'annexe 4 et avoir obtenu, au plus tard dans les trente (30) jours suivant l'installation des équipements, l'approbation de conformité de l'organisme approprié désigné par le ministre.

À défaut par l'organisme d'approuver le tout dans le délai requis, le médecin pourra demander le remboursement.

5.3.1.3 Par site, le cabinet privé se fait rembourser, sur présentation d'un formulaire à cet effet, l'achat d'un commutateur d'une valeur maximale de 146 $, taxes en sus, ainsi que l'accès à deux liens Internet d'une valeur maximale de 2 400 $, taxes en sus, annuellement.

5.3.1.4 Les parties évaluent le coût non récurrent du câblage à 300 $, taxes en sus, par médecin. Sur présentation d'un formulaire à cet effet, le cabinet privé se fait rembourser 70 % des coûts non récurrents de câblage jusqu'à concurrence d'un montant de 210 $, taxes en sus, par médecin.

Il est entendu que toute situation complexe engendrant des frais inhabituels doit être soumise pour appréciation et décision, au comité paritaire, tel que le prévoit l'article 32.00 de l'entente générale. Ces frais ne sont toutefois payables qu'une seule fois.

5.3.1.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin ou le cabinet privé transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, G1S 2M1.

AVIS **:** *Aucune demande de remboursement ne doit être acheminée à l'adresse susmentionnée. Pour les coordonnées d'envoi, voir l'avis sous le paragraphe 5.3.*

5.3.1.6 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.3.1.7 Le médecin qui s'est prévalu des remboursements prévus aux articles 4.5.2, 4.5.5, 4.5.6 et 4.5.7 pour l'équipement et les frais accessoires nécessaires à l'utilisation du DSQ voit le montant auquel il a droit en vertu des articles 5.3.1.1 et 5.3.1.3, pour le lien Internet uniquement, réduit d'un montant équivalent.

5.3.2 Implantation et gestion du changement

5.3.2.1 Les parties évaluent à 5 000 $, taxes en sus, les frais d'implantation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 $, taxes en sus.

5.3.2.2 Les parties évaluent à 2 200 $, taxes en sus, les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 2 200 $, taxes en sus.

5.3.2.3 Pour bénéficier des remboursements prévus aux articles 5.3.2.1 et 5.3.2.2, le médecin doit avoir encouru des frais d'implantation et de gestion du changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.3.2.4 Les frais d'implantation et de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.3.2.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin privé transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

> ***AVIS*** **:** *Aucune demande de remboursement ne doit être acheminé à l'adresse susmentionnée. Pour les coordonnées d'envoi, voir l'avis sous le paragraphe 5.3.*

5.3.3 Frais d'acquisition et d'opération des licences

5.3.3.1 Les parties évaluent à 2 000 $ par année, taxes en sus, les frais d'acquisition et d'opération des licences d'exploitation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 400 $ par année, taxes en sus.

5.3.3.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération de licences qui figurent à l'Annexe 4.

5.3.3.3 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.3.3.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

> ***AVIS*** **:** *Aucune demande de remboursement ne doit être acheminée à l'adresse susmentionnée. Pour les coordonnées d'envoi, voir l'avis sous le paragraphe 5.3.*

5.3.4 Forfaits incitatifs à la participation

5.3.4.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 3 600 $ sont versés au médecin à raison de 600 $ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.3.4.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 800 $ à raison de 600 $ par mois pendant trois (3) mois.

5.4 Modalités de participation applicables au médecin de cabinet privé en GMF

AVIS **:** *Voir l'avis sous le paragraphe 5.3.*

5.4.1 Équipements et frais accessoires

Le médecin de cabinet privé en GMF n'a droit à aucun remboursement à ce chapitre.

5.4.2 Implantation et gestion du changement

5.4.2.1 Les parties évaluent à 5 000 $, taxes en sus, les frais d'implantation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 3 500 $, taxes en sus.

5.4.2.2 Les parties évaluent à 2 200 $ taxes en sus les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 2 200 $, taxes en sus.

5.4.2.3 Pour bénéficier des remboursements prévus aux articles 5.4.2.1 et 5.4.2.2, le médecin doit avoir encouru des frais d'implantation et de gestion de changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.4.2.4 Les frais d'implantation et de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.4.2.5 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

> ***AVIS*** **:** *Aucune demande de remboursement ne doit être acheminée à l'adresse susmentionnée. Pour les coordonnées d'envoi, voir l'avis sous le paragraphe 5.3.*

5.4.3 Frais d'acquisition et d'opération des licences

5.4.3.1 Les parties évaluent à 2 000 $ par année, taxes en sus, les frais d'acquisition et d'opération des licences d'exploitation d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 70 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'à concurrence d'un montant de 1 400 $ par année, taxes en sus.

5.4.3.2 Pour bénéficier de ce remboursement, le médecin doit avoir encouru des frais d'acquisition et d'opération des licences qui figurent à l'Annexe 4.

5.4.3.3 Sous réserve de l'article 6.2, le médecin est admissible à ces remboursements au terme de chaque cycle de quatre (4) ans à compter de son adhésion au Programme DMÉ.

5.4.3.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cet effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS **:** *Aucune demande de remboursement ne doit être acheminée à l'adresse susmentionnée. Pour les coordonnées d'envoi, voir l'avis sous le paragraphe 5.3.*

5.4.4 Forfaits incitatifs à la participation

5.4.4.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 3 600 $ sont versés au médecin à raison de 600 $ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.4.4.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 800 $ à raison de 600 $ par mois pendant trois (3) mois.

5.5 Modalités de participation applicables au médecin de GMF en CLSC ou de GMF-U en établissement

5.5.1 Équipements, frais accessoires, frais d'implantation, frais d'acquisition et d'opération des licences

Le médecin de GMF en CLSC ou de GMF-U en établissement n'a droit à aucun remboursement à ce chapitre.

5.5.2 Gestion du changement

5.5.2.1 Les parties évaluent à 1 650 $, taxes en sus, les frais de soutien à la gestion du changement d'un DMÉ qui figurent à l'Annexe 4, et le médecin se fait rembourser une somme équivalente à 100 % de l'investissement effectué à cette fin jusqu'a concurrence d'un montant de 1 650 $, taxes en sus.

5.5.2.2 Pour bénéficier des remboursements prévus à l'article 5.5.2.1, le médecin doit avoir encouru des frais de gestion de changement qui figurent à l'Annexe 4.

5.5.2.3 Les frais de gestion du changement ne sont payables qu'une seule fois.

5.5.2.4 Toute demande de remboursement doit être présentée au service d'administration du Programme DMÉ à l'aide des formulaires prévus à cette effet. Le médecin transmet par la suite les informations nécessaires au remboursement à l'adresse suivante : MSSS, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, G1S 2M1.

AVIS **:** *Aucune demande de remboursement ne doit être acheminée à l'adresse susmentionnée. Pour les coordonnées d'envoi, voir l'avis sous le paragraphe 5.3.*

5.5.3 Forfaits incitatifs à la participation

5.5.3.1 Sur présentation d'un formulaire transmis au MSSS à cet effet, des forfaits incitatifs à la participation au Programme DMÉ d'une valeur totale de 2 700 $ sont versés au médecin à raison de 450 $ par mois pendant six (6) mois. Ces frais ne sont admissibles qu'une seule fois.

5.5.3.2 Dans le cas où le médecin a déjà bénéficié du forfait de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 pour sa participation au DSQ, les forfaits incitatifs seront réduits à 1 350 $ à raison de 450 $ par mois pendant trois (3) mois.

6.0 ENGAGEMENT DES PARTIES

6.1 La présente entente est conclue en tenant compte du contexte juridique en vigueur au moment de la signature, dont notamment le décret 757-2009 du 18 juin 2009 modifié le 23 juin 2010 par le décret 566-2010. Toute modification de la législation applicable amènera les parties à reconduire ou à renégocier les modalités de la présente entente ou, encore, à y mettre fin, selon le cas.

6.2 Il est entendu que tous les coûts récurrents associés au DSQ ou au Programme DMÉ prévus dans la présente entente seront réévalués par les parties au terme d'un cycle de quatre (4) ans calculé à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente.

Tableau récapitulatif des remboursements accordés dans le cadre du PQADMÉ

	Bénéficiaire du remboursement				**Subvention**		
Description	**Médecin cabinet privé GMF**	**Médecin cabinet hors GMF**	**Médecin GMF en CLSC ou GMF-U en établissement**	**Somme maximale**	**70 %**	**100 %**	**Période du remboursement**
Équipements informatiques et frais accessoires *	Non	Oui	Non	5 000 $	3500 $		Pour 4 ans
Commutateur (par site)	Non	Oui (par cabinet)	Non	146 $		146 $	Pour 4 ans
Lien Internet (2 par site) *	Non	Oui (par cabinet)	Non	2 400 $		2 400 $	Chaque année pour 4 ans
Câblage	Non	Oui	Non	300 $	210 $		Non récurrent
Frais d'implantation	Oui	Oui	Non	5 000 $	3500 $		Non récurrent
Acquisition et opération des licences	Oui	Oui	Non	2 000 $ par année	1400 $		Chaque année pour 4 ans
Gestion du changement	Oui	Oui	Oui	Cabinet 2 200 $ GMF en CLSC ou GMF-U en établissement 1 650 $		2 200 $ 1 650 $	Non récurrent
Forfait incitatif à la participation *	Oui	Oui	Oui	Cabinet 3 600 $ GMF en CLSC ou GMF-U en établissement 2 700 $		600 $ par mois pendant 6 mois 450 $ par mois pendant 6 mois	Non récurrent

* Remboursement à ajuster selon ce qui a été remboursé au médecin ayant adhéré au DSQ en premier.

7.0 SOURCES DE FINANCEMENT

7.1 DSQ

7.1.1 Le coût du remboursement par le Ministre des équipements et des frais prévus à l'article 4.5 est financé par un budget spécifique hors enveloppe.

Cependant, si le médecin adhère au programme DMÉ avant que le DSQ soit disponible dans sa localité, le remboursement de l'achat des équipements et des frais prévus à l'article 4.5 est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale jusqu'à ce que le médecin adhère au DSQ. À compter de ce moment, le Ministre rembourse l'enveloppe générale au prorata des années financières à même un budget spécifique hors enveloppe pour l'achat des équipements et le paiement des frais prévus à l'article 4.5.2. Quant au lien Internet, prévu à l'article 4.5.6, le Ministre en rembourse la totalité par ce budget spécifique pour les années financières restantes.

7.1.2 Le coût du remboursement des forfaits de formation et de familiarisation prévu à l'article 4.6 est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale.

7.2 Programme DMÉ

7.2.1 Le coût du remboursement par le Ministre des équipements et autres frais prévus à l'article 5.3.1 en cabinet privé non GMF est financé par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale, sauf pour la portion DSQ qui est financée par un budget spécifique hors enveloppe selon les modalités prévues à l'article 7.1.1.

7.2.2 Le coût du remboursement des frais d'acquisition et d'opération des licences et des frais d'implantation, du soutien à la gestion du changement ainsi que des forfaits incitatifs à la participation en cabinet privé, GMF ou non GMF, sont financés par les sommes allouées dans le cadre de l'entente générale. Il en est de même pour le soutien à la gestion du changement et des forfaits incitatifs à la participation en GMF en CLSC et en GMF-U en établissement.

7.3 SUIVI DE L'ENTENTE

7.3.1 Les parties s'engagent à mettre sur pied un comité conjoint chargé de faire le suivi des coûts découlant de l'application de cette entente.

Advenant qu'une non-atteinte ou un dépassement des coûts soit observé, les parties s'engagent à apporter immédiatement tous les correctifs requis dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire aux fins du Programme DMÉ prévue pour toute la durée de l'entente et, le cas échéant, continuer d'assurer le financement à même l'enveloppe globale prédéterminé.

8.0 DURÉE ET DISPOSITION TRANSITOIRE

8.1 La présente entente particulière prend fin le 31 août 2016.

AVIS **:** *Les médecins déjà inscrits peuvent continuer à bénéficier des remboursements selon les critères établis au paragraphe 8.2.*

8.2 Malgré les dispositions de l'article 8.1 ci-dessus, la présente entente demeure en vigueur pour un médecin qui, au 31 août 2016, n'a pas atteint le maximum des remboursements prévus à la présente entente particulière dans le cadre du premier cycle de quatre ans à partir de sa date d'acceptation tel que stipulé aux articles 4.5, 4.6 et 5.0. Un tel médecin peut continuer à se prévaloir de la présente entente particulière et des divers remboursements prévus, et ce, jusqu'à l'arrivée de la première des deux éventualités suivantes :

- i) l'atteinte de leur cycle de quatre ans soit au plus tard le 30 août 2020;

ou,

- ii) jusqu'à concurrence de l'atteinte du remboursement maximal prévu, pour chaque catégorie de remboursement, dans le cadre du premier cycle de quatre ans.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de août 2012.

YVES BOLDUC	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1

ÉQUIPEMENTS INFORMATIQUES ET FRAIS ACCESSOIRES EN CABINET PRIVÉ HORS GMF

Les équipements et frais accessoires suivants font partie intégrante de l'évaluation de 2 000 $, taxes en sus, effectuée par les parties :

Ordinateur;

Écran;

Souris;

Clavier;

Imprimante;

Antivirus;

Installation;

Assurance;

Garantie;

Matériel et logiciel d'accès de sécurité;

Coûts des services reçus des CSA.

ANNEXE 2

FORMULAIRES D'ADHÉSION AU PROGRAMME DMÉ

AVIS **:** *Le formulaire d'adhésion n'est plus disponible, car le programme a pris fin le 31 août 2016.*

ANNEXE 3

JALONS D'AVANCEMENT

Jalons d'avancement	Remboursements et autres incitatifs
1.Adhésion La première étape est complétée lorsque le médecin concerné a signé son adhésion au programme conformément au formulaire prévu à l'annexe 2.	Le médecin accède aux services fournis par le programme.
2.Implantation du DMÉ dans la pratique Le médecin acquiert l'équipement, les licences d'un DMÉ homologué et il procède à l'implantation du DMÉ dans sa pratique. Il bénéficie d'un soutien à l'implantation de même qu'à la gestion du changement. Le Ministère confirme l'implantation d'un DMÉ homologué. Le médecin transmet au Ministre, selon les modalités prévues à l'entente, les formulaires attestant les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements, l'acquisition et l'implantation du DMÉ et pour le recours à des services de gestion du changement.	Le Ministre rembourse au médecin les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements et l'acquisition d'un DMÉ selon les modalités de l'entente. Il rembourse également, selon les modalités de l'entente, les frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement jusqu'à concurrence de 50 %.
3.Utilisation récurrente du DMÉ Le médecin utilise minimalement 6 des 12 fonctionnalités du DMÉ (voir tableau ci-dessous). Il confirme son atteinte des 6 fonctionnalités par le biais d'une attestation transmise au Ministre.	Le Ministre rembourse au médecin l'autre portion de 50 % relatif aux frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement.
4.Adhésion au DSQ Le médecin adhère au DSQ ou s'engage à y adhérer au plus tard dans les 3 mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le Ministre.	Le Ministre poursuit le remboursement au médecin des frais récurrents.

Fonctionnalités du DMÉ

1 Entrer les notes de consultation

2 Entrer les listes de problèmes

3 Entrer les allergies

4 Entrer les vaccinations

5 Entrer les signes vitaux

6 Entrer et imprimer les nouvelles ordonnances ou les renouvellements

7 Créer des alertes automatisées dans le DMÉ

8 Créer des rappels automatisés dans le DMÉ

9 Recevoir les résultats de laboratoire dans le DMÉ

10 Recevoir les résultats d'imagerie diagnostique (ID) dans le DMÉ

11 Accéder aux rapports en milieu hospitalier et aux synthèses de consultation à partir du DMÉ

12 Créer des demandes ou des rapports de consultation

ANNEXE 4

FRAIS REMBOURSABLES

1. Les équipements et frais accessoires suivants font partie intégrante de l'évaluation de 5 000 $, taxes en sus :

    Ordinateur;

    Serveur;

    Écran;

    Souris;

    Clavier;

    Imprimante;

    Antivirus;

    Installation;

    Assurance;

    Garantie;

    Numériseur;

    Unité UPS;

    Modem;

    Matériel et logiciel d'accès de sécurité;

    Coût de base pour le soutien technique (CSA).

Cette évaluation inclut le personnel travaillant avec le médecin.

2. Les coûts d'implantation suivants font partie intégrante de l'évaluation de 5 000 $, taxes en sus :

   Coût de migration de données;

   Coût de numérisation;

   Matériel supplémentaire (maximum 1000 $);

   Formation de base par les fournisseurs de DMÉ;

   Soutien à la mise en œuvre sur le plan technologique et professionnel.

3. Les coûts d'acquisition et d'opération des licences suivants font partie intégrante de l'évaluation de 8 000 $, taxes en sus :

   Coût d'acquisition du logiciel DMÉ;

   Coût d'entretien du logiciel DMÉ;

   Coût annuel d'utilisation des licences;

   Coût supplémentaire de soutien technique (CSA);

   Coût d'hébergement des données;

   Soutien par le fournisseur.

4. Les coûts de gestion du changement suivants font partie intégrante de l'évaluation de 2 200 $, taxes en sus :

   Rémunération et coût de participation aux journées d'information sur le Programme DMÉ;

   Rémunération et coût de participation à des ateliers de formation accrédités;

   Coûts associés à des services de mentorat individuel par les pairs ou par des tiers compétents dans le domaine;

   Coûts de services de soutien à la gestion du changement rendus sur place par les experts conseils.

Le temps consacré aux activités de soutien à la gestion du changement ne peut être imputé au temps de formation annuelle reconnu annuellement au médecin.

EP 49 - PROGRAMME SPÉCIFIQUE (CHSGS)

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Le comité paritaire transmet à la Régie le nom de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné qui gère le programme visé.

1.02 À titre informatif, l'annexe des présentes, outre l'identification de l'installation de l'établissement fusionné ou non fusionné, comprend également la description du programme régi par la présente entente particulière.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire, prévue à la présente entente particulière, couvre :

a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin;

b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins au patient;

c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale, aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche du patient.

AVIS **:** ***Autres que les services pré-hospitaliers***

Utiliser les codes d'activité :

*- **054015** Examens relatifs à l'hépatite C*

*- **054030** Services cliniques*

*- **054032** Rencontres multidisciplinaires*

*- **054043** Tâches médico-administratives et hospitalières*

*- **054055** Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*

*- **054098** Services de santé durant le délai de carence*

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'Annexe XX pour les codes d'activité permis et les secteurs de dispensation à utiliser.

Pour les services rendus dans la clinique de la douleur, veuillez vous référer à la Lettre d'entente nº 356 *pour connaître les codes d'activité à utiliser.*

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'Entente générale, le médecin qui assure la dispensation des activités professionnelles visées aux présentes est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, s'il est détenteur d'une nomination avec qualités de temps plein ou de demi-temps, soit au tarif horaire, s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération. Toutefois, lorsque le mode mixte est institué dans le programme en question, le médecin peut opter pour ce mode de rémunération pour l'ensemble de ses activités au sein du programme au lieu de celui des honoraires fixes ou du tarif horaire.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547)*.

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière – Programme spécifique d'un CHSGS.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Le nombre d'heures qui est allouée sur une base annuelle à un établissement énuméré à l'annexe de la présente entente particulière pour l'ensemble des activités visées aux présentes, est déterminé par le ministre, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 7.00 de la présente entente particulière. Lorsque le mode mixte est institué dans un programme visé aux présentes, le nombre d'heures s'applique seulement à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et du tarif horaire, et non au mode mixte.

5.02 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable des soins médicaux, après consultation des médecins concernés.

5.03 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en œuvre d'une entente particulière.

7.00 ADHÉSION ET RETRAIT

7.01 Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière et les modalités de retrait de celle-ci.

7.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et la majorité des médecins qui dispensent des activités professionnelles dans le programme visé par la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération.

7.03 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01 et en informe la Régie conformément au paragraphe 5.03.

7.04 Une demande ayant pour objet le retrait d'une installation de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'assentiment du comité paritaire.

7.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion à la présente entente ou à leur retrait de celle-ci, le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération.

7.06 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties, après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés.

8.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 La présente entente particulière prend effet le 1er octobre 2013 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce e jour de 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1

Liste des programmes d'établissements adhérents à l'entente particulière relative aux programmes spécifiques

AVIS **:** *Voir la liste des installations désignées à l'annexe I de l'EP 49 – Programme spécifique (CHSGS).*

EP 50 - ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES (URGENCE ÉTABLISSEMENT)

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES RÉALISÉES DANS LE CADRE DU SERVICE D'URGENCE D'UN ÉTABLISSEMENT

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin chef du service d'urgence d'un établissement et, le cas échéant, de celui qui l'assiste;

1.02 Est considéré comme admissible à la présente entente, toute installation qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés au sein d'un établissement et qui répond aux conditions suivantes :

a) Elle opère un service d'urgence ouvert 24 heures par jour, tous les jours de la semaine;

b) Elle dispense des services en anesthésie et en chirurgie;

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

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

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives du chef du service d'urgence couvertes par la présente entente sont analogues à celles qu'assume le chef de département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). L'annexe I des présentes décrit ce que peuvent être les activités d'un chef de service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste;

3.02 Est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à la participation du chef du service d'urgence aux activités reliées à l'organisation des services d'urgence de la région par le département régional de médecine générale (DRMG).

3.03 Sous réserve du paragraphe 3.04, dans le cas où l'établissement ne compte qu'une installation admissible à la présente entente, au moins 60 % du nombre de forfaits alloués à un établissement en vertu de la présente entente doit être attribué au médecin qui assume la fonction de chef du service d'urgence.

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

3.04 Dans le cas où le chef du service d'urgence ou le médecin qui l'assiste n'est pas un médecin omnipraticien ou n'est pas couvert par l'entente générale des médecins omnipraticiens, le nombre de forfaits alloués en vertu de la présente entente est réévalué par le comité paritaire qui doit tenir compte notamment, de l'importance de la participation des médecins omnipraticiens à la dispensation des services au service d'urgence de l'installation ou de l'établissement, selon le cas.

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

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

Installation (ou établissement selon le cas) du groupe I : 676 forfaits par année
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe II : 406 forfaits par année
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe III : 270 forfaits par année

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

Malgré les dispositions du second alinéa qui précède, entre le 1er juin 2022 et le 31 décembre 2022, le nombre de forfaits alloué pour le groupe est le suivant :
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe I : 396 forfaits par année
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe II : 238 forfaits par année
Installation (ou établissement selon le cas) du groupe III : 158 forfaits par année

AVIS **:** *Voir la liste* Installations désignées à l'entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'une installation en vertu du paragraphe 3.06.

3.07 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin comme chef du service d'urgence ainsi que de tout médecin appelé à se prévaloir des dispositions du paragraphe
3.00 de la présente entente.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement (50).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.00 MÉDECINS AUTRES QUE LE CHEF (INCLUANT LE CHEF ET CELUI QUI L'ASSISTE)

4.01 Activités rémunérées

Aux fins des présentes dispositions, les activités visées couvrent celles accomplies par le médecin dans le cadre des privilèges et obligations qui sont rattachés à son avis de nomination dans le service d'urgence de son établissement. Elles couvrent la participation du médecin aux réunions des comités, à l'exclusion du temps de préparation ou de la réalisation de tout mandat découlant de sa participation, dont la liste paraît ci-dessous. Aucun comité du CMDP ne doit être compris comme figurant à la liste. De plus, aucune réunion en lien avec l'enseignement, la dispensation de cours ou d'exposés aux étudiants, résidents ou autres professionnels de la santé ne fait partie des comités visés en vertu de la présente disposition

Les réunions de ces comités doivent se dérouler au sein de l'établissement, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Les présences doivent être consignées et un procès-verbal de ces réunions doit être préparé et remis aux membres. De plus, la participation d'un médecin à une telle réunion doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'un moyen technologique permettant de participer à distance.

Dans l'éventualité où la participation aux réunions d'un comité visé entraîne également la participation d'un médecin à un ou plusieurs sous-comités de travail d'un tel comité, la participation du médecin aux réunions d'un tel sous-comité doit également rencontrer l'ensemble des exigences prévues à la présente entente et être identifiée selon le code du comité auquel il se rattache.

Les comités visés par les présentes dispositions sont les suivants

XXX01 Comités sur l'organisation et la gestion de l'urgence

- Comité de révision continue du processus de gestion de l'urgence (inclut le comité alliance);
- Comité sur la qualité du triage à l'urgence;
- Comité sur le contrôle et la prévention des infections;
- Comité de développement et suivi des ordonnances collectives;
- Comité des accidents/incidents;
- Comité des plaintes;
- Comité de l'utilisation et la pertinence des tests de laboratoire;
- Comité sur des projets d'amélioration de la qualité ou d'optimisation (excluant les comités Lean);
- Comité d'amélioration continue de la qualité (inclut le comité d'agrément);

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19883** pour l'avant-midi;*

*- le code de facturation **19884** pour l'après-midi ou la soirée;*

- le nombre de forfaits selon le moment de la journée où s'est tenu le comité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

XXX02 Comités médico-cliniques

- Comité de traumatologie;
- Comité des victimes blessure médullaire;
- Comité des victimes de brûlures graves;
- Comité pour les victimes d'amputation traumatique nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence;
- Comité du don et de transplantation d'organes et de tissus;
- Comité morbidité/mortalité;
- Comité sur les personnes victimes d'AVC;
- Comité infarctus du myocarde aigu ST;
- Comité de réanimation;
- Comité de médecine transfusionnelle;

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19885** pour l'avant-midi;*

*- le code de facturation **19886** pour l'après-midi ou la soirée;*

- le nombre de forfaits selon le moment de la journée où s'est tenu le comité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

XXX03 Comités sur la participation à la gestion hospitalière

- Comité des technologies de l'information;
- Comité sur les projets cliniques immobiliers;
- Comité sur les désastres et plan de contingence.

AVIS **:** *Inscrire :*

*- le code de facturation **19887** pour l'avant-midi;*

*- le code de facturation **19888** pour l'après-midi ou la soirée;*

- le nombre de forfaits selon le moment de la journée où s'est tenu le comité.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

4.02 Modalités d'application

a) Pour une journée, le médecin doit consacrer au moins une (1) heure complétée à une activité reconnue ci-dessus, à défaut de quoi sa participation n'est pas rémunérée

b) Il ne peut facturer plus de sept (7) forfaits par demi-journée d'activités.

4.03 Banque de forfaits alloués

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

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

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

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

b) En regard de la présente entente particulière, l'année d'application est l'année civile.

c) Le nombre de forfaits de base alloué à chaque installation de l'établissement est applicable dans un service où la totalité des services médicaux du service d'urgence est assurée par des médecins de médecine générale. Dans le cas où des médecins spécialistes assurent une partie des services, le nombre de forfaits effectivement alloués en vertu de la présente entente est réévalué par le comité paritaire qui doit tenir compte notamment, de l'importance de la participation des médecins omnipraticiens à la dispensation des services au service d'urgence de chaque installation de l'établissement concerné

Malgré les dispositions du deuxième paragraphe de l'alinéa a) ci-dessus, dans le cas où une installation ou un établissement ne répond pas à l'une ou l'autre des conditions précisées aux sous-paragraphes 1.02 a) et 1.02 b), le nombre de forfaits alloués à l'installation ou l'établissement concerné est sujet à un rajustement à la baisse par le comité paritaire.

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

AVIS **:** *Voir la liste* Installations désignées à l'entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du services d'urgence d'une installation en vertu du paragraphe 4.03 D.

e) La répartition entre les médecins du nombre de forfaits alloués à l'établissement pour chaque installation visée est sous la responsabilité du chef du service d'urgence et, le cas échéant, du chef de département clinique de médecine générale dans le cas où celui-ci assume la responsabilité du service d'urgence de l'installation. Elle doit être basée sur l'importance de la participation de chaque médecin aux réunions des comités visées par le présent paragraphe et en respect de la banque de forfaits allouée à l'établissement.

4.04 Les dispositions de l'article 4.00 ne s'appliquent pas au médecin rémunéré en vertu de l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte du Centre de santé Chibougamau, ainsi que l'Entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre de santé et de services sociaux des Îles.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les activités visées aux présentes sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits. Le montant du forfait est de 70,05 $ au 1er septembre 2018 et de 70,75 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** ***Chef du service d'urgence***

*- utiliser le code de facturation **19040**;*

- indiquer le nombre de forfaits.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** ***Médecin autre que le chef du service d'urgence, y compris le chef et celui qui l'assiste.***

Comité sur l'organisation et la gestion de l'urgence

Inscrire :

*- le code de facturation **19883** en matinée;*

*- le code de facturation **19884** en après-midi ou en soirée;*

- le nombre de forfaits.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Comité médico-clinique

Inscrire :

*- le code de facturation **19885** en matinée;*

*- le code de facturation **19886** en après-midi ou en soirée;*

- le nombre de forfaits.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Comité sur la participation à la gestion hospitalière

Inscrire :

*- le code de facturation **19887** en matinée;*

*- le code de facturation **19888** en après-midi ou en soirée;*

- le nombre de forfaits.

Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

5.02 Le médecin qui se prévaut de la rémunération prévue au paragraphe 3.00 ou 4.00 ne peut, pour la même période de temps, être rémunéré dans le cadre de l'Entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de certains établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui font partie du réseau de garde intégré, du paragraphe 1.4 b) du préambule général, de toute autre entente particulière qui rémunère un médecin pour des activités sur place ou selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire.

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

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du service d'urgence d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) au 12 mai 2015. Elle prend effet à cette date et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS **:** *Malgré la date susmentionnée, la date d'entrée en vigueur de la présente EP 50 – Activités médico-administratives (urgence établissement) est le 1er avril 2015.*

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

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Activités du chef du service d'urgence et, le cas échéant, de celui qui l'assiste

Coordonner les activités professionnelles des membres du service d'urgence :
- Organisation du travail dans les différentes aires de travail (choc, civières, clientèles ambulatoires);
- Rédaction des politiques et procédures du service d'urgence et s'assurer de leur application;
- Participation à la préparation du plan des mesures d'urgence.

Gérer les biens et les espaces en lien avec le service d'urgence.
Surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans le service d'urgence.
Planifier les activités de formation médicale continue.
Établir les règles d'utilisation des ressources et voir au respect de ces règles.
Établir des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments.
Établir et gérer la liste de garde.
Travailler en collaboration avec le directeur des services professionnels ou le coordonnateur de l'urgence en vue de s'assurer de la distribution appropriée des soins dans le service d'urgence (gestion courante de la fluidité de la circulation des patients) et faire des recommandations.
Collaborer avec le gestionnaire infirmier dans l'organisation de la formation du personnel infirmier du service d'urgence.
Nommer et encadrer les responsables des dossiers prioritaires du service d'urgence : relations interdépartementales, politiques et protocoles définissant le rôle de chaque département et service avec le service d'urgence, structure de soutien afin d'assurer un bon fonctionnement de la gestion de l'information, représentation du service d'urgence dans les comités de l'hôpital en lien avec le service d'urgence.
Participer aux activités des comités hospitaliers en lien avec le service d'urgence.
Voir au maintien des effectifs médicaux dans le service d'urgence et superviser le recrutement.
Soumettre un rapport annuel d'activités.

EP 51 - ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) et des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 4.2), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1er septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1.0 OBJET

1.1 La présente entente particulière a pour objet de déterminer, conventionnellement, les modalités d'application des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 4.2) (la Loi), relativement à la participation du médecin aux activités médicales particulières (AMP) dont traite cette loi.

2.0 CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.0 ADHÉSION

3.1 Tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi.
3.1.1 Cet assujettissement implique que le médecin adhère à la présente entente en signant un engagement conformément à la Loi et au paragraphe 4 de la présente entente.
3.1.2 À défaut d'adhérer à la présente entente, la rémunération du médecin pour les services qu'il dispense dans le cadre du régime est réduite selon les règles édictées par le paragraphe 5 de la présente entente.

3.2 Pour le médecin qui débute sa pratique et pour le médecin qui débute une pratique dans une nouvelle région, l'adhésion à la présente entente est encadrée par les modalités suivantes :
3.2.1 Au plus tard, à l'intérieur du premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique, lequel est défini à l'annexe IX de l'entente générale, le médecin doit :

- adresser une demande au DRMG de la région où il exercera pour 55 % et plus de ses journées de facturation au sens de l'entente particulière relative au respect des PREM, pour obtenir la liste des AMP disponibles. Dans le cas où un médecin n'exerce pas pour 55 % et plus de ses journées de facturation dans une région, le DRMG visé au présent sous-paragraphe est celui de la région où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès des milieux de pratique qui apparaissent à la liste;
- produire au DRMG les pièces justificatives qui lui permettront d'obtenir la confirmation que les activités choisies à titre d'AMP seront reconnues par le DRMG. Dans tous les cas, les pièces justificatives doivent prévoir le volume attendu d'AMP.
- aux fins de la détermination de la région responsable, on ne considère pas les journées de facturation faites dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

3.2.2 Le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1, au plus tard deux (2) semaines avant la fin du trimestre mentionné précédemment, doit :

- confirmer par écrit au médecin que l'activité choisie, ou une combinaison de celles-ci, s'inscrit dans la liste des AMP disponibles dans la région et qu'il respecte les exigences de la présente entente. La Régie reçoit copie de cette confirmation;
- dans le cas où l'offre de services du médecin ne s'inscrit pas dans la liste des AMP ou s'il ne respecte pas les exigences de la présente entente, aviser le médecin qu'il doit apporter les correctifs appropriés et qu'il s'expose à la réduction prévue au paragraphe 5.0.

3.2.3 Sauf circonstances exceptionnelles et avec l'approbation du comité paritaire, l'adhésion du médecin à la présente entente prend effet au début du trimestre suivant celui visé au sous-paragraphe 3.2.1 ci-dessus.
Dans le cas où l'adhésion du médecin à la présente entente n'est pas confirmée à la Régie par le DRMG au début de ce trimestre ou si cette adhésion a été refusée en vertu des dispositions du paragraphe 4.7 des présentes, le médecin est considéré comme non adhérent pendant tout ce trimestre et pendant chacun des trimestres suivants jusqu'à ce qu'il ait adhéré à la présente entente. Son adhésion devient alors effective au début du trimestre suivant la date apparaissant à son avis d'adhésion à la Régie.
Le comité paritaire peut prolonger les délais d'adhésion accordés au médecin en vertu de la présente entente lorsque le DRMG n'a pu respecter ses obligations envers le médecin dans les délais impartis.
3.2.4 Le médecin résident qui détient une autorisation prévue au paragraphe 3.10 de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux est réputé respecter les conditions prévues à l'article 3.0 de la présente entente particulière.

3.3 AMP hors région ou nationales
3.3.1 Lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectue celles-ci en tout ou en partie dans une autre région que celle décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes, l'administration de son dossier est confiée au DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM.
3.3.2 Malgré le paragraphe précédent, lorsque les activités en cause se situent dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou de mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale, ou encore lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'AMP, effectue ses activités, en tout ou en partie, dans le cadre d'activités relevant d'une instance à vocation nationale;
Le dossier du médecin est confié:

a) dans le cas où le médecin a une pratique exclusive dans le cadre du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou que les activités faites dans le cadre d'une instance à vocation nationale répondent à la totalité des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale qui remplit alors les fonctions du DRMG décrit au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes. Le comité paritaire en informe, s'il y a lieu, ce DRMG.

b) dans le cas où le médecin qui veut se voir reconnaître comme AMP des activités faites dans le cadre du dépannage, mais n'a pas une pratique exclusive dans le cadre du dépannage ou que les activités faites dans le cadre d'une instance nationale ne répondent qu'à une partie des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, au DRMG décrit au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes y compris en ce qui a trait à la partie relative aux activités en cause.

4.0 ENGAGEMENT DONNANT LIEU À L'ADHÉSION

4.1 Détermination des AMP
L'engagement du médecin relatif aux AMP doit se situer dans le cadre de la liste proposée. par le DRMG.
4.1.1 Dans un premier temps et de façon prioritaire, s'il y a lieu, cet engagement doit avoir comme objet l'activité décrite ci-dessous :

i) La prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier exploité par un établissement ou de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le service d'urgence doit être désigné en vertu du paragraphe 1.1 de l'article 359 de la Loi.

4.1.2 Dans un second temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans les secteurs suivants :

ii) La prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle;

iii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;

iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;

v) La dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;

4.1.3 Dans un troisième temps, le médecin peut se voir reconnaître des AMP dans le. secteur.vi ci-dessous, si l'une des conditions suivantes est remplie :

a) le DRMG d'une région visée au sous-paragraphe 3.2.1 ne peut attribuer au médecin, de façon à lui permettre de répondre aux exigences de base prévues au paragraphe 4.3 ci-dessous, des activités médicales dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique principal en ce qui concerne les activités du secteur i) ou de quarante (40) kilomètres en ce qui concerne les activités des secteurs ii) à v) inclusivement;

b) le DRMG d'une région limitrophe ne peut, dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres du lieu de pratique principal du médecin, lui attribuer, de façon suffisante, des activités médicales dans le secteur d'activités i);

c) Le médecin ne peut se voir reconnaître des AMP dans le secteur vi) d'un DRMG. autre que celui visé au sous-paragraphe 3.2.1 lorsque ce dernier peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i) à v);

vi) Toute autre activité prioritaire identifiée par le DRMG et approuvée par le ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

Les activités du secteur v) en regard du programme de soutien à domicile d'un CLSC, peuvent être reconnues même si le médecin ne détient qu'une nomination de l'établissement n'ayant a pour objet que sa participation à la garde en disponibilité.
Le secteur vi) peut également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et reconnue à ce titre par accord des parties.
Les services médicaux visés dans les secteurs i), iii), iv) et v) comprennent la dispensation de services médicaux en vertu d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.2 Dérogations

a) Exceptionnellement, certaines activités peuvent être reconnues par le DRMG comme AMP. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.

b) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au sous-paragraphe 4.1.3 a), le DRMG peut exempter un médecin d'effectuer ses AMP dans le secteur d'activités i) .

La demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG et approuvée par le comité paritaire.

4.3 Exigences de base

Tout médecin doit, pour se qualifier à des fins desAMP, effectuer ses activités dans une ou plusieurs régions, selon les modalités qu'édicte la présente entente particulière.
La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux AMP dans une ou dans plusieurs régions doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne ou sur une base trimestrielle, de cent trente-deux (132) heures;
Le médecin qui compte quinze (15) ans ou plus de pratique, adhérent à la présente entente, peut être appelé par le DRMG à participer à des activités médicales que ce dernier reconnaît comme prioritaires. Cette demande du DRMG doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de quinze (15) ans de pratique.
Exceptionnellement, le DRMG peut modifier les exigences de base énoncées ci-dessus notamment dans le cas de grossesse ou d'invalidité partielle.
Le calcul des années de pratique se fait selon les dispositions de l'annexe I des présentes.
Aux fins de la présente entente particulière, est réputé respecter les conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit, le médecin dont la rémunération annuelle dans le cadre du régime d'assurance maladie, selon le tarif de base prévu à l'entente, se situe à l'intérieur des paramètres apparaissant ci-après.
Dans ce cas, le DRMG doit, sur une base trimestrielle, diminuer la quantité d'AMP exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

Rémunération annuelle du médecin	**Exigences de base par semaine** **Médecin de moins de 15 ans de pratique**
Jusqu'à 19 999 $	3 heures
De 20 000 $ à 39 999 $	6 heures
De 40 000 $ à 60 000 $	9 heures

4.4 Règle spécifique de reconnaissance d'années de pratique
De façon exceptionnelle, le comité paritaire peut reconnaître à un médecin qui n'est pas considéré comme actif selon les critères énoncés à l'annexe I des présentes la période d'inactivité professionnelle en cause aux fins du calcul des années de pratique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin qui, par ailleurs, satisfait aux exigences relatives à la participation aux AMP.
4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités
La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin aux fins des AMP doit être basée sur les critères apparaissant à l'annexe II des présentes pour les différents secteurs d'activités pouvant être reconnus comme AMP. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.
Malgré l'alinéa précédent, les critères relatifs à la reconnaissance d'activités professionnelles comme répondant à des AMP dans le secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes sont déterminés lors de leur approbation par le ministre après avoir consulté la Fédération. Leur volume est convenu selon les dispositions du présent paragraphe.
4.6 Durée de l'engagement du médecin
La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au moment de la prise d'effet de l'adhésion. Il est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DRMG sont d'accord pour procéder à sa révision;
- Le DRMG considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants dans l'un des secteurs d'activités i) à v) énumérés au paragraphe 4.1 des présentes. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend des activités dans les secteurs vi) dudit paragraphe.

La révision de l'engagement doit se finaliser au cours du trimestre pendant lequel l'engagement arrive à son terme de deux (2) ans.
Malgré ce qui précède, en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux dans un service d'urgence d'une installation de la région ou de toute installation située dans un rayon de 75 km du lieu de pratique principal du médecin, le DRMG peut obliger le médecin à une révision temporaire de son engagement.

La révision prévue à l'alinéa ci-dessus, n'est applicable que si l'engagement du médecin a pour objet les activités du secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes et elle doit être précédée d'un préavis de soixante (60) jours.
Cette révision temporaire ne peut être de plus de six (6) mois et ne peut être renouvelée que pour une autre période maximale de six (6) mois. Aux fins des présentes, une pénurie est dite grave lorsqu'il y a risque de rupture ou lorsque les effectifs médicaux au service d'urgence ne lui permettent pas de combler plus de 70 % de ses besoins en heures-présence selon l'évaluation faite par le comité paritaire responsable de l'application de l'entente particulière relative au service d'urgence de certains CHSGS et de CLSC du réseau de garde.
Un médecin peut porter à l'attention du comité paritaire toute situation mettant en cause le renouvellement ou la révision de son engagement par le DRMG.

4.7 Refus d'adhésion

Lorsque des AMP sont disponibles dans une région, le refus d'une demande d'adhésion d'un médecin par un DRMG ne peut être justifié que par le respect du plan régional des effectifs médicaux.

4.8 Consentement

L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie transmette les données pertinentes à l'application de la présente entente particulière concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes.

5.0 RÉDUCTION

5.1 Modalités de base

Une réduction de 30 % s'applique à la rémunération versée au médecin pendant un trimestre et provenant de toute activité exercée dans le cadre du régime public d'assurance maladie.
Elle s'applique dans les cas suivants :

- Le médecin qui n'a pas adhéré à la présente entente quel que soit le nombre de ses années de pratique;
- Le médecin qui durant deux trimestres consécutifs, ne respecte pas le volume d'activités apparaissant à son engagement;
- Le médecin de vingt (20) ans de pratique ou plus qui ne respecte pas son engagement.

5.2 Modalités d'application

Aux fins de l'application de la réduction prévue au paragraphe 5.1 des présentes, les procédures sont les suivantes :

- Médecins non adhérents : la Régie applique la réduction pour chaque trimestre non couvert en totalité par une adhésion dûment confirmée par le DRMG ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du sous-paragraphe 3.3.2 des présentes, et en avise le DRMG et le comité paritaire;
- Médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique : le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du sous-paragraphe 3.3.2 des présentes, suite à un avis de l'établissement lorsque le non-respect vise une nomination en établissement ou après avoir effectué son évaluation de la pratique du médecin, demande à la Régie d'appliquer la réduction à partir du début du trimestre suivant la demande du DRMG ou du comité paritaire. La Régie continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis du DRMG ou du comité paritaire de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;
- Médecins adhérents de vingt (20) ans ou plus de pratique : sur demande du DRMG et avec l'approbation du comité paritaire, la Régie applique la réduction à partir du début du trimestre suivant l'approbation par le comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes et continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis, du DRMG et du comité paritaire, de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement.

Seule la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie est prise en compte aux fins des présentes, en excluant de la même façon que le prévoit l'annexe XIII aux fins de l'annexe IX, la rémunération versée pour les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles,* la *Loi sur les accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*.
Dans tous les cas, cette réduction s'applique également à la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel.
Aux fins de l'application des paragraphes 2 et 3 de l'annexe IX, la rémunération sujette à l'application de la réduction prévue dans le cadre de la présente entente particulière est considérée selon le tarif de base prévu à l'Entente.

5.3 Congé de maternité ou d'adoption

Les dispositions prévues aux paragraphes précédents ne s'appliquent au médecin qui bénéficie d'un congé de maternité, ou est éligible à ce congé, ou prend un congé d'adoption, qu'après l'expiration d'une période de douze (12) mois dont la répartition avant et après l'accouchement ou avant et après la prise en charge effective de l'enfant, appartient au médecin et doit comprendre, dans le cas d'un congé de maternité, le jour de l'accouchement et, dans le cas d'un congé d'adoption, le jour de la prise en charge effective.
Dans le cas d'un congé d'adoption, lorsque deux conjoints peuvent bénéficier des dispositions de l'alinéa précédent, la période de douze (12) mois qui y est prévue est répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent la Régie.

5.4 Exemption

En outre et de façon exceptionnelle, le comité paritaire peut, après avis du DRMG, exempter un médecin de l'application de la réduction pour des raisons non prévues par l'entente.
Le comité paritaire précise la période d'application de l'exemption accordée. Dans certains cas, cette période peut être indéfinie.
Aux fins de l'annexe XIX, l'exemption accordée par le comité paritaire tient lieu, pour la période en cause, d'adhésion du médecin à la présente entente.

6.0 PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS

6.1 Dispositions s'appliquant au DRMG

Le DRMG s'assure du respect des dispositions de la présente entente particulière et il voit à préserver un équilibre entre les différents secteurs de pratique, et ce, tout en favorisant l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles sur son territoire.
Le DRMG s'assure du respect de l'engagement du médecin. En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, il doit :

- faire connaître la liste des AMP qui ont cours dans sa région à tout médecin qui en fait la demande sauf celles relevant d'une instance à vocation nationale. déterminée par le ministre;
- faire connaître à un médecin, s'il en est, les besoins des services d'urgence des régions voisines situés à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique;
- recevoir les pièces justificatives du médecin qui permettront de reconnaître les AMP de ce dernier;
- confirmer l'adhésion du médecin et en informer la Régie ou aviser le médecin des ajustements à apporter;
- faire le suivi du respect de l'engagement du médecin adhérent à l'aide des informations transmises par la Régie;
- après avoir donné l'occasion au médecin de se faire entendre, prendre la décision de demander à la Régie d'appliquer la réduction selon les modalités prévues au paragraphe 5.0 des présentes;

- lorsque l'engagement du médecin concerne plus d'une région, transmettre toute information pertinente au DRMG de l'autre région concernée. Chaque DRMG fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui le concerne et informe le DRMG visée au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes, du respect ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin.

6.2 Dispositions applicables par la Régie de l'assurance maladie du Québec

En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, la Régie doit :

6.2.1 En ce qui a trait au médecin non adhérent:

- faire l'inventaire, sur une base trimestrielle, des médecins non adhérents et en transmettre la liste au comité paritaire;
- aviser le médecin qu'il est sujet à l'application de la réduction;
- appliquer, le cas échéant, la réduction selon les modalités prévues à la présente entente.

6.2.2 En ce qui a trait au médecin adhérent:

- sur demande du DRMG visée au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes, lui transmettre ainsi qu'au médecin concerné le profil de pratique de ce dernier, profil de pratique converti en heures services selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe III des présentes. Ce profil vise les secteurs d'activités prévus au paragraphe 4.1 des présentes, par région et par établissement et est produit par trimestre pour les quatre derniers trimestres pour lesquels les données sont disponibles. En ce qui a trait au secteur d'activités ii), la Régie fournit annuellement au DRMG, de façon nominative, et au comité paritaire, de façon non nominative, par région le nombre de patients inscrits et le nombre de patients inscrits vulnérables de chacun des médecins qui compte, parmi ses AMP, des activités de ce secteur .
- appliquer la réduction suite à la demande du DRMG et selon les modalités prévues aux présentes;
- lorsqu'un médecin exécute des AMP sur les territoires de plus d'un DRMG, aviser le médecin de l'identité du DRMG responsable de l'administration du dossier du médecin conformément au sous-paragraphe 3.2.1. sauf s'il s'agit de services dispensés dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente.

6.2.3 En ce qui a trait à l'évaluation du fonctionnement de la présente entente en regard des objectifs poursuivis de préserver un équilibre entre les différents secteurs de pratique, et ce, tout en favorisant l'augmentation de l'inscription et du suivi des clientèles dans sa région. La Régie doit transmettre au 1er avril de chaque année :

- Au DRMG et , au comité paritaire, de façon non nominative, le profil de pratique de chaque médecin du territoire pour les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes, (nombre de patients inscrits vulnérables et inscrits non vulnérables et le profil de pratique converti en heures services selon les règles de conversion de l'annexe III pour les activités en établissement).
- Au DRMG et au comité paritaire, un tableau synthèse, par région, indiquant :
  * le nombre de médecins répondant aux exigences de base prévues à la présente entente;
  * la répartition de leurs activités en pourcentage selon les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes;
  * l'évolution globale par territoire de réseaux locaux de services au sens de la LSSSS du nombre d'heures services dans les secteurs d'activités visés à l'annexe III et dans le secteur d'activités ii) du paragraphe 4.1;
  * le nombre de patients inscrits par médecin incluant, de manière distinctive, le nombre de patients vulnérables inclus dans ce total;

* le profil de pratique de chaque médecin converti en heures services selon les règles de conversion prévue à l'annexe III pour les secteurs d'activités y apparaissant;

* tout autre renseignement dont le comité paritaire pourrait avoir besoin dans le cadre de l'application du paragraphe 7.0 de la présente entente.

6.3 Dispositions applicables au comité paritaire
Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente entente, le comité paritaire est responsable du suivi de la présente entente. Notamment, il est responsable, en étroite collaboration avec les DRMG, d'évaluer le fonctionnement de l'entente eu égard à ses objectifs et de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

7.0 ÉVALUATION

Le comité paritaire, assisté des DRMG, effectue un suivi des AMP. Au terme de l'écoulement de 12 mois d'application suivant le 1er septembre 2015, le comité paritaire évalue l'état de la situation et s'il juge que cet état est adéquat, il recommande aux parties de modifier l'entente particulière pour éliminer les AMP de façon progressive.
L'élimination se fait par tranche de cinq années de pratique en commençant par le plus grand nombre d'années. Le même scénario se répète après l'écoulement de chaque période supplémentaire de 12 mois, jusqu'à l'élimination complète des AMP et, par le fait même, de l'abrogation de l'entente particulière. S'il y a lieu, les parties, selon l'état de la situation, peuvent revoir ces modalités.
Il est entendu que les parties identifient un nombre d'indicateurs précis, tels que, notamment, le taux de comblement des besoins d'établissement en médecine de famille, le taux d'inscription des personnes auprès d'un médecin de famille, dans les réseaux locaux de services, le taux de comblement des besoins ainsi que des activités d'établissement par la médecine spécialisée afin de permettre au comité paritaire d'effectuer un juste suivi des AMP.

8.0 DIFFÉREND

8.1 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.

8.2 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, un. DRMG ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières dans plus d'un territoire, le DRMG responsable de la région pour laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, peut être partie à un différend au sens du présent article.

8.3 Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend. Toutefois, est réputée constituer une décision toute recommandation ou avis d'un établissement d'un DRMG, ou d'un DRMG de la région pour laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ayant pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération d'un médecin.

8.4 Seule une décision du ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'un DRMG. de la région au sein de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'Entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions

8.5 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément au paragraphe 8.7 de la présente entente. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.

8.6 Nonobstant les dispositions du paragraphe 8.5, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du médecin, un différend relié à la même cause et au même objet.

8.7 Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin, lorsque le litige se fond , en tout ou partie, sur toutes autres dispositions contenues dans la présente entente particulière.
Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, ce différend doit, lorsqu'aucune question de cumul n'est soulevée, être dirigé, indistinctement, contre la Régie ou le DRMG en l'Agence cause, ou les deux.
Lorsque le différend réfère à un cas de cumul d'AMP, ce différend doit être dirigé contre la Régie ou le DRMG visé au sous-paragraphe 3.2.1 des présentes ou les deux.
Lorsque le différend est relatif à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S 4.2), ce différend doit être dirigé contre le DRMG visé et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Toutefois, lorsque le différend l'exige, un établissement peut également être partie à ce différend.

8.8 La partie contre laquelle un différend est soulevé est réputée mandataire de toutes autres parties non mises en cause, que ce soit à des fins d'assignation, d'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou de l'arbitrage ainsi que de l'exécution de la décision du Conseil d'arbitrage.

8.9 Advenant contestation, le DRMG de la région dans laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux est réputée mandataire des autres DRMG intéressés au dossier des AMP d'un médecin, que ce soit aux fins de l'application du paragraphe 8.7 qui précède ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des AMP d'un médecin.

8.10 Le ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.

8.11 La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie, un DRMG, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.

8.12 En faisant les adaptations nécessaires, les articles 24.00 à 28.00 de l'entente générale s'appliquent à un différend logé en vertu de la présente entente particulière.

8.13 Le défaut par la Régie ou un DRMG de transmettre au médecin, en regard d'un trimestre, un avis prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour le trimestre visé, l'imposition de toute réduction de sa rémunération, par l'une des parties précitées.

8.14 La procédure de différend prévue au présent article s'applique à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S-4.2).

9.0 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.1 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative aux activités médicales particulières signée le 23 janvier 2012. Elle prend effet le 1er septembre 2015 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____

ce _____e jour de _____2015

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

CALCUL DES ANNÉES DE PRATIQUE

Pour les fins d'application du paragraphe 4.3 des présentes, le calcul des années de pratique se fait selon les modalités suivantes :

- jusqu'au 1er septembre 2003, une année de pratique ou partie de celle-ci, est, au bénéfice du médecin, comptabilisée depuis la date de l'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec;
- lorsqu'une année de pratique en vertu de la présente entente, ou partie de celle-ci, est postérieure au 1er septembre 2003, les conditions particulières suivantes reçoivent application :
  * cette année de pratique, ou partie de celle-ci, doit être complétée au Québec;
  * le médecin visé doit être considéré comme actif. Sous réserve des adaptations appropriées afin de permettre au médecin de prendre des vacances et des jours de ressourcement pour une durée totale d'au plus deux (2) mois par année, est considéré comme médecin actif tout médecin qui, mensuellement, reçoit une rémunération minimale de 4 000 $ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 $, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation. Le médecin qui répond à cette exigence mais uniquement pour une partie d'année, se voit reconnaître cette partie d'année aux fins du calcul des années de pratique;
  * les périodes d'invalidité, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois (congé de maternité ou d'adoption d'une durée maximale de cinq (5) mois auquel s'ajoute, le cas échéant, un congé additionnel d'une durée maximale de douze (12) mois tenant lieu d'un congé sans solde de même durée) sont incluses dans le calcul des années de pratique. Il en va de même pour les années de pratique, quel que soit le lieu de dispensation des services, comme médecin militaire, pour le compte des Forces Armées Canadiennes ainsi que le congé de paternité pour une durée maximale de cinq (5) semaines;
  * lorsque l'adoption est le fait d'un couple constitué de deux (2) médecins régis selon la présente entente particulière, la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux conjoints selon les modalités qu'ils fixent entre eux. Ils en informent la Régie.
  * aux fins des sous-paragraphes précédents, seules les années postérieures à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec sont considérées comme des années de pratique.

ANNEXE II

GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin et devant apparaître à son engagement pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de douze (12) heures par semaine, sur une base de quarante-quatre (44) semaines annuelle, aux critères suivants :

AVIS **:** *Dans la mesure où un médecin cumule des activités dans plus d'un des secteurs paraissant à la présente annexe, le DRMG fait les ajustements appropriés.*

1. Service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde :

- Seize (16) quarts de garde de huit (8) heures par trimestre (le temps de débordement n'est pas inclus ni compté).

2. Prestation, en première ligne, de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèles :

- Au minimum de 500 patients inscrits (vulnérables ou non vulnérables, incluant le suivi de grossesse) ou un nombre minimal plus élevé que les parties peuvent déterminer par voie administrative. Aux fins de la reconnaissance d'activités médicales particulières par le DRMG dans ce secteur de pratique, il est prévu que :
  - un volume de 500 patients inscrits ou plus correspond à douze (12) heures par semaine ou cent trente-deux (132) heures par trimestre. De ce volume de patients et lorsque le DRMG le recommande un minimum de 250 patients doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille, de la Lettre d'entente n° 304 ou de la Lettre d'entente n° 321;
  - un volume de 250 à 499 patients inscrits ou plus correspond à six (6) heures par semaine ou soixante-six (66) heures par trimestre. De ce volume de patients et lorsque le DRMG le recommande un minimum de 250 patients doit provenir du guichet d'accès à un médecin de famille, de la Lettre d'entente n° 304 ou de la Lettre d'entente n° 321;
  - un volume de 125 à 249 patients inscrits correspond à trois (3) heures par semaine ou trente-trois (33) heures par trimestre.

3. Soins aux patients admis en courte durée incluant la garde en disponibilité :

- Le médecin doit être responsable des soins d'en moyenne dix-huit (18) lits actifs par jour, une (1) semaine sur cinq (5).

4. Soins dispensés à un patient en centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou psychiatrique, incluant la garde en disponibilité :

- Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, d'en moyenne cinquante (50) lits.

5. Soins palliatifs incluant la garde en disponibilité :

- Le médecin doit être responsable des soins d'en moyenne, sur une base hebdomadaire, dix (10) lits en soins palliatifs. Attestation annuelle de l'établissement concerné et, le cas échéant, sur demande du DRMG.

6. Services médicaux dispensés dans le cadre d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive :

- Le médecin doit être responsable des soins, sur une base hebdomadaire, d'en moyenne vingt (20) lits.

7. Services médicaux en obstétrique incluant la garde en disponibilité :

- Le médecin doit procéder à au moins quinze (15) accouchements par trimestre.

8. Dépannage

- Temps réel de services cliniques selon les critères apparaissant ci-dessus.

ANNEXE III

RÈGLES DE CONVERSION

Dans le but de fournir aux DRMG et au comité paritaire des données dans une certaine mesure uniformisées et comparables et de traduire les données sur la rémunération des médecins en heures, comptées comme ayant été payées selon le tarif de base, la Régie se base sur les règles de conversion qui suivent :

- Urgence CH et CLSC du réseau de garde : temps réel à partir des forfaits ou si rémunération selon le mode de l'acte sur la base du tarif horaire en vigueur.
- Obstétrique : quinze (15) accouchements par trimestre équivaut à douze (12) heures par semaine.
- Malade admis : selon le nombre d'heures ou temps réel à partir des forfaits ou, si rémunération selon le mode de l'acte, sur la base du tarif horaire en vigueur.
- CHSLD, CR, soins psychiatriques : selon le nombre d'heures ou temps réel à partir des forfaits ou, si rémunération à l'acte, sur la base du tarif horaire en vigueur.
- Soins palliatifs et URFI : selon le nombre d'heures ou temps réel à partir des forfaits ou, si rémunération selon le mode de l'acte, sur la base du tarif horaire en vigueur.

EP 52 - SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AUX SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence tant au niveau des services directs régionaux qu'au niveau des activités périphériques de support, de formation et de celles relatives aux protocoles d'intervention et à la recherche.
Elle comprend trois sections :
a) La section I relative aux services préhospitaliers d'urgence régionaux sauf ceux des régions de Montréal et de Laval.
b) La section II relative aux services préhospitaliers d'urgence des régions de Montréal et de Laval.
c) La section III relative au département des services préhospitaliers d'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

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

1.00 OBJET

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

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

2.01 La rémunération prévue à cette section couvre les fonctions dévolues au directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence selon les dispositions de l'article 17 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Aux fins de la présente section, l'appellation " directeur médical régional " ne réfère pas à la fonction de gestionnaire cadre au sein de l'organisme régional mais à la responsabilité clinique énoncée à la Loi encadrant les services préhospitaliers d'urgence (LRQ Chap.S-6.2), De façon plus spécifique, la rémunération prévue à cette section couvre, notamment, les activités suivantes :
a) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessous incluant les activités du médecin responsable de la direction clinique des services préhospitaliers d'urgence ;

b) les activités de contrôle, d'appréciation et d'amélioration de la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ainsi que les activités de formation requises ;
c) les activités liées au plan des mesures d'urgence dont, notamment, l'élaboration, l'organisation et la coordination en collaboration avec les responsables régionaux ;
d) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.
Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente section et est rémunérée en conséquence.

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

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

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

3.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de l'établissement responsable des services préhospitaliers d'urgence (ci-après l'instance responsable) un contrat de services professionnels.
Le contrat de services professionnels tient lieu de nomination.
3.02 Le médecin est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit au tarif horaire. Ces modalités doivent faire partie du contrat de services professionnels convenu avec le directeur général de l'instance responsable.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Autres régions (section I).

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

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

Le médecin est rémunéré à tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

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

3.03 La rémunération prévue à la présente section est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le directeur général de l'instance responsable.

3.04 Les avis de services sont envoyés à la Régie par l'instance responsable et les relevés d'honoraires, selon les formulaires prescrits par la Régie, doivent être contresignés par le directeur général de l'instance responsable ou la personne qui le remplace.

4.00 BANQUE D'HEURES

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

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

1.00 OBJET

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

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

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

AVIS **:** *Seul le membre du comité médical désigné annuellement par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence peut facturer cette activité (voir l'avis sous le paragraphe 3.01).*

e) la participation à des comités nationaux sur demande du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence ;
f) les activités médico-administratives en lien avec les activités décrites ci-dessus telles que déterminées par le comité médical prévu à l'article 3.00 de la présente section ou par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, incluant, au besoin et selon l'évaluation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, les activités du médecin responsable d'assurer la direction clinique des activités médicales au sein d'un secteur d'activité.
Lorsqu'un médecin est convoqué pour agir comme témoin devant un tribunal, un organisme quasi-judiciaire, le coroner, le commissaire aux incendies ou toute autre commission d'enquête, dans une cause où il n'est pas partie mais qui est liée à son activité professionnelle dans le cadre du système préhospitalier d'urgence, l'activité professionnelle ainsi requise est réputée constituer une activité professionnelle au sens de la présente section et est rémunérée en conséquence.

AVIS **:** *Utiliser le numéro d'établissement **99101** et l'un des codes d'activité suivants :*

*- **205063** Garde sur place*

*- **205071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

*- **205075** Témoin période régulière*

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

*- **205159** Assurance-qualité*

*- **205160** Constat de décès*

*- **205161** Activités liées au plan des mesures d'urgence*

*- **205162** Participation aux réunions du comité médical (seul le médecin membre du comité médical selon le paragraphe 4.01 peut facturer cette activité)*

*- **205163** Participation aux comités nationaux*

*- **205164** Activités médico-administratives autorisées*

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

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

3.00 COMITÉ MÉDICAL

3.01 Le comité médical est formé minimalement de cinq (5) personnes dont le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de trois (3) représentants des médecins qui exercent dans le cadre de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence en assume la présidence.
Les représentants des médecins doivent provenir des principaux secteurs d'activités de la Corporation d'Urgences-santé dont ceux décrits aux alinéas a) et b) du paragraphe 2.01 ci-dessus. Leur mandat a une durée d'un an et peut être renouvelé.

AVIS **:** *Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence doit informer la RAMQ annuellement du nom des personnes qui forment le comité médical qu'il préside et transmettre ces renseignements (nom et numéro de pratique) par lettre en spécifiant le rôle de chacun.*

Il doit également informer la RAMQ de toute modification apportée à la formation de ce comité et préciser la date à laquelle elle a eu lieu.

Par la poste

Service de l'admissibilité et de la révision

Régie de l'assurance maladie du Québec

C. P. 6600, succ.Terminus

Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur

418 646-8110

3.02 Le comité médical donne son avis au directeur général de la Corporation d'Urgences-santé sur les objets suivants :
a) l'organisation des services cliniques assurés par les médecins de la Corporation d'Urgences-santé, incluant la gestion de la liste de garde pour les différents services;

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

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

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

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

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

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.01 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente section, le médecin doit avoir convenu avec le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé d'un contrat de services professionnels spécifiant le ou les secteur(s) d'activités où il peut exercer.
Un contrat peut être à durée déterminée (temporaire) ou indéterminée. Le contrat à durée déterminée vise à recruter un médecin pour la réalisation d'un mandat spécifique ou pour remplacer un médecin en absence temporaire pour cause de maladie ou pour toute autre cause acceptée par la Corporation et ne peut se prolonger au-delà de l'absence du médecin remplacé. Le contrat à durée indéterminée vise à assurer, pour une durée indéterminée, les activités énumérées au paragraphe 2.01 de la présente section. Tout médecin exerçant au sein de la Corporation le 24 avril 2011 détient un contrat à durée indéterminée.
À moins d'un avis contraire de la part du médecin, le contrat de services à durée indéterminée se renouvelle à tous les deux ans selon les termes du dernier contrat. Dans le cas où des modifications apportées à l'organisation ou à la nature des services de la Corporation d'Urgences-santé ont pour effet d'amener les parties négociantes à réviser la liste des services énumérés au paragraphe 2.01 ou à réduire le nombre d'heures allouées, les contrats des médecins, une fois cette révision complétée, peuvent être modifiés en conséquence. À défaut d'entente avec les médecins concernés dans les soixante (60) jours suivant la révision précédemment mentionnée, les modifications apportées aux contrats sont faites au moment du renouvellement de ces derniers, et ce, en fonction du degré d'implication des médecins dans le ou les services visés et de l'importance de la réduction du nombre d'heures qui s'y rattachent.
Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé peut refuser de renouveler le contrat d'un médecin en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin, eu égard aux exigences propres à la Corporation d'urgences-santé. Pour ce faire, le directeur général doit obtenir une recommandation de non-renouvellement d'un sous-comité de trois (3) membres formés pour l'occasion par le comité médical.
Ce sous-comité est composé du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou du chef de département de médecine préhospitalière et de deux (2) médecins nommés par le comité médical et qui exercent des activités cliniques au sein de la Corporation d'Urgences-santé. Le directeur général de la Corporation d'Urgences-santé doit donner au médecin concerné l'occasion de se faire entendre sur les motifs appuyant la recommandation de non-renouvellement avant de rendre sa décision.

Un médecin peut être dispensé des engagements à son contrat de service durant une période de maladie ou, sur recommandation du directeur médical régional des soins préhospitaliers d'urgence, pour toute autre période. Le contrat de service à durée indéterminée fait alors l'objet de renouvellement durant la période d'absence selon les règles applicables.
Un médecin peut résilier un contrat de services professionnels en donnant un préavis écrit de soixante (60) jours.

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

AVIS **:** *La Corporation d'Urgences-santé (99101) doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Régions de Montréal et de Laval.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

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

Le médecin sera rémunéré à tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

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

4.03 Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20h00 à 8h00 les autres jours de la semaine.

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

*- **205063** Garde sur place*

*- **205071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

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

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.04 La rémunération prévue à la présente entente est sujette à l'application du paragraphe 15.01 de l'entente générale pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV de l'entente générale pour le médecin rémunéré à tarif horaire. L'autorisation qui est prévue à ces paragraphes doit être accordée par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de la Corporation d'Urgences-santé.

4.05 Les services visés à l'alinéa 2.01 b) de la présente section peuvent, avec l'autorisation du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, être dispensés en disponibilité. Dans ce cas, cette garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes selon le cas. Aux fins du présent paragraphe, les vocables " taux horaire normal applicable " signifient, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale et, pour le médecin rémunéré à tarif horaire, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **205165** Garde en disponibilité – Constat décès.*

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

5.00 BANQUE D'HEURES

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

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

1.00 OBJET

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

2.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

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

AVIS **:** *À compter du 1er octobre 2022 (référence* Lettre d'entente n° 379*), utiliser le numéro d'établissement 0027X et le code d'activité **215160** Constat de décès.*

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

*- **215063** Garde sur place*

*- **215071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

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

*- **215163** Participation aux comités nationaux*

*- **215164** Activités médico-administratives autorisées*

*- **215166** Formation donnée*

*- **215167** Support en ligne*

*- **215168** Élaboration et évaluation de protocoles ou activités*

*- **215169** Garde en disponibilité – Support en ligne*

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

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

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

3.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

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

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

AVIS **:** *Le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin concerné.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente EP – Services préhospitaliers d'urgence – Hôp. du Sacré-Coeur de Montréal.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

Si le dépassement du nombre maximal d'heures (jusqu'à concurrence de 880 heures par année) est accordé au médecin par le chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (paragr. 3.04), l'établissement doit cocher la case appropriée sur le formulaire 1897 ou 3547.

Le médecin sera rémunéré à tarif horaire pour ces 880 heures supplémentaires.

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

3.03 Le médecin peut se prévaloir des dispositions relatives à la garde sur place apparaissant à l'annexe VI ou à l'annexe XIV de l'entente générale lorsqu'il dispense des services en horaires défavorables, soit les fins de semaine, les jours fériés et de 20h00 à 8h00 les autres jours de la semaine.

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

*- **215063** Garde sur place*

*- **215071** Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*

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

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir l'annexe XX pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

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

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

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

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

4.00 BANQUE D'HEURES

4.01 Après consultation du chef du département de médecine préhospitalière de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, les parties déterminent la banque d'heures allouées à la rémunération des activités professionnelles telles que décrites à l'article 2.00 ci-dessus. Cette banque d'heures apparait en annexe I de la présente entente. Elle peut être modifiée par accord des parties.

4.02 La répartition entre les médecins des activités visées dans le respect de la banque d'heures allouées est déterminée par le chef du département de médecine préhospitalière de l'établissement.

4.03 Tout dépassement de cette banque doit être autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

4.04 L'année d'application de la présente entente est du 1er janvier au 31 décembre suivant.

SECTION I, II ET III

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

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

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

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

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

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

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

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

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

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

EP 53 - PREM

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de *l'Entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation* convenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1er septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Dans le cadre des dispositions qu'édictent l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladi*e (RLRQ, c. A-29) et l'article 377.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) la présente entente particulière a pour objet de déterminer conventionnellement certaines modalités permettant d'assurer le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) des régions sociosanitaires, dont le respect des plans effectifs médicaux de chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ci-après RLS) ou, pour certaines régions, des sous-territoires (CSLC ou regroupements de CSLC) paraissant à l'annexe I de la présente entente, laquelle doit être révisée annuellement par les parties. Ci-après, le terme RLS couvre les RLS et ce qui en tient lieu.

AVIS **:** *Consulter la liste des* régions, RLS et sous-territoires autres que RLS.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'Entente générale intervenue en date du 1er septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.00 AVIS DE CONFORMITÉ

3.01 Sauf exception conformément aux paragraphes 3.09 et 4.01 de la présente entente, tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie peut présenter une demande visant à obtenir du département régional de médecine générale (DRMG) un avis de conformité au PREM applicable dans le territoire de cet DRMG.

3.02 Compte tenu du nombre de postes fixé par le ministre en vertu de l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), et sous réserve des paragraphes 3.04 et 3.05, un médecin ne peut obtenir d'un DRMG un avis de conformité au PREM que si ce dernier n'a pas encore atteint le niveau approuvé par le ministre.

Aux fins de l'application de l'alinéa précédent, est considéré comme ayant une pratique dans une autre région au sens de l'article 377 de la LSSSS, celui qui a exercé dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec, selon les conditions apparaissant à l'annexe II des présentes.

3.03 De plus, et sous réserve des paragraphes 3.05 et 8.02, tout médecin, pour obtenir d'un DRMG un avis de conformité au PREM, doit s'engager auprès du DRMG à effectuer 55 % et plus de ses jours de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, dans les limites d'un réseau local de services (RLS) de la région de ce DRMG. Les limites du RLS s'appliquant à un médecin ayant obtenu un avis de conformité au PREM ne peuvent être touchées par la révision annuelle prévue au paragraphe 1.01 de la présente entente particulière.

Pour les fins de la cible du 55 %, le médecin demeure imputable du suivi de sa facturation au cours de l'année d'application, et ce, afin de s'assurer qu'il en respecte l'atteinte.

3.04 Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région conformément au paragraphe 3.01 ci-dessus, dès lors qu'il vient d'un territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé au sens de l'annexe XII de l'Entente générale. Il doit avoir exercé dans un ou plusieurs de ces territoires pendant une période continue d'au moins trois ans et, de plus, s'engager à respecter les conditions du paragraphe 3.03 ci-dessus.

Aux fins de la présente entente, une pratique est dite continue si elle satisfait les critères énoncés à l'article 4 de l'annexe XII de l'Entente.

3.05 Malgré le fait que le PREM d'une région où il veut s'installer ait été atteint, le médecin obtient un avis de conformité du DRMG de cette région, sans restriction de RLS, dès lors que, d'une part, il détient depuis vingt ans et plus son permis de pratique du Collège des médecins du Québec et que, d'autre part, il s'engage à y effectuer, sur base annuelle, 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation dans cette région. Un tel médecin, dans sa nouvelle région, n'est pas lié par l'engagement prévu au paragraphe 3.03 de la présente entente.

3.06 La répartition de la pratique du médecin en fonction de ses différents territoires de pratique se fait selon les modalités suivantes :

- a) Elle se calcule :
  - sur la base des jours de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, et ce, par territoire de RLS. Une journée de facturation n'est comptabilisée que si la rémunération associée à cette journée est égale ou supérieure à 518 $ au 1er juin 2019 et de 523 $ au 1er octobre 2019. Une demi-journée peut être comptabilisée si la rémunération associée à cette demi-journée est égale ou supérieure à 259 $ et inférieure à 518 $ au 1er juin 2019 et elle est égale ou supérieure à 261,50 $ et inférieure à 523 $ au 1er octobre 2019. Le cumul des honoraires d'une journée tient compte du tarif de base des services rendus. Le montant est réajusté en fonction des augmentations consenties lors du renouvellement de l'entente générale ayant un impact sur la rémunération journalière du médecin, soit en l'occurrence sur les services rendus au tarif de base réclamés par un médecin au cours d'une journée.
  - sur une base annuelle ou, pour des parties d'année, selon la date de délivrance de l'avis de conformité. L'année d'application au sens de la présente entente est du 1er mars au 28 ou 29 février de l'année suivante.
- b) La facturation réalisée dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'entente générale, à l'exclusion de la compensation pour le temps de déplacement associé, entre dans le calcul de la répartition des jours de facturation du médecin.
- c) Sous réserve du traitement particulier prévu pour les activités dans le cadre du mécanisme du dépannage, n'entrent pas dans le calcul de la répartition des jours de facturation du médecin, la facturation réalisée auprès d'une instance à vocation nationale ainsi que celle réalisée dans le cadre d'une mission régionale reconnues par le ministre et énumérées à l'annexe III de la présente entente.
- d) Pour être imputée au RLS qui lui a été désigné par le DRMG, la facturation des services dispensés en cabinet, à domicile ou en établissement, doit comporter le numéro du cabinet ou de l'établissement. Le numéro du cabinet est émis par Régie dans le cadre de *l'Entente particulière de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* (par. 6.02 C) relativement à la pratique de groupe), dans le cadre d'un GMF, d'un GMF-R ou pour les fins spécifiques de la présente entente.

Dans le cas du médecin qui dispense des services uniquement à domicile des patients, le médecin doit facturer en indiquant le code postal du lieu où le service est rendu.
La facturation des services comportant un numéro de localité est imputée à l'extérieur du RLS désigné par le DRMG au médecin.

3.07 La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément à l'article 9.00 de la présente entente, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique au DRMG concerné et au comité paritaire.

3.08 Un médecin peut demander par écrit au comité paritaire une suspension de son avis de conformité pendant une période maximale d'un an, et ce, pour l'une ou l'autre des raisons ci-après énumérées :

a) s'il désire exercer dans une autre région pour poursuivre des études de niveau universitaire à temps plein ou pour toute autre raison laissée à l'appréciation du comité paritaire.

Dans ce cas, la facturation du médecin ne devra pas, pour l'année ou la partie d'année en cause, dépasser 45 % du nombre total de jours de facturation au cours de l'année, ou partie équivalente d'année, précédent le début de l'année de suspension d'avis de conformité.

Dans le cas où la région visée est désignée en vertu de l'article 7.00 de la présente entente, le comité paritaire peut accorder au médecin une dérogation à l'application des modalités prévues à ce dernier article.

b) s'il cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie sous réserve du sous-paragraphe suivant :

Le médecin qui devient non-participant au régime d'assurance maladie du Québec voit son avis de conformité annulé à compter de la date de début de sa non-participation. S'il redevient participant au régime ultérieurement, il doit obtenir un nouvel avis de conformité, émis en fonction de ses années de pratique et signer l'engagement prévu à l'article 3.03.

Le comité paritaire, après avoir consulté le DRMG du territoire auprès duquel le médecin détient son avis de conformité, répond par écrit à ce dernier dans les soixante jours de la réception de la demande. Il envoie également copie de cette réponse au DRMG consulté.

Dans le cas où un médecin cesse d'exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie pour une période plus longue qu'une année, le comité paritaire peut prolonger la suspension de l'avis de conformité si les activités du médecin, pendant cette période, sont considérées comme reliées à la dispensation ou à l'organisation des services médicaux.

3.09 Le médecin résident qui détient un permis d'exercice peut être autorisé à effectuer des activités médicales dans une région sans avis de conformité au PREM d'une région ou d'une dérogation en tenant lieu. Les activités médicales autorisées doivent faire partie des activités médicales particulières proposées par le DRMG de la région.

L'autorisation est accordée par le DRMG de la région où sont effectuées les activités médicales. La période pendant laquelle le médecin se prévaut de la présente disposition n'est pas retenue aux fins de l'application des dispositions des paragraphes 3.02 et 3.04 de la présente entente.

Dans le cas d'activités médicales effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage, l'autorisation est accordée par le comité paritaire responsable de l'Entente particulière relative au respect des PREM. Le comité paritaire en informe la Régie.

Aux fins de l'application de la présente disposition, l'autorisation est accordée par le DRMG ou par le comité paritaire, selon le cas, pour une période d'un an et est renouvelable tant que le statut de résident est maintenu. Le DRMG avise la Régie et le comité paritaire des autorisations qu'il a émises en vertu du présent paragraphe.

4.00 ACTIVITÉS EFFECTUÉES AUPRÈS D'UNE INSTANCE À VOCATION NATIONALE ET MISSIONS RÉGIONALES RECONNUES PAR LE MINISTRE OU DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE DÉPANNAGE

4.01 Un médecin dont les activités dans le cadre du régime d'assurance maladie s'effectuent exclusivement auprès d'une instance à vocation nationale reconnue par le ministre, ou exclusivement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente, doit s'adresser au comité paritaire pour obtenir une dérogation au paragraphe 3.01 et 3.03 de la présente entente. Le comité paritaire étudie la demande selon les modalités convenues entre les parties. Le cas échéant, il autorise cette dérogation pour une période de deux ans. Celle-ci se renouvelle automatiquement à l'échéance à moins que le médecin n'ait eu aucune rémunération pendant douze mois consécutifs au cours de cette période. Cette dérogation tient lieu d'avis de conformité au PREM .

4.02 Le médecin qui détient un avis de conformité en vertu du paragraphe précédent respecte son avis de conformité tant qu'il maintient une pratique exclusive dans les activités visées au paragraphe précédent.

4.03 Aux fins de l'application du paragraphe précédent, une pratique est considérée comme exclusive lorsqu'elle comprend 95 % et plus des jours de facturation du médecin au cours d'une année d'application.

4.04 Les dispositions de la présente entente applicables au médecin qui détient un avis de conformité s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, au médecin visé par le présent article.

5.00 PROCÉDURE D'OBTENTION D'UN AVIS DE CONFORMITÉ

5.01 Avant de débuter sa pratique dans le territoire d'un DRMG ou de modifier la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique ayant pour effet d'invalider un avis de conformité antérieur, un médecin doit présenter une demande d'avis de conformité au PREM selon les modalités prévues par le comité paritaire, au moyen du formulaire élaboré par le comité paritaire et apparaissant en annexe IV.

Une demande d'avis de conformité faite dans le cadre du PREM de l'année suivant l'année courante est assujettie aux conditions suivantes :

- elle ne peut être soumise avant le 15 octobre de l'année courante;
- toute demande faite entre le 15 octobre et le 31 octobre « inclusivement » est réputée avoir été reçue le 31 octobre et a préséance sur les demandes reçues après cette période;
- elle doit être transmise au ministère, qui transmettra les demandes aux DRMG selon les préférences exprimées par les candidats.

Une demande d'obtention d'avis de conformité faite entre le 15 octobre et le 31 octobre est traitée en deux tours et encadrée par les modalités de traitement qui suivent :

AVIS **:** *Pour toute demande d'obtention d'avis de conformité du 15 septembre 2024 au 30 novembre 2025, se référer à l'*Accord n° 801.

- Le premier tour a lieu du 1er novembre au au 20 janvier.
  Le ministère transmet les candidatures au DRMG de la région demandée en tant que premier choix du candidat. Le DRMG devra avoir répondu à toutes les demandes qu'il aura reçues lors du premier tour de répartition au plus tard le 20 janvier suivant la période initiale de candidature et en avoir informé le ministère, à cette même date, de sa décision selon les modalités exposées au paragraphe 5.02 de la présente entente.

- Le deuxième tour a lieu du 21 janvier au 31 mars.
  Pour le médecin non considéré, au sens de l'Annexe II des présentes, comme médecin ayant pratiqué dans d'autres régions, le ministère transmet aux DRMG concernés les candidatures non sélectionnées lors du premier tour, selon les régions identifiées par le candidat dans sa demande initiale. Lorsque toutes les places au PREM sont comblées dans les régions identifiées par le candidat pour ce deuxième tour, le ministère informe le candidat non retenu de la fin du traitement de sa demande pour les processus d'application et l'informe qu'il peut communiquer avec les DRMG des régions pour lesquelles des places sont disponibles. Aux fins de l'application du présent alinéa, toute demande d'obtention d'un avis de conformité transmise au ministère après le 31 octobre sera traitée après le 31 mars, selon le principe « premier arrivé, premier servi ».

Le médecin considéré comme ayant pratiqué dans d'autres régions, selon les conditions apparaissant à l'Annexe II des présentes, et qui a transmis sa demande d'avis de conformité entre le 15 octobre et le 31 octobre, a préséance sur les demandes reçues après cette période. Aux fins de l'application du présent alinéa, toute demande d'obtention d'un avis de conformité transmise après le 31 octobre sera traitée selon le principe « premier arrivé, premier servi ».

5.02 Le DRMG apprécie le contenu de la demande d'avis de conformité du médecin et répond, par écrit, dans les délais prévus au paragraphe 5.01, en remplissant le formulaire transmis par le médecin, et ce, aux fins suivantes :

- signifier au médecin l'acceptation de sa demande d'avis de conformité en lui spécifiant son RLS d'appartenance déterminé selon les dispositions du paragraphe 10.00 de la présente entente et en lui réitérant les exigences suivantes :

- le médecin devra déterminer la date effective à laquelle il entend débuter sa pratique ou, le cas échéant, modifier la répartition interrégionale ou intrarégionale de sa pratique. Cette date correspond à la date d'entrée en vigueur de l'avis de conformité du médecin;
- cette date ne peut excéder douze (12) mois suivant la date de réception par le ministère de sa demande d'obtention d'avis de conformité;

- ou, dans le cas contraire, informer ce médecin du refus de sa demande d'avis de conformitéet en informer le ministère.

Lorsque le DRMG reçoit du candidat la confirmation de l'acceptation de son avis de conformité au PREM, le DRMG en avise le ministère et la régie. Le ministère retire alors, sur réception de l'avis du DRMG, le nom du candidat du processus de sélection en cours.
Le cas échéant, le DRMG expédie également une copie de l'avis de conformité au dernier DRMG ayant antérieurement délivré un tel avis au médecin.

Le DRMG doit :

- dans un premier temps, offrir les avis de conformité aux candidats dont le sous-territoire correspond au 1er choix exprimé dans leurs demandes;
- dans un deuxième temps, offrir aux candidats non sélectionnés dans le sous-territoire de leur 1er choix, les places toujours disponibles au PREM.

AVIS **:** *Pour les modalités concernant le DRMG pour la période du 15 septembre 2024 au 30 novembre 2025, se référer à l'*Accord n° 801.

Lorsqu'il y a un nombre égal ou inférieur de candidats que de places disponibles dans un RLS à une date donnée, le DRMG accepte sans autres formalités la demande d'obtention d'un avis de conformité.

AVIS **:** *Cette modalité s'applique le 13 décembre 2024 selon l'*Accord n° 801.

Advenant le cas où à une date donnée, le DRMG reçoit un nombre de candidatures supérieur au nombre de places disponibles au PREM pour un territoire de RLS à cette date, le DRMG est responsable de procéder à la sélection des candidats et d'attribuer le ou les avis de conformité en fonction des priorités qu'il aura établies dans chacun des RLS de sa région.

La procédure de sélection des candidats est encadrée par les principes décrits dans le guide de gestion des PREM. Cette procédure doit notamment prévoir la création d'un comité de sélection composé exclusivement de médecins nommés par le comité de direction du DRMG et la tenue d'une entrevue pour chacun des candidats.

5.03 Un refus de délivrance d'un avis de conformité ne peut être fondé que sur l'atteinte du plan régional des effectifs médicaux.

5.04 Dans les dix jours suivant l'acceptation de la demande d'avis de conformité, le médecin doit confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaudra de l'avis de conformité qui lui a été délivré. Il précise également la date effective d'entrée en vigueur de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin. Il transmet copie de cet avis au comité paritaire.

Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du délai imparti de dix jours, son avis de conformité est révoqué par le DRMG et offert à un autre candidat admissible, le cas échéant.

Si le médecin ne débute pas ses activités à la date effective d'entrée en vigueur, il est réputé avoir refusé d'exercer ses activités. Dans pareil cas, le DRMG révoque l'avis de conformité délivré. Il en informe le médecin concerné et la Régie.

Tout désistement d'un candidat, subséquent à la confirmation qu'il a fait parvenir au DRMG de l'acceptation de son avis de conformité oblige le candidat, s'il veut obtenir un avis de conformité, à faire une nouvelle demande qui sera traitée à la fin du troisième tour.

AVIS **:** *Pour les modalités de l'article 5.04 pour la période du 13 décembre 2024 au 30 novembre 2025, se référer à l'*Accord n° 801.

5.05 Exceptionnellement et suivant appréciation des motifs que lui présente un médecin, un DRMG peut reporter, à l'intérieur d'une période additionnelle maximale de six mois, la date effective d'entrée en vigueur de l'avis de conformité pour toute raison qu'il estime juste et équitable eu égard aux circonstances.

5.06 Un médecin ne peut obtenir qu'un seul avis de conformité à la fois. L'obtention d'un avis de conformité entraîne, à sa date effective d'entrée en vigueur, la révocation automatique du dernier avis de conformité antérieurement délivré.

5.07 À moins d'avis écrit à l'effet contraire expédié par un médecin à un DRMG, un avis de conformité se renouvelle tous les deux ans à partir de sa date effective d'entrée en vigueur, et ce, selon les termes apparaissant au dernier avis délivré.

5.08 À la demande du DRMG ou d'un médecin, le comité paritaire peut, dans les cas exceptionnels, statuer relativement à toute situation mettant en cause, la délivrance, le refus de délivrance, la modification ou la révocation d'un avis de conformité, de même qu'à toute situation mettant en cause l'installation d'un médecin dans une région ou dans un territoire de RLS de celle-ci.

6.00 RÉDUCTION DE LA RÉMUNÉRATION

6.01 La rémunération du médecin qui n'a pas obtenu un avis de conformité d'un DRMG ou qui ne respecte pas le pourcentage de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 de la présente entente est sujette à une réduction de 30 %. Cette réduction s'applique sur l'ensemble de la rémunération versée pour les services dispensés par ce médecin dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;

6.02 La réduction de la rémunération s'applique sur une base trimestrielle dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité et, sur une base annuelle, du 1er mars au 28 ou 29 février de l'année suivante, dans le cas du médecin qui détient un avis de conformité, mais n'en respecte pas les conditions;

6.03 Dans tous les cas, cette réduction s'applique sur la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel. Elle ne peut, toutefois, s'appliquer sur la rémunération qui, pour un trimestre, a été sujette à l'application de la réduction en vertu des dispositions de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières;

6.04 Sous réserve des dispositions transitoires prévues à l'article 8.00 de la présente entente, le médecin sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération parce qu'il ne détient pas d'avis de conformité, doit, s'il désire formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région pour le territoire de RLS où il exerce principalement ses activités, obtenir et respecter, pendant une période d'une durée de trois ans, un avis de conformité dûment délivré par le DRMG d'une autre région que celle où il a principalement exercé pendant l'année sujette à l'application de la réduction ou auprès du DRMG de la région où il exerce principalement, mais visant un territoire de RLS dans lequel il n'a pas exercé sans détenir d'avis de conformité;

6.05 Malgré le paragraphe 6.04 de la présente entente, un médecin qui ne détient pas d'avis de conformité à l'expiration d'une période de cinq ans pendant laquelle il est sujet à l'application d'une réduction de sa rémunération peut formuler une demande d'obtention d'avis de conformité auprès du DRMG de la région pour le territoire de RLS où il exerce principalement ses activités;

6.06 Le comité paritaire peut exempter de la réduction de la rémunération un médecin qui ne respecte pas le pourcentage de la facturation apparaissant au paragraphe 3.03 dans les conditions suivantes :

- s'il n'a pu respecter les conditions se rattachant à son avis de conformité en raison de sa participation, dans une autre région ou dans un autre territoire de RLS à des activités reconnues prioritaires par le ministre.

- si la proportion de jours de facturation dans le territoire de RLS de la région socio-sanitaire du DRMG auprès duquel il détient son avis de conformité au PREM se situe entre 50 % et 55 % du total de ses jours de facturation dans l'année;

6.07 Le comité paritaire peut, en outre, pour cause, selon des modalités qu'il fixe, exempter un médecin de la réduction de rémunération ou de l'application totale ou partielle des périodes mentionnées aux paragraphes 6.04 et 6.05, et ce, pour des raisons non prévues à la présente entente. Le comité paritaire, préalablement à toute décision, consulte le DRMG du territoire auprès duquel le médecin détient un avis de conformité ou, si le médecin ne détient pas d'avis de conformité, de la région où il a effectué le plus grand nombre de ses journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie.

7.00 RÈGLES S'APPLIQUANT AUX RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

7.01 Aux fins de l'application du présent article, des régions peuvent être désignées régions à pratique partielle restreinte par accord des parties sur recommandation du comité paritaire. Sous réserve des dispositions des articles 3.09 et 8.00 de la présente entente ou à moins que le médecin détienne depuis vingt ans et plus son permis d'exercice du Collège des médecins du Québec, le médecin qui ne détient pas d'avis de conformité de l'une de ces régions ne peut y exercer, même partiellement, et ce, malgré qu'il respecte l'avis de conformité qu'il détient du DRMG d'une autre région. Les régions à pratique partielle restreinte sont inscrites à l'annexe V de la présente entente.

Malgré ce qui précède, le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, considérer qu'un médecin respecte les dispositions du précédent alinéa si sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte ne dépasse pas 5 % du total de ses jours de facturation dans l'année d'application.

7.02 Le médecin qui ne détient pas un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte, et qui y exerce au cours d'une année est sujet à une réduction de 30 % de sa rémunération provenant des services qu'il a dispensés dans la région à pratique partielle restreinte.

7.03 Le comité paritaire, avec l'accord du DRMG de la région à pratique partielle restreinte, peut exclure un sous-territoire de cette région, ou des services spécifiques qui y sont dispensés, de l'application des dispositions du paragraphe précédent. L'exclusion peut viser à la fois un sous-territoire et des services spécifiques et elle peut comprendre toute autre condition pertinente. Le comité paritaire en informe le DRMG de la région concernée.

7.04 Le médecin ne peut se prévaloir des dispositions prévues au paragraphe précédent que s'il obtient l'autorisation du comité paritaire. Les procédures sont les suivantes :

- le médecin adresse sa demande au DRMG de la région à pratique partielle restreinte;
- dans le cas où la demande du médecin répond aux conditions accompagnant l'exclusion accordée dans le cadre des dispositions du paragraphe 7.03, le DRMG transmet, pour autorisation, la demande du médecin au comité paritaire;
- le comité paritaire doit, dans les trente jours suivant la réception de la demande du médecin, aviser le médecin de sa décision;
- lorsque l'autorisation est accordée, le comité paritaire transmet le nom du médecin à la Régie;
- le suivi de la pratique du médecin dans la région à pratique partielle restreinte est assuré par le comité paritaire. La Régie transmet le 1er août de chaque année les données sur la rémunération du médecin pour l'année allant du 1er mars au 28 ou 29 février de l'année précédente;
- dans le cas où le médecin n'a pas respecté les conditions rattachées à l'exclusion accordée en vertu du paragraphe 7.03 de la présente entente, le comité paritaire demande à la Régie d'appliquer les modalités prévues au paragraphe 7.02.

7.05 Un médecin détenant un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte et qui modifie la répartition de sa pratique et obtient un avis de conformité d'une autre région, peut continuer d'exercer dans le RLS de la région à pratique partielle restreinte de laquelle il détenait l'avis de conformité antérieur pour 45 % ou moins du total de ses jours de facturation et cela conformément aux dispositions de l'article 3.00 de la présente entente.

7.06 Les activités effectuées par un médecin dans une région à pratique partielle restreinte en vertu d'une autorisation du comité paritaire lui permettant de rendre une partie de ses services visés par sa nomination dans un secteur géographique autre que celui où est situé l'établissement ne sont pas comptabilisées pour les fins du présent paragraphe. Il en va de même des activités visées par le Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur des services de santé et des services sociaux.

8.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

8.01 Tout médecin qui exerce sans détenir d'avis de conformité, ou de dérogation en tenant lieu, le 30 juin 2016, qui débute sa pratique à partir du 1er juillet 2016 ou qui détient un avis de conformité au 30 juin 2016, mais obtient, subséquemment au 30 juin 2016, un avis de conformité d'une autre région, est assujetti aux dispositions prévues à la présente entente particulière.

8.02 Le médecin qui détient un avis de conformité d'un DRMG, ou une dérogation en tenant lieu, et qui a débuté sa pratique avant le 1er juillet 2016 est assujetti aux dispositions prévues à la présente entente particulière avec les adaptations suivantes :

- i) L'avis de conformité qu'il détient vise l'ensemble du territoire du DRMG et non un territoire de RLS. Pour respecter son avis de conformité, il doit réaliser, dans sa région, 55 % de ses journées de facturation. Une journée de facturation n'est comptabilisée que si la rémunération associée à cette journée est égale ou supérieure à 518 $ au 1er juin 2019 et de 523 $ au 1er octobre 2019. Une demi-journée peut être comptabilisée si la rémunération associée à cette demi-journée est égale ou supérieure à 259 $ et inférieure à 518 $ au 1er juin 2019 et elle est égale ou supérieure à 261,50 $ et inférieure à 523 $ au 1er octobre 2019. Le cumul des honoraires d'une journée tient compte du tarif de base des services rendus.

ii) Les activités au sein d'une entité à vocation nationale et auprès du mécanisme du dépannage sont exclues du calcul de la proportion de ses jours d'activités;

iii) Lorsqu'il fait une demande pour un avis de conformité auprès d'une nouvelle région, l'évaluation de la disponibilité de places au PREM par le DRMG se fait sur la base de l'ensemble des places disponibles dans la région. Le DRMG ajuste par la suite le nombre de places résiduelles par territoire de RLS en fonction d'abord du territoire où le médecin compte exercer et par la suite, le cas échéant, en fonction des priorités fixées par le DRMG;

iv) La réduction de rémunération s'applique sur les activités en cabinet et à domicile seulement;

v) La réduction applicable en raison de la pratique dans une région à pratique partielle restreinte sans détenir d'avis de conformité de la région en cause s'applique sur le revenu en cabinet et à domicile seulement, et ce, de sa pratique dans la région à pratique partielle restreinte seulement.

9.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE

9.01 La Régie transmet, au 1er novembre de chaque année d'application, au DRMG et au comité paritaire, le nom des médecins qui n'ont pas respecté, au cours du premier trimestre de l'année d'application en cours, le pourcentage de jours de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 de la présente entente. Elle leur transmet également l'information concernant les médecins qui sont visés par les articles 4.00 et 7.00.

9.02 Relativement à l'application de la réduction prévue à l'article 6.00 et 7.00 de la présente entente, la Régie doit :

- transmettre, au 1er septembre suivant la fin de l'année d'application, à chaque médecin qui n'a pas respecté son avis de conformité ou, le cas échéant, les dispositions relatives aux régions à pratique partielle restreinte apparaissant à l'article 7.00 de la présente entente, un avis de réduction selon les modalités prévues aux articles 6.00 ou 7.00 de la présente entente. Cet avis est également transmis au DRMG de la région duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire;

- dans le cas du médecin qui ne détient pas d'avis de conformité, lui rappeler par écrit, au plus tard trente jours suivant la fin d'un trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, qu'il ne détient pas d'avis de conformité et l'aviser de l'application de la réduction selon les modalités apparaissant à l'article 6.00 de la présente entente. Cet avis est également transmis au DRMG de la région auprès duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire.

9.03 La Régie transmet au 1er septembre de chaque année au comité paritaire les données sur la répartition interrégionale et intrarégionale de la facturation de chaque médecin, dans ce dernier cas par territoire de RLS, pour l'année d'application se terminant le 28 ou le 29 février de l'année en cours. La Régie transmet à la même date, à chaque DRMG, les données sur la répartition interrégionale et intrarégionale des jours de facturation des médecins, par territoire de RLS, exerçant dans la région.

9.04 La Régie transmet sur demande au comité paritaire, toute information requise pour l'application du paragraphe 3.09 de la présente entente.

10.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À UN DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

10.01 Le DRMG doit établir la liste des RLS prioritaires de son territoire en fonction des effectifs médicaux déjà en place et du recrutement à venir, et ce, en précisant la nature des services de première ligne, cabinet, domicile, CLSC et GMF-U ou services en établissement, dans ce dernier cas avec le concours du DSP concerné, selon les secteurs d'activités le plus en besoin.

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 Le comité paritaire assume les fonctions qui lui sont confiées dans le cadre de la présente entente et conformément à l'article 32.00 de l'entente générale.

12.00 ÉVALUATION

12.01 Les parties conviennent de procéder, au cours du mois de septembre 2016 ou en tout temps pertinent, à une évaluation du fonctionnement de l'entente et du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par *l'Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne* relativement à la répartition interrégionale et intrarégionale des effectifs médicaux et au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

12.02 Dans le cas où l'une des deux parties évalue comme insuffisante l'atteinte des objectifs, les parties conviennent d'entreprendre des discussions pour apporter les correctifs requis.

13.00 MISE EN VIGUEUR

13.01 La présente entente particulière entre en vigueur 21 décembre 2015. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS **:** *À compter du 15 septembre 2024, se référer à* l'Accord nº 801.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2e jour de février 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

RÉGIONS, RLS ET SOUS-TERRITOIRES AUTRES QUE RLS (Par. 1.01 ci-dessus)

AVIS **:** *Consulter la liste des* régions, RLS et sous-territoires autres que RLS.

ANNEXE II

CALCUL D'UNE ANNÉE DE PRATIQUE

Pour être considéré aux fins de l'application du paragraphe 3.02 de la présente entente comme médecin ayant pratiqué dans d'autres régions, le médecin doit répondre à une des situations suivantes :

1. Il doit avoir complété, dans le cadre du régime public d'assurance maladie du Québec, au moins deux cents jours de facturation et avoir réalisé, pour chacune de ces journées, une facturation d'au moins 500 $ en respectant les conditions suivantes :
- seule la pratique postérieure à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec est considérée;
- le médecin visé doit détenir un avis de conformité au PREM d'une région ou une dérogation qui en tient lieu.

2. Peuvent également être considérés comme médecins ayant pratiqué dans d'autres régions :
- le médecin militaire s'il a servi à ce titre au sein des Forces armées canadiennes pendant au moins un an;
- le médecin en provenance de l'extérieur du Québec et qui détient un permis de pratique émis au Canada avant le 1er janvier 2004.

La Régie, sur demande du DRMG, transmet au DRMG et aux médecins concernés les données pertinentes à l'application de la présente annexe.

ANNEXE III

INSTANCES À VOCATION NATIONALE ET MISSIONS RÉGIONALES RECONNUES PAR LE MINISTRE

A - INSTANCES À VOCATION NATIONALE

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)
- DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)
- ÉVACUATION AÉROMÉDICALE DU QUÉBEC (ÉVAQ)
- BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE (BEM)
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (INESSS)

B - MISSIONS RÉGIONALES

- DIRECTIONS RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE

ANNEXE IV

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS DE CONFORMITÉ

AVIS **:** *Voir le formulaire de demande d'avis de conformité fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux.*

ANNEXE V

RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

Région de la Capitale-Nationale à l'exception des sous-territoires de Portneuf et de Charlevoix

EP 54 – GMF-AR

ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE DÉSIGNÉ ACCÈS-RÉSEAU (GMF-AR)

PRÉAMBULE

Cette entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ci-après nommée « l'Entente ».

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- **1.01** Cette entente particulière a pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans le cadre des services sans rendez-vous, dispensés selon un horaire de quarts de garde établi, dans un site d'un GMF ayant été désigné accès (GMF-A) ou dans un site d'un GMF ayant été désigné réseau (GMF-R) par le ministre et inscrit à l'Annexe I des présentes.

AVIS **:** *Consulter la liste des GMF-AR désignés.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

- **2.01** L'Entente intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique au médecin qui exerce sa profession dans un site de GMF désigné accès ci-après nommé « GMF-A » ou dans un site de GMF désigné réseau ci-après nommé « GMF-R » sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITION D'ADMISSIBILITÉ DU GMF-A ET DU GMF-R

- **3.01** Aux fins de la présente entente particulière et sous réserve du sous-paragraphe 3.02, un GMF-A ou GMF-R est une clinique médicale, site d'un GMF, qui dispense des services de première ligne auprès de toute clientèle inscrite ou non, après avoir conclu une entente avec un établissement dont relève la mission accès ou la mission réseau soit un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou un établissement non fusionné ci-après nommé « établissement ».

Un GMF-A ou un GMF-R doit répondre aux conditions d'admissibilité suivantes :

- a) Un GMF-A ou un GMF-R est dûment recommandé au ministre par le Département régional de médecine générale (DRMG) de son territoire. La recommandation du DRMG doit être conforme au plan de déploiement des GMF-A ou des GMF-R établi par le Ministre. En outre, la recommandation doit indiquer que les besoins de la population du territoire justifient une offre de services médicaux généraux en première ligne, et ce, en conformité avec les indications du Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille (ci-après nommé « Programme »);

- b) Dans le but d'assurer des services de proximité intégrés en matière de prélèvements, d'imagerie médicale et de consultations spécialisées, il a conclu les ententes suivantes :
  - i) une entente avec l'établissement dans laquelle sont précisées les responsabilités de l'établissement en regard du GMF-A ou en regard du GMF-R. Cette entente doit être signée par le PDG de l'établissement et le médecin responsable du GMF-A ou du GMF-R;
  - ii) une entente avec un laboratoire conventionné ou public d'imagerie médicale, laquelle doit être signée par le médecin responsable du GMF-A ou du GMF-R et par l'exploitant du laboratoire, ou dans le cas d'un laboratoire public, par le PDG de l'établissement concerné;
- c) Un GMF-AR doit offrir des services médicaux consacrés spécifiquement à la mission réseau et couvrant, selon le niveau auquel il appartient, un minimum de 28 à 84 par semaine,réparties sur sept (7) jours sauf en cas d'exception approuvée par le ministre;
- d) Les jours de semaine et de fin de semaine de même que les jours fériés doivent compter minimalement de quatre (4) à douze (12) heures de services selon le niveau auquel appartient le GMF-AR. Ces services doivent obligatoirement être rendus entre 7 h et 22 h;
- e) La dispensation des services sans rendez-vous visée à la présente, doit se faire en un lieu physique unique;

AVIS **:** ***Rémunération à l'acte***
Utiliser l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.
Pour la compensation des frais de cabinet pour les services rendus durant une période de garde pour la population générale dans la partie réservée au sans rendez-vous, utiliser :
- le code de facturation ***19928*** *pour les services rendus à au moins 10 patients;*
- le code de facturation ***19929*** *pour les services rendus à au moins 20 patients;*
- l'élément de contexte **Sans rendez-vous – GMF désigné accès-réseau (GMF-AR)**.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire
Inscrire le code d'activité ***269110*** *Services cliniques sans rendez-vous.*
Ces services cliniques sont exempts du plafond trimestriel.
Voir le paragraphe 6.01 de la présente EP 54 – GMF-AR.
Pour les services rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01 de l'annexe XX de l'Entente.

- f) Au site du GMF-A ou du GMF-R, en dehors des périodes où ils rendent des services dans le cadre du sans rendez-vous, les médecins du GMF doivent offrir les services sur rendez-vous en conformité avec les dispositions à l'entente conclue avec l'établissement;

AVIS **:** *Pour la compensation des frais de cabinet du médecin qui rend des services sur rendez-vous dans un GMF-A ou un GMF-R, utiliser le code de facturation :*
*- **19928** pour les services rendus à au moins 6 patients inscrits;*
*- **19929** pour les services rendus à au moins 12 patients inscrits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire
*Inscrire le code d'activité **269111** Services cliniques avec rendez-vous.*
Pour les services rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01 de l'annexe XX.

- g) Un GMF-A ou un GMF-R est dûment reconnu et désigné par le ministre.

- **3.02** Exceptionnellement, avec l'autorisation du ministre, un point de services d'un GMF-U en établissement, est considéré comme admissible aux dispositions de la présente entente.
- **3.03** La désignation et l'inscription d'un GMF-A ou d'un GMF-R à l'Annexe I des présentes font mention de la région, de l'établissement responsable, du nom du GMF et du nom du site reconnu GMF-A ou GMF-R.
- **3.04** L'offre de service d'un GMF-A ou d'un GMF-R est assurée par les médecins du GMF qui désirent participer à son offre de service ainsi que par tout médecin qui ne fait pas partie du GMF, mais qui désire participer à son offre de service.

4.00 HORAIRES DÉFAVORABLES

- **4.01** Un supplément par quart de quatre (4) heures est payé au médecin qui est affecté au service du sans rendez-vous d'un GMF-A ou d'un GMF-R, du lundi au vendredi sauf un jour férié, de 18 h à 22 h ou, les samedis, dimanches et jours fériés, de 8 h à 22 h. Le montant du supplément est de 139,80 $ au 1er septembre 2018, de 154,80 $ au 1er octobre 2018 et de 156,40 $ au 1er octobre 2019 et il n'est pas sujet aux dispositions de l'Annexe XX de l'Entente traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables.

AVIS **:** ***En semaine****, du lundi au vendredi autre qu'un jour férié, entre 18 h et 22 h, inscrire :*
*- le code de facturation **19893**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
La fin de semaine et les jours fériés*, entre 8 h et 22 h, inscrire :*
*- le code de facturation **19894**;*
- l'heure de début et l'heure de fin de la garde.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
*Les codes de facturation **19893** et **19894** sont exclus de l'application des majorations en horaires défavorables (paragraphe 4.01 de l'annexe XX).*

- **4.02** Ce supplément s'ajoute à la rémunération à l'acte dévolue au médecin selon l'entente générale pour les services médicaux qu'il dispense pendant ou à l'occasion d'une période de garde en horaires défavorables visée au précédent paragraphe.
- **4.03** Le supplément visé au sous-paragraphe 4.01 est divisible sur base horaire. Le médecin est, quant au montant de ce supplément, payé par la Régie au prorata du temps pendant lequel il a effectivement assumé la garde, dans le cadre ou dans la foulée d'une période de garde établie.
- **4.04** Un médecin ne peut se prévaloir que d'un supplément de garde par période de quatre (4) heures.

5.00 RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN RESPONSABLE DU GMF-A ET DU GMF-R

- **5.01** Les activités professionnelles visées au présent paragraphe couvrent les activités médico-administratives découlant des obligations spécifiques du GMF-A ou du GMF-R en ce qui a trait notamment à l'organisation des services de première ligne, à la coordination avec l'établissement et autres intervenants du réseau local de santé et de services sociaux, à la confection des horaires de garde du sans rendez-vous et au recrutement.
- **5.02** Les fonctions de médecin responsable d'un GMF-A ou de médecin responsable d'un GMF-R ou, celui qui l'assiste, sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule à l'acte prévoyant le paiement de forfaits alloués, sur une base annuelle, dont le nombre de forfaits est déterminé selon le niveau auquel le GMF-AR appartient selon la classification découlant des dispositions du *Programme ministériel de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille (GMF)*.
-

Le nombre de forfaits alloués au GMF-AR selon le niveau de désignation auquel il appartient est le suivant :

GMF-AR de niveau 1 :	155 forfaits par année
GMF-AR de niveau 2 :	170 forfaits par année
GMF-AR de niveau 3 :	185 forfaits par année
GMF-AR de niveau 4 :	200 forfaits par année
GMF-AR de niveau 5 :	200 forfaits par année
GMF-AR de niveau 6 :	200 forfaits par année
GMF-AR de niveau 7 :	225 forfaits par année
GMF-AR de niveau 8 :	225 forfaits par année
GMF-AR de niveau 9 :	225 forfaits par année
GMF-AR de niveau 10 :	250 forfaits par année
GMF-AR de niveau 11 :	250 forfaits par année
GMF-AR de niveau 12 :	250 forfaits par année

Le niveau du GMF-AR auquel ce dernier appartient est précisé à l'Annexe I de la présente entente. Les parties révisent annuellement l'Annexe I pour y préciser, si requis, les changements apportés au niveau d'un GMF-AR.

Les modalités suivantes s'appliquent :

1) Le montant du forfait est de 70,75 $.

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

3) En regard de l'application de la présente mesure, l'année d'application est du 1er avril d'une année au 31 mars de la suivante.

4) Le médecin responsable d'un GMF-A ou d'un GMF-R doit se prévaloir minimalement de 60 % du nombre de forfaits alloués au GMF-A ou GMF-R sur une base annuelle.

5) La rémunération versée pour les fonctions visées par la présente disposition est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente.

6) Le nombre de forfaits est évalué au prorata par le comité paritaire si la première année de fonctionnement du GMF-AR est de moins de 12 mois.

7) Malgré les dispositions du second alinéa ci-dessus, entre le 1er juin 2022 et le 31 mars 2023, le nombre de forfaits alloué pour les fonctions de responsable d'un GMF-A ou de médecin responsable d'un GMF-R ou, celui qui l'assiste, est le suivant :

GMF-AR de niveau 1 :	129 forfaits par année
GMF-AR de niveau 2 :	142 forfaits par année
GMF-AR de niveau 3 :	154 forfaits par année
GMF-AR de niveau 4 :	167 forfaits par année
GMF-AR de niveau 5 :	167 forfaits par année
GMF-AR de niveau 6 :	167 forfaits par année
GMF-AR de niveau 7 :	187 forfaits par année
GMF-AR de niveau 8 :	187 forfaits par année
GMF-AR de niveau 9 :	187 forfaits par année
GMF-AR de niveau 10 :	208 forfaits par année
GMF-AR de niveau 11 :	208 forfaits par année
GMF-AR de niveau 12 :	208 forfaits par année

AVIS **:** *Pour le médecin responsable, indiquer :*
- le code de facturation ***09751;*** *- le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

Pour le médecin assistant, ajouter l'élément de contexte **Forfait du médecin assistant pour les activités administratives en GMF-AR**.

6.00 APPLICATION DE L'ANNEXE IX

- **6.01** La rémunération que le médecin reçoit pour les services médicaux dispensés pendant une période de garde sans rendez-vous prévue aux alinéas e) et f) du sous-paragraphe 3.01, est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente. Il en est de même de la rémunération visée au paragraphe 5.00 de cette entente.

7.00 PROCÉDURES

- **7.01** Suite à la reconnaissance d'un GMF-A ou d'un GMF-R par le ministre, le comité paritaire désigne le GMF-A ou le GMF-R à l'annexe I de la présente entente.
- **7.02** Le comité paritaire est responsable de l'adhésion d'un GMF-A ou d'un GMF-R aux fins de l'application de la présente entente particulière et, pour ce faire, d'évaluer si les conditions d'admissibilité décrites au sous-paragraphe 3.01 ci-dessus sont remplies de façon satisfaisante.
- **7.03** Le comité paritaire a pour mandat de veiller à la mise en œuvre, à l'analyse et au suivi de cette entente particulière.

Le comité paritaire, après examen de la situation, pourra s'il le juge nécessaire, faire des recommandations aux parties.

- **7.04** Le comité paritaire informe la Régie du nom du GMF-A ou du GMF-R, site unique d'un GMF dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est reconnue par le Ministre ainsi que du nom du médecin responsable de la mission accès ou de la mission réseau.

- **7.05** Le comité paritaire avise la Régie et le GMF-A ou le GMF-R lorsque sa désignation au Programme GMF-AR lui est retirée et à compter de quelle date.
- **7.06** La Régie transmet mensuellement à l'établissement, au GMF-A ou au GMF-R et au comité paritaire un rapport détaillant les informations pertinentes sur le nombre facturé de suppléments prévus au paragraphe 4.00 de la présente entente ainsi que sur le nombre de médecins qui s'en prévalent les jours de semaine, de fins de semaine et jours fériés. De plus, le rapport identifie, par horaire de garde, le nombre d'examens, de visites, de consultations ou de tout autre service qui en tient lieu, pour les patients vus qui ne sont pas inscrits au site du GMF-A ou du GMF-R. Le suivi des informations de facturation est hebdomadaire et le cumul s'effectue du lundi au dimanche.
- **7.07** Un établissement visé au sous-paragraphe 3.02 de la présente qui entend mettre fin à l'entente qui le lie à un GMF-A ou à un GMF-R doit immédiatement en informer le médecin responsable et le comité paritaire.

8.0 ENTENTE CISSS OU CIUSSS – CLSC ET GMF-A OU GMF-R

- **8.01** Outre les modalités de rémunération spécifiques telles que prévues aux paragraphes 4.00 et 6.00, les modalités de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF-A ou d'un GMF-R sont celles qui s'appliquent en cabinet ou, si le GMF-A ou le GMF-R est situé dans un CLSC, dans un GMF-U en établissement, celles prévues à l'entente particulière relative aux CLSC ou à l'entente particulière relative au médecin enseignant.

Toutefois, malgré ce qui précède, le médecin qui exerce de façon régulière dans un CLSC et qui y détient une nomination à honoraires fixes peut, lorsqu'il exerce dans le cadre des services sans rendez-vous d'un GMF-A ou d'un GMF-R situé dans un cabinet, être rémunéré selon ce mode de rémunération prévu à la nomination qu'il détient du CLSC et en vertu de cette nomination. Sous réserve de l'alinéa suivant, ce médecin peut se prévaloir également des dispositions prévues aux paragraphes 4.00 et 6.00 des présentes selon les modalités applicables à tout médecin qui exerce dans le GMF-A ou dans le GMF-R.

AVIS **:** *Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) et inscrire :*

- le numéro d'établissement correspondant à la nomination en CLSC;

*- le code d'activité **269110** Services cliniques sans rendez-vous.*

*Lorsque les services sont rendus le samedi, le dimanche ou un jour férié, inscrire le secteur de dispensation **28**.*

Ces services cliniques sont exempts du plafond trimestriel. Voir le paragraphe 6.01 de la présente EP 54 – GMF-AR.

Pour les services rendus en horaires défavorables, voir les instructions de facturation sous le paragraphe 4.01 de l'annexe XX.

Il ne peut se prévaloir des dispositions du paragraphe 5.00 des présentes pour des activités professionnelles réalisées au cours des périodes pendant lesquelles il est rémunéré en vertu de sa nomination du CLSC.

- **8.02** Le médecin rémunéré à honoraires fixes en CLSC et qui participe à l'offre de services du GMF-A ou du GMF-R, peut se prévaloir des dispositions du présent paragraphe aux conditions suivantes :
    - - l'établissement, avec l'accord du chef du service médical du CLSC, a convenu d'une entente avec le GMF-A ou le GMF-R pour le nombre d'heures que le médecin peut consacrer à l'offre de services et quant à son horaire de travail;

- - l'établissement s'engage à assurer le suivi des heures effectuées et facturées par le médecin pour les services dispensés au GMF-A ou au GMF-R.

- **8.03** Le GMF-A ou le GMF-R informe le comité paritaire de l'entente Établissement-CLSC et GMF-A ou GMF-R ainsi que du nom des médecins qui se prévalent des dispositions prévues au présent paragraphe. Le comité paritaire transmet ces informations à la Régie.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

- **9.01** Cette entente particulière prend effet le 1er janvier 2017. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

AVIS **:** *Consulter la liste des GMF-AR désignés.*

EP 55 - Établissement de détention

AYANT POUR OBJET LES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE SA PROFESSION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION SOUS LA RESPONSABILITÉ DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet de déterminer les conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin pour de la prestation de services médicaux, des services médico-administratifs et de la garde en disponibilité auprès d'un établissement de détention visé par la présente.

AVIS **:** *Consulter la liste des établissements de détention visés.*

1.02 L'Annexe I fait état des établissements de détention visés par la présente et elle précise pour chacun des établissements de détention la période de garde en disponibilité que le médecin doit assumer pour pouvoir se prévaloir de la rémunération prévue pour la garde en disponibilité. L'Annexe I détermine également le nombre de forfaits maximum alloué à chaque établissement, sur une base trimestrielle pour rémunérer la garde en disponibilité.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation* **19860**.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Les forfaits trimestriels peuvent être facturés à tout moment dans un trimestre donné en respectant le délai de 90 jours suivant la date du service qui figure sur la facture.
Un maximum de 100 forfaits par ligne de facture est recevable à la RAMQ.
Si dans un trimestre le nombre de forfaits facturés par le médecin dépassent ce maximum, utiliser plus d'une ligne de facture et inscrire une date de service distincte pour chacune des lignes.
Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la facture de services médicaux et inscrire l'élément de contexte **Garde en disponibilité**.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 MODALITÉS GÉNÉRALES ET MODALITÉS PARTICULIÈRES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Pour se prévaloir de la présente entente particulière, le médecin doit détenir une désignation du comité paritaire. À cette fin, le CISSS ou le CIUSSS du territoire dont relève l'établissement de détention transmet la demande de désignation en précisant la date de début de la désignation. Il avise également le comité paritaire de la date à compter de laquelle le médecin cesse d'exercer dans l'établissement de détention.

Une telle désignation peut viser un médecin qui exercera seulement de façon ponctuelle ou comme remplaçant occasionnel au sein de l'établissement de détention, pour y rendre des services ou assurer la garde en disponibilité en l'absence du ou des médecins principalement responsables des services.

Le CISSS ou le CIUSSS transmet l'ensemble des demandes de désignation au comité paritaire en même temps, exception faite du recrutement de nouveaux médecins.
Le médecin qui désire mettre fin à sa désignation avise l'établissement de détention, le CISSS ou le CIUSSS, selon le cas, et le comité paritaire avec un délai raisonnable de la date de fin de son engagement.

3.02 Le médecin qui exerce sa profession au sein d'un établissement de détention est rémunéré de façon exclusive pour ses activités médicales ou médico-administratives, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de temps plein ou de demi-temps, soit au tarif horaire ou soit à l'acte.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.
Utiliser le code d'activité :
*- **292257** Services médicaux – Établissement de détention;*
*- **292258** Services médico-administratifs – Établissement de détention.*

3.03 Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire, une prime de responsabilité de 40,45 $ s'ajoute à la rémunération de 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles facturées pour les services rendus dans l'établissement de détention. La prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année débutant le 1er janvier.

3.04 Pour le médecin qui opte pour la rémunération à l'acte pour ses services médicaux dans un établissement de détention, il ne peut se prévaloir des modalités des paragraphes 2.2.6 A) et 2.2.6 B) du Préambule général de l'Annexe V de l'Entente générale. La nomenclature et la tarification des actes couverts par ces paragraphes sont remplacées par la nomenclature et la tarification apparaissant à l'Annexe II de la présente entente particulière.

3.05 La présente entente particulière tient lieu de nomination autorisant la rémunération à tarif horaire.

3.06 Le relevé d'honoraires du médecin qui opte pour le mode des honoraires fixes ou pour le tarif horaire pour les activités médicales et les activités médico-administratives doit être contresigné par un représentant autorisé du CISSS ou du CIUSSS du territoire duquel relève l'établissement de détention auprès duquel le médecin exerce.

3.07 Sans égard à son mode de rémunération, la Section I de l'*Entente particulière ayant pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant* s'applique, le cas échéant.

AVIS **:** *Utiliser les codes de facturation **19910, 19913, 19916** ou **19919**.*

3.08 Sous réserve des dispositions du paragraphe 6.01, les activités médico-administratives rémunérées au médecin sont celles qui sont requises par l'établissement de détention et qui sont liées à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dispensés par le médecin au sein de l'établissement.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.
*Utiliser le code d'activité **292258** Services médico-administratifs – Établissement de détention.*

3.09 Lorsque plus d'un médecin exerce dans un même établissement de détention chacun d'entre eux effectue le choix de son mode de rémunération sans égard au choix de l'autre médecin.

3.10 Sans égard à son choix de mode de rémunération pour ses activités médicales et ses services médico-administratifs, le médecin est rémunéré à l'acte pour sa disponibilité lors de la garde en disponibilité en fonction du nombre de forfaits indiqués à l'Annexe I.

Advenant que plus d'un médecin assure ces services durant un trimestre, chaque médecin peut réclamer la proportion des forfaits indiqués à l'Annexe I que représentent le nombre de semaines durant lesquelles il a exercé par rapport au total des semaines durant lesquelles des médecins ont exercé dans le milieu durant le trimestre en cause.

Les services médicaux effectués durant la garde en disponibilité sont rémunérés à l'acte selon les règles de la présente entente particulière.

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation **19860**.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Les forfaits trimestriels peuvent être facturés à tout moment dans un trimestre donné en respectant le délai de 90 jours suivant la date du service qui figure sur la facture.
Un maximum de 100 forfaits par ligne de facture est recevable à la RAMQ.
Si dans un trimestre le nombre de forfaits facturés par le médecin dépassent ce maximum, utiliser plus d'une ligne de facture et inscrire une date de service distincte pour chacune des lignes.
Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la facture de services médicaux et inscrire l'élément de contexte **Garde en disponibilité**.

3.11 Le médecin qui effectue un acte diagnostique ou thérapeutique ou un acte décrit à un onglet d'anesthésie ou de chirurgie ou de la constatation de décès prévue au paragraphe 2.4.1 du Préambule général de l'Annexe V ou de l'Annexe XIII de l'Entente générale peut se prévaloir des tarifs cabinet qui y sont décrits.

3.12 Le médecin est rémunéré pour la garde en disponibilité durant une semaine nonobstant qu'il puisse, durant la même semaine, être appelé à dispenser des services sur place au sein de l'établissement de détention, ou qu'il soit rémunéré pour un déplacement ou pour assurer la garde sur place dans un autre établissement.

4.00 AUTRES DISPOSITIONS

4.01 Les dispositions de l'Annexe XX de l'Entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables s'appliquent aux services cliniques et médico-administratifs effectués mais elles ne s'appliquent pas à la prime versée sur ces heures en vertu de la présente entente particulière. Aux fins du présent paragraphe, l'établissement de détention reçoit le traitement réservé à un cabinet.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.
Utiliser le code d'activité :
*- **292257** Services médicaux – Établissement de détention;*
*- **292258** Services médico-administratifs – Établissement de détention.*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, voir l'article 4 de l'Annexe XX de l'Entente pour les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

4.02 Les majorations applicables en vertu des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente entente particulière. Aux fins du présent paragraphe l'établissement de détention reçoit le traitement réservé à un cabinet.

4.03 Le médecin peut, annuellement, à la date de sa désignation au sein d'un établissement de détention modifier son mode de rémunération. Le CISSS ou le CIUSSS, selon le cas, auprès duquel relève l'établissement de détention au sein duquel le médecin exerce sa profession doit en aviser le comité paritaire. Ce dernier transmet à la Régie l'information précisant l'option exercée.

4.04 Les heures pour les activités médico-administratives effectuées au sein d'un établissement de détention ne sont pas comptabilisées aux fins du paragraphe 5.02 de l'Annexe XIV de l'Entente générale.

4.05 L'ensemble de la rémunération prévue aux présentes est sujette à l'article 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

4.06 Le comité paritaire transmet à la Régie le nom du médecin désigné et autorisé à assurer les services médicaux, les activités médico-administratives, les services de garde en disponibilité, la date de début et de fin de cette désignation, le mode de rémunération applicable au médecin ainsi que le nom de l'établissement de détention concerné.

4.07 Les informations précisées au paragraphe 4.06 ci-dessus et transmises à la Régie par le comité paritaire remplacent l'avis de service pour chaque médecin désigné selon l'établissement de détention concerné.

5.00 MODALITÉS TRANSITOIRES

5.01 Lors de la mise en vigueur de la présente entente particulière, le médecin détenant une nomination pour exercer au sein de l'établissement de détention peut, malgré la règle énoncée en 4.03, modifier son choix de mode de rémunération.

5.02 Les modalités prévues à la présente entente particulière remplacent les conditions énoncées à une entente de service convenue entre un médecin exerçant dans un établissement de détention et le Directeur des services professionnels du CISSS ou du CIUSSS dont relève l'établissement de détention lors de la mise en vigueur des présentes.

5.03 Les modalités des présentes concernant la rémunération des services médicaux s'appliquent dès leur mise en vigueur aux établissements de détention de Québec et de Montréal. Toutefois, les modalités de rémunération pour les activités médico-administratives et de garde en disponibilité trouvent seulement application à partir du transfert de la responsabilité de ces établissements de détention au Ministère de la Santé et des Services sociaux par le Ministère de la Sécurité publique.

AVIS **:** *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à la nomination.
Utiliser le code d'activité ***292257*** *Services médicaux – Établissement de détention.*

Le comité paritaire informe la Régie de la date de transfert de chacun de ces deux établissements. Pour le premier trimestre d'application suite au transfert de chaque établissement, selon la date du transfert, le nombre de forfaits trimestriels à l'Annexe I est calculé selon la proportion que représentent les semaines restantes par rapport au nombre de semaines au trimestre en cause.

En attendant le transfert, les services médico-administratifs et de garde en disponibilité sont rémunérés selon les modalités convenues entre chaque médecin et le Ministère de la Sécurité publique.

6.00 SERVICES DEMANDÉS PAR DES TIERS OU POUR DES PERSONNES NON ASSURÉES

6.01 Les services médicaux rendus à des personnes incarcérées non admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et relevant de la Commission de l'immigration et du statut de réfugiés du Canada, du Service correctionnel du Canada ou de la Gendarmerie royale du Canada ou de tout autre service de police ne sont pas visés par la rémunération décrite aux présentes, ni comme services médicaux, ni comme services médico-administratifs.

7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière entre en vigueur le 1er avril 2021 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ce _____jour de _____2021

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des établissements de détention visés, des obligations de garde et de la rémunération durant la garde en disponibilité
(Paragraphe 1.03)

AVIS **:** *Consulter la liste des établissements de détention visés pour voir les mises à jour.*

Établissement de détention	Horaire de garde	Nombre de forfaits trimestriels
de Sept-Îles	Lundi au vendredi, excluant les jours fériés, de 8 h 30 à 16 h 30	65
de Percé	Lundi au vendredi, excluant les jours fériés, de 8 h à 16 h	91
de Baie-Comeau	Lundi au vendredi, excluant les jours fériés, de 8 h à 16 h	65
de New-Carlisle	Lundi au vendredi, excluant les jours fériés, de 8 h à 16 h	91
de Rimouski	Lundi au vendredi de 7 h 30 à 16 h 30 et samedi, dimanche et les jours fériés de 8 h 30 à 16 h 30	91
d'Amos	Lundi au dimanche de 7 h 30 à 20 h et samedi, dimanche et les jours fériés de 11 h à 19 h	143
de Roberval	Lundi au dimanche de 8 h à 21 h	143
de Hull	Lundi au vendredi, excluant les jours fériés, de 8 h à 16 h	182
Leclerc de Laval	Lundi au dimanche de 7 h à 23 h	234
de Trois-Rivières	Lundi au vendredi de 7 h 15 à 23 h 15 et samedi, dimanche et les jours fériés de 9 h 15 à 17 h 15	182
de Sherbrooke	Lundi au vendredi, excluant les jours fériés, de 8 h à 16 h	182
de Sorel	56 heures du lundi au dimanche	182
de St-Jérôme	Lundi au dimanche de 0 h à 24 h	247
de Rivière-des-Prairies	72 heures du lundi au dimanche	247

ANNEXE II

Nomenclature des actes et des visites et de l'intervention clinique effectués en établissement de détention
(Paragraphe 3.10)

Visite ponctuelle mineure en établissement de détention

La visite ponctuelle mineure en établissement de détention consiste en l'évaluation d'un patient détenu pour un problème concernant un seul système ou une seule partie du corps.
Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent lorsque requis, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient. Le médecin consigne ses notes au dossier.
Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer un nouveau questionnaire ou examen ou pour initier un traitement, pour évaluer un traitement en cours, pour observer l'évolution d'une maladie ou pour évaluer la réponse à un traitement.

15891 Visite ponctuelle mineure en établissement de détention 30,00 $

Visite ponctuelle complexe en établissement de détention

La visite ponctuelle complexe en établissement de détention consiste en l'évaluation d'un patient, pour un problème portant sur plus d'un système ou plus d'une région du corps.
Elle comprend le questionnaire, l'examen pertinent, de même que l'établissement d'un diagnostic et les recommandations au patient ou ses proches. Le médecin consigne ses notes au dossier.
Sont réputés répondre aux exigences de la visite ponctuelle complexe énoncées au premier alinéa ci-dessus les examens suivants :
- l'examen gynécologique incluant l'examen vaginal et l'examen bi-manuel incluant, le cas échéant, les prélèvements requis;
- l'examen ophtalmologique comprenant l'acuité visuelle, l'examen de la cornée et de la chambre antérieure avec la lampe à fente, les champs visuels, l'examen du fond de l'œil, la prise de tension oculaire;
- l'examen du rachis, de l'épaule, de la hanche ou du genou lorsque celui comprend l'évaluation de la fonction de l'articulation, impliquant la palpation, la mobilisation et les manœuvres diagnostiques utiles;
- l'évaluation des fonctions mentales supérieures, incluant, lorsqu'indiqué, l'évaluation du risque suicidaire.
Elle peut être réclamée plus d'une fois par jour auprès du même patient lorsqu'un contact subséquent est requis avec le patient pour effectuer une nouvelle évaluation physique ou mentale.

15892 Visite ponctuelle complexe en établissement de détention 60,00 $

Intervention clinique en établissement de détention

L'intervention clinique est, en termes de contenu clinique, équivalente à une visite, mais elle est d'une durée plus longue pour des raisons diverses que ce soit, par exemple, à cause de l'importance du conseil, du soutien ou de l'information à transmettre au patient ou encore parce que la communication avec le patient doit se faire par l'intermédiaire d'un interprète ou d'un accompagnateur.
L'intervention clinique est individuelle.

Pour donner ouverture à la rémunération prévue pour l'intervention clinique, la séance ne doit pas durer moins de vingt-cinq (25) minutes. Une ou des périodes supplémentaires de quinze (15) minutes peuvent être facturées à la condition que la première période de la séance ne soit pas inférieure à trente (30) minutes. L'ultime période supplémentaire doit avoir une durée minimale de huit (8) minutes, sans quoi elle ne peut donner lieu à aucune rémunération. Lorsqu'une période supplémentaire dont la durée est de moins de quinze (15) minutes est rémunérée et qu'elle est suivie d'une nouvelle intervention clinique auprès d'un autre patient, cette dernière ne peut débuter moins de quinze (15) minutes complètes après le début de l'ultime période supplémentaire en cause. La durée d'une intervention clinique ne dépasse généralement pas quatre-vingt-dix (90) minutes.
Le médecin qui consacre plus de vingt-cinq (25) minutes à la rencontre avec son patient peut être rémunéré, à son choix, à l'acte au tarif de l'examen, de la consultation, de la visite ou du service qui le remplace, ou selon les présentes dispositions relatives à l'intervention clinique. S'il se prévaut des présentes dispositions, il ne peut facturer, au cours de la même séance, une visite, ou tout autre acte.
Malgré ce qui précède, le médecin peut dans le cas d'une intervention clinique individuelle et selon le milieu où il exerce, se prévaloir des suppléments suivants :
- La constatation de décès

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **00013**, **00014** et **15234**.*

- La rédaction d'un formulaire tarifé

AVIS **:** *Voir les codes de facturation **09800**, **09817**, **09825**, **09826**, **09901** à **09980**, **15265** et **15795** à **15797.***

Dans le cas de la constatation de décès et la rédaction d'un formulaire, le temps requis pour effectuer la constatation ou compléter le formulaire doit être exclu du temps de l'intervention clinique. Il en va de même du temps de rédaction d'un formulaire non assuré.

Intervention clinique en établissement de détention

08772	Première période de 30 minutes	59,70 $
08773	Période additionnelle de 15 minutes	29,85 $

AVIS **:** *Pour la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08772** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la première période. Pour les minutes additionnelles suivant la première période de 30 minutes, utiliser le code de facturation **08773** et inscrire l'heure de début et l'heure de fin de la période additionnelle.*
La durée de la première période de 30 minutes ne doit pas être incluse dans la durée additionnelle.
Il faut distinguer l'heure de début et l'heure de fin pour chacun des services afin que leurs périodes ne se chevauchent pas.

Visite exigeant un déplacement urgent en établissement de détention

La visite exigeant un déplacement urgent en établissement de détention est réclamée lorsque le médecin doit se rendre à l'établissement de détention pour effectuer une évaluation urgente ou prodiguer des soins urgents en dehors d'une période cédulée pour des services médicaux.
Lorsqu'il le préfère, en raison de la durée ou de la nature des services effectués, le médecin peut se prévaloir de l'intervention clinique en établissement de détention à la place de cette visite.

15893	Visite exigeant un déplacement urgent en établissement de détention	300,00 $

Supplément à l'intervention clinique lors d'un déplacement urgent

Le médecin qui doit se rendre à l'établissement de détention et qui réclame l'intervention clinique pour effectuer une évaluation urgente ou prodiguer des soins urgents en dehors d'une période cédulée pour des services médicaux peut se prévaloir d'un supplément à son intervention.

08774	Supplément à l'intervention clinique lors d'un déplacement urgent	50,00 $

Activités médico-administratives

Le médecin qui effectue des activités médico-administratives qui ne sont pas rémunérées autrement se prévaut d'un forfait par période de quinze minutes complètes.

19969	Activités médico-administratives, Période complète de 15 minutes	24,87 $

AVIS **:** *Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

NOTE : Les services médicaux rendus à des personnes incarcérées non admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et relevant de la Commission de l'immigration et du statut de réfugiés du Canada, du Service correctionnel du Canada ou de la Gendarmerie royale du Canada ou de tout autre service de police ne peuvent pas être rémunérés comme activités médico-administratives aux fins des présentes.

EP 56 - Chef département (établissement)

ENTENTE PARTICULIERE RELATIVE A CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE REMUNERATION DU MEDECIN NOMME CHEF DU DEPARTEMENT CLINIQUE DE MEDECINE GENERALE ET, DE CEUX QUI L'ASSISTENT, D'UN ETABLISSEMENT

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale, et, de ceux qui l'assistent, d'un établissement qui, dans le cadre de cette mission, opère une ou des installations.
1.02 Le médecin visé par la présente entente, peut, sans égard à son mode de rémunération, se prévaloir des modalités prévues à l'article 4.00 des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités médico-administratives couvertes par la présente entente sont celles qu'assume le chef du département clinique de médecine générale en vertu des dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2);
3.02 Pour le médecin qui détient le poste de chef du département, est également couverte par la présente entente l'activité professionnelle reliée à sa participation à l'intégration des activités de son établissement aux orientations mises de l'avant par le département régional de médecine générale (DRMG).

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

4.01 Sans égard au mode de rémunération du médecin, les activités du médecin chef du département clinique de médecine générale et des médecins qui l'assistent, visées aux présentes sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits au montant de 70,75 $.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **09752** et indiquer le nombre de forfaits.*
Le numéro d'établissement à inscrire est celui visé à l'annexe I de la présente entente particulière, soit le CISSS, le CIUSSS ou, pour les établissements non fusionnés, le CHU de Québec (02133), l'Institut universitaire cardio et pneumologie de Québec (02063), le CHUM (08453) ou le CUSM (08033).
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Si le médecin pratique dans une région où la majoration applicable des annexes XII et XII-A au CISSS ou au CIUSSS est inférieure à celle du sous-territoire où il rend réellement ses services, pour que les majorations puissent s'appliquer :*
- pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro du CISSS ou du CIUSSS;
- pour le lieu en référence, indiquer :
- la situation Lieu où le service est rendu par le professionnel*,*
- le numéro d'établissement et le secteur d'activité où les services sont rendus.

4.02 Un nombre de forfaits est alloué par année civile à chaque établissement selon les critères établis entre les parties négociantes à savoir :
- le nombre de médecin omnipraticiens (excluant ceux qui facturent principalement au service d'urgence);
- la masse monétaire des médecins omnipraticiens qui facturent au sein de l'établissement (excluant les établissements de détention, l'urgence, le CHSLD et la santé publique);
- le nombre d'installations de l'établissement (excluant notamment les CHSLD, les soins palliatifs, les installations sans lits d'hospitalisation, les centres de réadaptation);
- la population qui habite dans le territoire desservi par l'établissement.

Le nombre de forfaits est alloué à l'établissement globalement c'est-à-dire pour l'ensemble de ses installations. Il est géré sur une base annuelle. Toutefois, lorsque plus d'un médecin assume les fonctions de chef du département clinique de médecine générale, au cours d'une même année, la Régie s'assure que la proportion de forfaits réclamés par chacun n'excède pas la proportion de semaines de leur désignation comme chef du chef du département de médecine générale par rapport au nombre de semaines dans l'année. La Régie procède par récupération, le cas échéant.

4.03 L'Annexe I de la présente fait état du nombre de forfaits alloués annuellement à l'établissement. L'Annexe I fait également état du nombre de forfaits alloués pour la période s'échelonnant entre le 1er juin 2022 et le 31 décembre 2022.

AVIS **:** *Consulter la liste des établissements admissibles au chef du département clinique de médecine générale.*

4.04 En regard de l'application de la présente mesure, l'année d'application est l'année civile.

4.05 Le médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale de l'établissement ne peut se voir attribuer plus de 50% du nombre de forfaits alloués, sur une base annuelle, apparaissant à l'Annexe I.

4.06 Le médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale distribue les forfaits résiduels entre les médecins qui l'assistent en tant que chefs adjoints de département et chefs de service.
La distribution doit notamment tenir compte de :
- L'organigramme organisationnel de l'établissement;
- Le nombre de médecins dans le service médical ou le département local;
- L'importance des mandats régionaux.

4.07 L'établissement transmet à la Régie un avis de service l'avisant de la nomination du médecin qui assume la fonction de chef du département clinique de médecine générale et de ceux qui l'assistent. L'établissement remet au médecin copie de cet avis.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin nommé.*
Sur le formulaire disponible par le service en ligne Établissement du réseau de la santé *:*
- sélectionner la situation d'entente E.P. Chef du département clinique de médecine générale et ses assistants;
- sélectionner dans la section Informations additionnelles, Chef du département clinique de médecine générale *ou* Assistant du chef du département clinique de médecine générale;
- inscrire la période couverte par l'avis de service.

4.08 Les parties déterminent le nombre de forfaits alloués à chaque établissement pour la rémunération des activités prévues dans le cadre de la présente entente et ce nombre est révisé à chaque cinq (5) ans.
Les parties peuvent, en tout temps avant l'échéance de la période de cinq (5) ans, réviser le nombre de forfaits alloués lors d'un changement au sein de l'établissement.

5.00 ANNEXE IX

5.01 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application du paragraphes 5.3 de l'Annexe IX de l'Entente générale.

6.00 ANNEXE XII

6.01 Les majorations applicables en vertu des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale s'appliquent à la rémunération prévue à la présente entente particulière.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la présente entente particulière. Il peut être saisi de toute problématique découlant de cette entente.

8.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 La présente entente particulière remplace *l'Entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisées (CHSGS)* du 21 juillet 2005. Elle prend effet le 1er juin 2022 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ , ce _____ e jour de_____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ	**MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE 1

AVIS **:** *Consulter la liste des établissements admissibles au chef du département clinique de médecine générale pour voir les mises à jour.*

Établissements admissibles à l'Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin nommé chef du département clinique de médecine générale et, de ceux qui l'assistent, d'un établissement

CISSS/CIUSSS	Nombre de forfaits octroyés À compter du 1er janvier 2023	Nombre de forfaits octroyés Du 1er juin 2022 au 31 décembre 2022
CISSS du Bas-Saint-Laurent		
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	2 650	1 554
CHU de Québec	3 050	1 788
CIUSSS de la Capitale-Nationale	3 050	1 788
Inst. univ. cardio. et pneumo. de Québec	1 150	674
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-	600	352
Québec	3 400	1 993
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	3 400	1 993
CHUM	1 150	674
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	2 200	1 290
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	1 150	674
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-	1 150	674
Montréal	1 700	997
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	2 200	1 290
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	1 700	997
CUSM	3 050	1 788
CISSS de l'Outaouais	2 200	1 290
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	2 200	1 290
CISSS de la Côte-Nord à l'exclusion des installations relevant du Centre de santé et des services sociaux de la Basse Côte-Nord	2 200	1 290
CISSS de la Gaspésie	2 650	1 554
CISSS de Chaudière-Appalaches	2 200	1 290
CISSS de Laval	2 650	1 554
CISSS de Lanaudière	3 400	1 993
CISSS des Laurentides	2 200	1 290
CISSS de la Montérégie-Centre	3 050	1788
CISSS de la Montérégie-Est	2 650	1 554
CISSS de la Montérégie-Ouest		

5. DÉCRETS - RÈGLEMENTS

DÉCRET

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

NUMÉRO : 2403-82

CONCERNANT le Règlement sur les règlements qu'un collège doit adopter concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études suivants : Techniques de pilotage, Techniques maritimes, Techniques policières, Techniques du contrôle de la circulation aérienne.

ATTENDU QU'en vertu du paragraphe a) de l'article 18 de la *Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel* (RLRQ, chapitre C-29), le gouvernement peut adopter des règlements généraux concernant les règlements qu'un collège doit adopter;

ATTENDU QUE les organismes réglementant l'emploi dans certains secteurs ont des exigences physiques spécifiques à l'embauche;

ATTENDU QUE ces exigences physiques doivent être vérifiées avant l'admission des étudiants dans les programmes d'études suivants : Techniques de pilotage, Techniques maritimes, Techniques policières, Techniques du contrôle de la circulation aérienne;

ATTENDU QUE les étudiants admissibles à ces programmes d'études sont tenus de défrayer eux-mêmes le coût des examens médicaux exigés;

ATTENDU QU'en vertu du sous-paragraphe ii. du paragraphe a) de l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29, r.5), l'adoption du présent règlement a pour effet de permettre que soient défrayés par la Régie de l'assurance maladie du Québec les examens médicaux que doivent subir les étudiants admis à ces programmes d'études;

ATTENDU QU'il y a lieu d'exiger de chaque collège concerné qu'il adopte un règlement concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études précités et qu'il le fasse connaître aux étudiants dans le processus d'admission de ces programmes;

ATTENDU QU'il y a lieu d'adopter un règlement général concernant les règlements qu'un collège doit adopter concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études précités;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la proposition du ministre de l'Éducation :

QUE le Règlement sur les règlements qu'un collège doit adopter concernant les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission pour chacun des programmes d'études suivants : Techniques de pilotage, Techniques maritimes, Techniques policières, Techniques du contrôle de la circulation aérienne, ci-annexé, soit adopté.

Le Greffier du Conseil exécutif

LOUIS BERNARD

Règlement sur les règlements qu'un collège
doit adopter concernant les exigences spécifiques
et les conditions particulières d'admission

pour chacun des programmes d'études suivants :
Techniques de pilotage,
Techniques maritimes,
Techniques policières,
Techniques du contrôle de la circulation aérienne
Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel

(L.R.Q., chap. C-29, art. 18, par. a)

1. Dans un délai d'au plus un an de l'autorisation donnée par le ministre de l'Éducation de dispenser les programmes d'études de Techniques de pilotage, Techniques maritimes, Techniques policières et Techniques du contrôle de la circulation aérienne, ou de l'entrée en vigueur du présent règlement, chaque collège dispensant ces programmes doit adopter un règlement pour assujettir l'étudiant admis à l'un de ces programmes à un examen médical pour savoir s'il rencontre les exigences spécifiques des organismes réglementant l'emploi dans ces secteurs.

2. À une étape du processus d'admission qui permette à l'étudiant de rencontrer les exigences fixées par un de ces programmes d'études, le collège doit lui faire connaître les exigences spécifiques et les conditions particulières d'admission prévues par le règlement mentionné à l'article 1 pour chacun de ces programmes.

3. Le présent règlement entre en vigueur à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

6. PROTOCOLES D'ACCORD

PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF AU RÉSEAU INTÉGRÉ DE SOINS GÉNÉRAUX

Considérant la réforme en cours des services de santé et le rôle essentiel qu'y tiennent les services médicaux de première ligne;

Considérant la priorité accordée au réseau intégré de soins généraux et la nécessité impérieuse de mettre à la disposition des régions certains instruments susceptibles d'en faciliter la mise en place et le fonctionnement;

Considérant le contexte budgétaire actuel très difficile et la nécessité qu'il y a d'agir dans l'immédiat, par certaines interventions plus ciblées;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans le but de faciliter la gestion des plans d'effectifs médicaux en omnipratique :

de mettre en place, en collaboration avec les agences, dans les plus brefs délais, un comité technique avec mandat d'analyser et de valider la méthodologie de calcul des plans d'effectifs médicaux en omnipratique (PREMO) mise au point par l'Agence de l'Estrie et de faire aux parties toute recommandation pertinente.

2. En vue de favoriser une meilleure répartition intrarégionale des effectifs médicaux en omnipratique, principalement là où se font sentir les plus grandes difficultés de recrutement en regard de la dispensation des services médicaux de première ligne tant au niveau de la prise en charge et du suivi de clientèles vivant en milieu naturel qu'au niveau de l'accessibilité des services sans rendez-vous :

de former un comité technique afin d'examiner les moyens à mettre en place pour permettre d'améliorer la répartition intrarégionale des effectifs médicaux en omnipratique et de faire aux parties toute recommandation appropriée.

3. Pour rendre plus accessible la dispensation des services médicaux à domicile auprès de patients en perte sévère d'autonomie :

d'introduire certaines modalités spécifiques de rémunération telles qu'apparaissant en annexe I du présent protocole d'accord.

de rajuster l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 4,1 M$, sur une base annuelle.

4. Aux fins d'assurer une disponibilité adéquate des services médicaux aux patients en perte sévère d'autonomie ainsi qu'aux personnes hébergées en soins de longue durée :

de rémunérer la garde en disponibilité selon les conditions apparaissant en annexe II du présent protocole d'accord;

de rajuster l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 6,1 M$ sur une base annuelle.

5. Dans le but d'assurer une accessibilité accrue des services médicaux :

d'abolir le plafonnement quotidien des examens;

de rajuster l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 1M$ sur une base annuelle.

6. Pour faciliter la dispensation des services d'urgence mineure en cabinet privé par la compensation de certains coûts supplémentaires découlant de cette pratique :

d'accorder, par séance, à titre de frais compensatoires, un supplément de 12 $ ou de 6 $ pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie aux conditions et selon les modalités apparaissant à l'annexe III des présentes;

d'exclure ce supplément de l'application des articles 5 et 7 de l'annexe IX de l'entente générale;

de rajuster l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 1,5 M$ sur une base annuelle.

7. Pour inciter à la dispensation des services médicaux sans rendez-vous durant les fins de semaines et les jours fériés dans les centres de services de consultations sans rendez-vous (cabinets et CLSC, sous réserve de l'application de l'article 9 du présent protocole, pour les périodes qu'il vise) :

de majorer, pour une période transitoire, de 10 % la rémunération des services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée en cabinet privé et en CLSC, quel que soit le mode de rémunération;

de préciser que la période transitoire en cause couvre la période comprise entre la date d'entrée en vigueur de la majoration précitée et le 1er septembre 1999;

dans le but d'appliquer, à partir du 1er septembre 1999, cette majoration de 10 % aux seuls centres de services de consultation sans rendez-vous désignés par les parties :

- de former un comité paritaire afin de définir, avec l'accord des parties, les critères de désignation de ces services;
- de former, en collaboration avec les médecins omnipraticiens siégeant sur les commissions médicales régionales, des comités régionaux responsables de l'identification dans chaque région, des centres de services de consultation sans rendez-vous. Avec l'implantation des départements régionaux de médecine générale, le comité de direction de ces départements remplacera les médecins omnipraticiens siégeant sur les commissions médicales régionales au sein des comités régionaux;
- de faire aux parties toute recommandation appropriée;
- avec l'accord du comité paritaire, un comité régional susmentionné peut également, dans un territoire désigné selon l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, lorsqu'il y a absence d'un centre de services de consultations sans rendez-vous dans un lieu donné, désigner le service d'urgence de première ligne d'un CHSGS, ou tout autre centre désigné par les parties, pouvant en tenir lieu;
- d'accorder, à compter du 1er septembre 1999, à l'intention du médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui exerce dans un CLSC désigné comme centre de services de consultation sans rendez-vous le bénéfice des dispositions régissant la garde sur place effectuée par un médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire;

avec l'accord des parties, en collaboration avec l'agence concernée, les dispositions régissant une désignation, au sens du présent article, peuvent, à titre exceptionnel, recevoir application avant le 1er septembre 1999. À la même condition, il en est ainsi de l'octroi des bénéfices reliés à la garde sur place qui y serait effectuée par un médecin selon le mode des honoraires fixes ou, selon le cas, celui du tarif horaire;

de rajuster l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 4 M$ sur une base annuelle.

8. Pour favoriser la dispensation des services médicaux auprès des malades admis dans une unité de soins aigus les fins de semaine et les jours fériés :

de majorer de 10 % le tarif des examens et consultations faits auprès d'un malade admis dans une unité de soins aigus d'un CHSGS, d'un centre hospitalier psychiatrique, ou de tout autre centre désigné par les parties, les samedi, dimanche et journée férié. Pour l'activité professionnelle consacrée à l'examen du malade admis de ces unités, cette majoration s'applique également, selon les modalités à préciser, aux médecins rémunérés selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes;

de rajuster l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 1,3 M$ sur une base annuelle.

9. Pour faciliter la dispensation des services médicaux dans les services d'urgence visés par les modalités de rémunération s'appliquant aux urgences à faible débit :

de modifier le paragraphe 1.4 du préambule général au « Tarifs des actes médicaux » pour permettre, avec l'accord du comité paritaire l'octroi d'un forfait compensatoire à un deuxième médecin de garde sur place de 0 h à 8 h lorsque la situation le justifie;

de modifier le forfait compensatoire prévu au paragraphe 1.4 du préambule général au « Tarifs des actes médicaux » et s'appliquant pour la période de garde de 0 h à 8 h et de le porter à 385 $;

de majorer de 10 % la rémunération des services dispensés de 0 h à 8 h dans le cadre de l'entente particulière relative au système pré-hospitalier d'urgence de la région de Montréal-Centre et de Laval;

de rajuster l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 1,3 M$ sur une base annuelle.

10. Aux fins de garantir une accessibilité plus grande aux services médicaux dispensés les samedi, dimanche et journée fériée, dans le service d'urgence de première ligne d'un établissement situé dans un territoire désigné aux termes de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* par un médecin dont le principal lieu de pratique est situé dans le territoire de l'agence où est situé ce centre :

selon des modalités à déterminer par les parties, jusqu'à concurrence d'un montant équivalant à 10 % du montant du plafond semestriel du médecin, permettre que la rémunération de ce médecin soit exclue de l'application de l'article 7 de l'annexe IX de l'entente générale, lorsqu'il dispense les services médicaux susmentionnés.

11. Pour consolider le réseau de services de première ligne

11.1 en regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé :

de majorer les tarifs s'appliquant aux examens faits en cabinet;

d'exclure la majoration accordée en vertu du présent article de l'application des articles 5 et 7 de l'annexe IX;

de rajuster, en conséquence, l'enveloppe budgétaire globale d'un montant récurrent de 8 M$ sur une base annuelle.

11.2 pour favoriser une participation accrue des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire dans la dispensation des services médicaux curatifs ou préventifs effectuée en établissement :

sur recommandation du chef de département de médecine générale, du chef du service médical ou du médecin responsable de l'établissement, lorsque la réquisition de services entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière, de permettre la rémunération comme heures régulières de 5 heures par semaine de plus que la période régulière de 35 heures pour le médecin rémunéré à honoraires fixes et de 220 heures additionnelles par année pour le médecin à tarif horaire, selon des modalités à déterminer par les parties;

de rajuster, sur une base annuelle, l'enveloppe budgétaire globale de 2 M$.

12. D'exclure les sommes versées à des médecins omnipraticiens à titre d'honoraires de laboratoire (R=7) de l'application des articles 5 et 7 de l'annexe IX de l'entente générale pour les laboratoires de radiologie désignés par le comité paritaire aux conditions qu'il détermine. À cette fin, le comité paritaire s'inspire des modalités d'exclusion de plafonnement des gains de pratique prévalant pour les médecins spécialistes en radiologie, en faisant les adaptations nécessaires.

De rajuster, en conséquence, l'enveloppe budgétaire globale d'un montant équivalant aux coûts réels encourus, sur base annuelle, tel qu'agréés par les parties, pendant une période annuelle d'application de l'Entente.

13. De compenser, pour la période annuelle comprise entre le 1er avril 1998 et le 31 mars 1999, l'ajout net de médecins par un rajustement de l'enveloppe budgétaire globale équivalant aux coûts réels encourus découlant de cet ajout net.

14. En vue de permettre à certaines communautés rurales ou éloignées de bénéficier, dans les meilleurs délais, d'une disponibilité accrue favorisant la dispensation de services médicaux :

de former un comité paritaire ayant pour mandat d'examiner l'opportunité qu'il y aurait d'introduire, à l'usage des régies régionales et des DRMG, un forfait disponibilité à l'intention des médecins appelés à desservir ces communautés;

de faire aux parties toute recommandation jugée pertinente.

15. Ajuster les plafonds trimestriel et semestriel prévus à l'annexe IX de l'Entente pour tenir compte des ajustements consentis aux termes des présentes, à l'exclusion toutefois de ceux consentis en vertu du paragraphe 11.1 et des articles 6 et 12 de ce protocole.

16. De convenir, d'ici le 30 juin 1998, des amendements techniques requis à l'entente générale aux fins d'assurer la mise en oeuvre du présent protocole d'accord.

17. Le présent protocole prend effet le 1er septembre 1998 sauf pour son article 10 qui prend effet le 1er juin 1998 et ses articles 1, 2 et 5 qui prennent effet le 1er juillet 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS DISPENSÉS DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin appelé à dispenser des services médico- administratifs pour un Centre de référence et d'investigation désigné (CRID) dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

2. Formulaire rémunéré

Rapport de confirmation diagnostique (AH-509)	**29,65 $**

AVIS **:** *Inscrire le code de facturation **09817** et le code du lieu où la technique a été effectuée (CRID).*
Voir les centres de référence pour investigation désignés (CRID) dans la liste Mammographie – Établissements reconnus par le PAM qui sont désignés.

3. Application de l'annexe IX de l'Entente

Les honoraires versés en vertu du présent protocole sont soumis à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

4. La liste des centres de référence et d'investigation désignés est transmise à la Régie par le Ministère.

5. Le présent protocole d'accord prend effet le 1er avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UN ORGANISME NATIONAL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Ce protocole d'accord a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération des médecins visés au paragraphe 1.02 qui exercent certaines activités professionnelles au bénéfice d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux reconnu par les parties négociantes (ci-après appelé « organisme national »).

1.02 Aux fins du présent protocole d'accord, le vocable « médecin » signifie, selon le cas :

a) le médecin qui accomplit, à titre de président d'un conseil ou comité d'un organisme national, les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.01 des présentes;

b) le médecin qui accomplit, à titre de membre d'un conseil ou comité d'un organisme national, les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.02 des présentes;

c) le médecin qui accomplit, à titre de médecin mandaté par un organisme national ou par le président d'un conseil ou comité d'un tel organisme, les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.03 des présentes.

1.03 Les organismes nationaux reconnus par les parties négociantes sont énumérés à l'annexe I du présent protocole.

AVIS **:** *Voir la liste des organismes nationaux reconnus par les paties négociantes.*

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (ci-après « la Fédération ») s'appliquent au médecin visé, sous réserve des stipulations contenues dans le présent protocole.

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

3.01 Outre les parties, la Régie et le médecin, le présent protocole d'accord lie les organismes nationaux énumérés à l'annexe I.

4.00 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

4.01 Pour le médecin qui, en cette qualité, est nommé président d'un conseil ou comité d'un organisme national, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

a) la présidence du conseil ou du comité dans l'accomplissement de leurs rôles et objectifs et à l'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national reconnu en vertu de la loi, des règlements ou toute autre disposition habilitante;

b) la participation aux réunions du conseil ou comité ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin;

c) la coordination des travaux du conseil ou du comité;

d) l'élaboration de recommandations et de rapports, le cas échéant.

4.02 Pour le médecin qui, en cette qualité, est nommé comme membre d'un conseil ou comité d'un organisme national, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

a) l'exercice des responsabilités attribuées au conseil ou comité d'un organisme national en vertu de la loi, des règlements ou toute autre disposition habilitante;

b) la participation aux réunions du conseil ou du comité ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin;

c) l'élaboration de recommandations et de rapports, le cas échéant.

4.03 Pour le médecin qui, en cette qualité, est mandaté par un organisme national ou par le président d'un conseil ou comité d'un tel organisme, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

a) l'exécution de mandats ad hoc en lien avec les travaux de l'organisme national ou du conseil ou comité de l'organisme national;

b)l'élaboration de recommandations, de guides de pratiques cliniques, d'évaluations scientifiques ou autres rapports.

5.00 RÉMUNÉRATION

5.01 Pour les activités décrites à l'article 4.00, le médecin est rémunéré selon une formule à l'acte prévoyant le paiement de sept (7) forfaits par demi-journée d'activités. Le montant du forfait est de 67,45 $ au 1er septembre 2018 et de 68,10 $ au 1er octobre 2019 pour le médecin visé par le paragraphe 4.02 ou 4.03. Pour le médecin visé par le paragraphe 4.01 le forfait est de 85,50 $ au 1er septembre 2018 et de 86,35 $ au 1er octobre 2019.

AVIS : *Utiliser une ligne de facture distincte pour chacun des forfaits par demi-journée.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.
Inscrire l'heure de début et la durée de l'activité :
- ***19797*** *pour le médecin président, honoraires de 85,50 $ par demi-heure;*
- ***19798*** *pour le médecin membre, honoraires de 67,45 $ par demi-heure;*
- ***19799*** *pour le médecin mandaté, honoraires de 67,45 $ par demi-heure.*

Inscrire le numéro de l'organisme visé :
- ***94969*** *pour l'INESSS;*
- ***94949*** *pour la DGILEA du MSSS;*
- ***94909*** *pour la DGCRM du MSSS;*
- ***94939*** *pour la DGPPQ du MSSS;*
- ***94509*** *pour la DGSP du MSSS;*
- ***94929*** *pour la DGPPFC du MSSS;*
- ***94919*** *pour la DGC du MSSS (fin le 2019-12-31);*
- ***94979*** *pour la DGSSMU du MSSS (fin le 2019-12-31);*
- ***94859*** *pour la DGAPA du MSSS (début le 2020-01-01);*
- ***94869*** *pour la DGTI du MSSS (début le 2020-01-01);*
- ***94879*** *pour le SMSPP du MSSS (début le 2020-01-01).*

5.02 Le médecin qui est appelé à se déplacer afin d'accomplir l'activité professionnelle visée aux paragraphes 4.01 à 4.03 a également droit au paiement de ses frais et de son temps de déplacement lors d'un déplacement de plus de 40 kilomètres. On compte la distance du point de départ situé au Québec d'où le déplacement est entrepris jusqu'au lieu de la rencontre.

Le temps et les frais de déplacement sont compensés selon les modalités décrites aux paragraphes 30.05 et 30.06 de l'entente générale

5.03 Pour se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 5.01 ci-dessus, la réunion à laquelle participe le médecin doit avoir fait l'objet de l'envoi d'un avis de convocation. Un ordre du jour de la réunion doit également être prévu. Aussi, un procès-verbal de réunion tenue faisant état, notamment, des présences doit être préparé et une copie de celui-ci doit être transmise au médecin. Le médecin doit participer à la réunion sur place ou, si nécessaire, dans le cadre d'une conférence téléphonique formelle ou d'une visioconférence.

6.00 ANNEXE IX

6.01 La rémunération versée pour les activités visées aux paragraphes 4.01, 4.02 et 4.03 des présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

7.00 BANQUE DE FORFAITS

7.01 Les parties déterminent le nombre maximal de forfaits qui doit être alloué, sur une base annuelle, à un organisme national énuméré à l'annexe I pour rémunérer les activités professionnelles qui relèvent du paragraphe 4.01, 4.02 ou 4.03 du présent protocole.

L'annexe I des présentes fait également état distinctement du nombre de forfait maximal qui est réservé à la rémunération des activités professionnelles qui, selon le cas, relèvent de l'un ou l'autre des organismes nationaux visés par le présent protocole d'accord.

7.02 Les médecins qui accomplissent les activités professionnelles visées dans le présent protocole d'accord ne peuvent réclamer un nombre de forfaits supérieur au nombre autorisé par l'organisme national.

7.03 En regard du présent protocole d'accord, l'année d'application est l'année civile.

8.00 RÉPARTITION ET DISPOSITIONS DIVERSES

8.01 Au niveau d'un conseil ou comité d'un organisme national reconnu par les parties négociantes ou pour un mandat confié par un organisme national reconnu, la répartition des forfaits alloués à la rémunération des activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé par le présent protocole relèvent de l'organisme national concerné.

8.02 La mise en œuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités prévues à l'article 7.00 des présentes.

8.03 Sur demande de l'une des parties négociantes, l'organisme national lui transmet un relevé faisant état de l'exécution des activités professionnelles et des mandats visés au présent protocole ainsi que du nombre de forfaits qui ont été utilisés par chacun des médecins visés.

9.00 AVIS

9.01 L'organisme national reconnu par les parties négociantes transmet aux parties négociantes l'information nécessaire afin d'identifier les médecins visés aux paragraphes 4.01 à 4.03 ainsi que les conseils ou comités auxquels ils participent.

Les parties négociantes valident cette information. Le comité paritaire informe la Régie de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues au présent protocole d'accord.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 Le présent protocole d'accord entre en vigueur le 1er octobre 2012 et il demeure en vigueur jusqu'à son remplacement par un nouveau protocole d'accord ou tout autre dispositif d'ordre conventionnel convenu par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médedins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

I LISTE DES ORGANISMES NATIONAUX VISÉS AU PARAGRAPHE 1.03

AVIS **:** *Consulter la liste des* organismes nationaux reconnus *pour voir les mises à jour.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

II BANQUE DE FORFAITS ANNUELLE RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES AUX PARAGRAPHES 4.01, 4.02 ET 4.03

Organisme visé	Banque de forfaits annuelle
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	15 100
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	4 100

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

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

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

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

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

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

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

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

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

4.02 Pour le médecin qui, sous la responsabilité de l'établissement et dans le cadre de l'organisation des services de première ligne reliés aux projets-cliniques de son territoire, en lien avec le DRMG de la région, effectue l'activité professionnelle qui, reliée à la mission d'un établissement, est relative à l'exercice, sur le plan médical, de l'attribution suivante :
-les activités faites dans le cadre de projets-cliniques sous la forme de participation à des réunions tenues sous l'égide de l'établissement ou encore de réalisation de mandats confiés par l'établissement.

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

*- **049130** Participation à une réunion*

*- **049131** Exécution d'un mandat*

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

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

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

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

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

5.02 Au-delà du plafond annuel déterminé par le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente générale, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités professionnelles exercées par un médecin rémunéré en vertu du présent protocole d'accord.
5.03 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.
5.04 Aux fins de l'application des annexes VI et XII de l'Entente et de *l'Entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières*, la rémunération versée en vertu du présent protocole constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'une installation exploitant un centre hospitalier.
Toutefois, pour la partie des activités effectuées en dehors du territoire de l'établissement en vertu du paragraphe 5.11 ci-dessous, la majoration applicable en vertu de l'annexe XII est fonction du lieu effectif de dispensation de services. Cette rémunération est exclue du calcul de la pratique totale au sens du paragraphe 3.1 de la section I de l'annexe XII. Elle n'est pas retenue aux fins de l'application de *l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux*.
5.05 Le médecin doit détenir une nomination de l'établissement pour bénéficier des dispositions du présent protocole d'accord. Aux fins de l'application du présent protocole d'accord, la nomination fait référence au contrat de services professionnels passé entre le médecin et le directeur général de l'établissement.

6. PROTOCOLES D'ACCORD
PROTOCOLE D'ACCORD - AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE D'UN CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, D'UN CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX OU DE L'ÉTABLISSEMEN

AVIS **:** *Le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement responsable d'une des régions du Nord doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin qui exerce les activités décrites aux paragraphes 4.01 et 4.02 du présent protocole d'accord.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Protocole d'accord CISSS – CIUSSS et régions du Nord.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

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

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) pour chaque médecin qui désire maintenir le mode de rémunération à honoraires fixes pour ces activités.*

5.07 L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à honoraires fixes, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.
5.08 La définition des activités professionnelles ainsi que leur répartition relèvent du directeur général de l'établissement ou de celui qu'il désigne.
5.09 Le relevé d'honoraires du médecin est contresigné par le représentant autorisé de l'établissement.
5.10 L'établissement informe la Régie de l'identité des médecins à qui s'applique le présent protocole d'accord.
5.11 Sur demande de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, un médecin peut exercer des activités prévues au paragraphe 4.01 a) ci-dessus à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est situé l'établissement dont il relève.

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

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

- la lettre « A » dans le champ C.S.*;*

- le numéro de localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans le champ Renseignements complémentaires*;*

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

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

6.00 BANQUE D'HEURES

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale détermine la banque d'heures maximale allouée à chaque établissement, sur une base annuelle, pour rémunérer les activités professionnelles prévues au présent protocole d'accord selon des critères définis par le comité paritaire en tenant compte, notamment, pour les régions socio-sanitaires comptant plus d'un établissement, des mandats régionaux pouvant être confiés à certains d'entre eux.
6.02 L'annexe I du présent protocole fait état de la banque d'heures allouée à chaque établissement.
6.03 L'année d'application est l'année civile.
6.04 Le comité paritaire est responsable de la mise en œuvre et du suivi du présent protocole d'accord.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1er janvier 2016 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.
EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2 février 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

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

AVIS **:** *Consulter la liste des banques d'heures allouées à chaque établissement.*

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

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Ce protocole d'accord a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exercent certaines activités professionnelles décrites au paragraphe 4.00 ci-dessous, dans le cadre du département régional de médecine générale (ci-après DRMG) d'un centre intégré de santé et de services sociaux (ci-après établissement), d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (ci-après établissement) de l'établissement responsable de la région du Nord-du-Québec ou de la région du Nunavik (ci-après l'établissement).
Dans le cas d'une région comptant plus d'un établissement, l'établissement en cause est celui désigné par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

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

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

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

AVIS **:** *Lors d'une nouvelle nomination, le CISSS, le CIUSSS ou l'établissement responsable d'une des régions du Nord doit informer la RAMQ par lettre des nom et numéro de pratique du médecin qui assume le rôle de chef du département régional de médecine générale pour sa région et préciser la date de prise d'effet de la nomination.*

Par la poste
Service de l'admissibilité et de la révision
Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ.Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3
Par télécopieur
418 646-8110

4.02 L'activité du médecin, élu ou nommé au comité de direction du DRMG autre que celui visé au paragraphe 4.01 ci-dessus, qui est liée à l'exercice des attributions suivantes :
a) l'activité professionnelle découlant des responsabilités dévolues au DRMG en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
b) l'activité professionnelle requise pour l'exécution d'un mandat qui, relié aux services médicaux généraux relevant de l'établissement, est confié au comité de direction du DRMG par le directeur général de l'établissement.

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **103014** Participation au comité de direction DRMG.*

4.03 L'activité du médecin mandaté par le chef du DRMG réalisée dans le cadre d'un mandat ad hoc ou d'une table locale lorsque, dans ce dernier cas, les conditions suivantes sont rencontrées :
a) le DRMG transmet au comité paritaire la description du fonctionnement des tables locales de sa région, la planification de leurs travaux ainsi que l'estimation des heures/médecin requises;
b) le comité paritaire autorise le DRMG à se prévaloir du présent protocole pour la rémunération des activités faites dans le cadre des tables locales.

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

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

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

4.04 Les activités d'organisation et de coordination des services de première ligne relèvent du comité de direction du DRMG. Ce dernier met sur pied une table locale du DRMG dans chacun des territoires de RLS afin de l'appuyer dans ce mandat.
Un médecin de famille est nommé à titre de médecin coordonnateur par le comité de direction du DRMG pour chacun des RLS et ce, après recommandation de l'exécutif du CMDP de l'établissement. Les coordonnateurs sont sous l'autorité du comité de direction du DRMG.
Selon les priorités déterminées par le comité de direction du DRMG, le médecin coordonnateur local des services de première ligne assume, au niveau du RLS, les fonctions suivantes :
- En soutien au DRMG, il collabore et participe au fonctionnement des tables générales locales de médecine générale pour le RLS;
- Il agit à titre de répondant médical pour le guichet d'accès à la médecine de famille (GAMF). A ce titre, il participe à la référence de certains patients de son territoire en attente au guichet, notamment ceux qui attendent au-delà des délais prescrits pour l'inscription. Il octroie aussi aux médecins de famille, conformément aux critères convenues par les parties négociantes, le supplément pour l'inscription de certains patients particulièrement vulnérables;
- Il assure la liaison entre l'établissement et les médecins des GMF, des GMF-R, des GMF-U, des cliniques-réseau, , des CLSC et des cabinets du territoire;
- Il participe à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique);
- Il facilite le fonctionnement des réseaux de première ligne particulièrement au regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de services pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et de la définition des projets-cliniques sur son territoire;
- Il participe, en soutien au comité de direction du DRMG, à l'élaboration des priorités de recrutement dans la région, notamment pour les services médicaux de première ligne afin d'alimenter les réflexions sur les plans des effectifs médicaux en établissement et hors établissement qui sont proposés au ministère.

5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

Modalités applicables au chef du DRMG

5.01 Le chef du DRMG est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites au paragraphe 4.01 ci-dessus selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :
1) Le montant du forfait est de 70,05 $ au 1er septembre 2018 et de 70,75 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19906** et indiquer le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2) La banque de forfaits alloués est gérée sur une base annuelle. Toutefois, lorsque plus d'un médecin assume les fonctions de chef de DRMG au cours d'une année, la Régie s'assure que la proportion de forfaits réclamés par chacun n'excède pas la proportion de semaines de leur nomination comme chef par rapport au nombre de semaines dans l'année. La Régie procède par récupération, le cas échéant;
3) Exception faite des situations où il agit dans le cadre d'un mandat spécifique à titre de médecin-conseil en vertu du Protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux et non inclus dans son mandat de chef du DRMG, le chef du DRMG ne peut, durant la période où il assume les fonctions prévues au paragraphe 4.01, se prévaloir des banques d'heures allouées dans le cadre du protocole précité ou de celles allouées pour les activités professionnelles relevant des paragraphes 4.02 et 4.03 ci-dessus.

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

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

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

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

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

AVIS **:** *Utiliser le code d'activité **103014** Participation au comité de direction DRMG.*

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

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

5.06 Le médecin coordonnateur est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites au paragraphe 4.04 ci-dessus selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :
1) Le montant du forfait est de 70,05 $ au 1er septembre 2018 et de 70,75 $ au 1er octobre 2019.

AVIS **:** *Utiliser le code de facturation **19103** et indiquer le nombre de forfaits.*
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

2) Sous réserve de l'alinéa 4) ci-dessous, un nombre de forfaits est alloué pour chaque territoire de RLS selon le groupe auquel il appartient en vertu d'une classification basée sur les caractéristiques de la population du territoire, pour chacun des RLS. Le comité paritaire détermine les critères utilisés;
3) Sur la base de l'année civile, le nombre de forfaits alloué pour chacun des territoires de RLS, selon le groupe auquel il appartient est le suivant :
-Groupe 1 954 forfaits
-Groupe 2 787 forfaits
-Groupe 3 653 forfaits
-Groupe 4 536 forfaits
4) Le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, exclure certains territoires de RLS ne comptant pas ou comptant peu de médecins qui pratiquent en cabinet privé de l'application des dispositions du présent paragraphe ayant trait à la désignation et à la rémunération d'un médecin coordonnateur au plan local;
5) Aux fins de l'application de l'annexe XII, la rémunération des services dispensés par le médecin coordonnateur constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelles effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier.
Aux fins de l'application de l'annexe XII-A, la rémunération des services dispensés par le médecin coordonnateur constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte du centre inscrit à l'annexe XII-A et exploité par l'établissement duquel il détient une nomination.

Modalités générales

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

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

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

AVIS **:** *Le Département régional de médecine général doit transmettre à la RAMQ le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) ou* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin qui exerce les activités décrites aux paragraphes 4.02 et 4.03 du présent protocole d'accord.*

Sur le formulaire accessible par le service en ligne, sélectionner la situation d'entente Protocole d'accord – DRMG.

Inscrire la période couverte par l'avis de service.

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

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre le formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) pour chaque médecin qui désire maintenir le mode de rémunération à honoraires fixes pour ces activités.*

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

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

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

AVIS **:** *Pour que le médecin puisse se prévaloir des modalités prévues à l'article 4.04, le comité paritaire doit confirmer sa désignation à la RAMQ. Exceptionnellement, le DRMG peut confirmer la nomination du médecin coordonnateur local par lettre transmise à la RAMQ par courriel à* registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.

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

6.00 BANQUE D'HEURES

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale détermine le nombre maximal de forfaits (paragraphe 4.01 ci-dessus) ainsi que la banque d'heures maximale (paragraphes 4.02 et 4.03 ci-dessus) allouée à chaque établissement, sur une base annuelle, pour rémunérer les activités professionnelles prévues au présent protocole d'accord. L'annexe I du présent protocole fait état de la banque de forfaits et de la banque d'heures allouée à chaque établissement;
6.02 Aux fins des activités prévues au paragraphe 4.04 ci-dessus, le groupe auquel appartient chaque RLS paraît en annexe II du présent protocole;
6.03 L'année d'application est l'année civile;
6.04 Le comité paritaire est responsable de la mise en œuvre et du suivi des banques allouées en vertu du présent protocole.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1er janvier 2016 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.
EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2 février 2016.

GAÉTAN BARRETTE	**LOUIS GODIN, M.D.**
Ministre	Président
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

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

AVIS **:** *Consulter le tableau des banques de forfaits et d'heures de l'annexe I du PA – Rémunération d'activités professionnelles dans le cadre d'un DRMG.*

ANNEXE II

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

AVIS **:** *Consulter le tableau du groupe auquel appartient chaque RLS de l'annexe II du PA – Rémunération d'activités professionnelles dans le cadre d'un DRMG*.

PROTOCOLE D'ACCORD - RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES EN LIEN AVEC LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

PRÉAMBULE

Le présent protocole d'accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'Entente générale relative à l'assurance-maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Le présent protocole d'accord a pour objet la détermination de la rémunération de certaines activités médico-administratives en lien avec les obligations du CMDP.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'Entente générale s'appliquent sous réserve du présent protocole d'accord.
2.02 Est admissible au présent protocole d'accord, le médecin rémunéré selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou des honoraires fixes.
2.03 Le médecin rémunéré selon le mode de rémunération mixte, pour sa participation aux activités visées par le présent protocole d'accord, est quant à lui, rémunéré de façon exclusive selon les modalités spécifiques prévues à l'Annexe XXIII de l'Entente.

AVIS **:** ***Médecin rémunéré en mixte***
Voir les instructions de facturation du paragraphe 2.01 b) de l'Annexe XXIII relative aux activités médico-administratives.

Médecin rémunéré à honoraires fixes en mixte
Voir les instructions de facturation du paragraphe 4.00 du présent protocole d'accord.

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 Les activités médico-administratives visées par le présent protocole d'accord désignent la participation du médecin omnipraticien aux réunions de service, département, assemblée du CMDP ou comités ci-après mentionnés à l'exclusion du comité exécutif mentionnés au paragraphe 3.02.
3.02 Le médecin qui est un membre élu au comité exécutif du CMDP est rémunéré pour sa participation aux réunions du comité exécutif du CMDP par une banque de forfaits distincte.
3.03 Seuls les médecins qui ont des privilèges réguliers en établissement peuvent bénéficier des modalités du présent protocole d'accord pour leur participation à une réunion en lien avec le CMDP.
3.04 Les réunions d'un service, département ou comité doivent se dérouler au sein d'un établissement, faire l'objet d'un avis de convocation et prévoir un ordre du jour. Les présences doivent être consignées et un procès-verbal de ces réunions doit être préparé et remis aux membres. De plus, la participation d'un médecin à une telle réunion doit être effectuée par une présence sur place ou par le biais d'un moyen technologique permettant de participer à distance.
3.05 Les réunions médico-administratives reconnues aux fins du présent protocole d'accord sont les suivantes :

a) Assemblée du CMDP;
b) Réunion de département;
c) Réunion de service;
d) Comité exécutif du CMDP;
e) Comités du CMDP (excluant le comité exécutif du CMDP) :

- Comité d'évaluation médicale;
- Comité d'examens des titres;
- Comité de discipline;
- Comité de pharmacologie;
- Comité de révision;
- Comité de gestion des risques;
- Comité de gouvernance et d'éthique du CA;
- Comité de sélection;
- Comité des usagers;
- Comité des résidents;
- Comité à la gestion des lits;
- Comité de coordination des maladies chroniques;
- Comité d'amélioration continue de la qualité;
- Comité de développement et de suivi des ordonnances collectives;
- Comité de dossiers et des archives;
- Comité de gestion des soins intensifs;
- Comité de gestion des soins palliatifs;
- Comité de l'approche adaptée;
- Comité d'éthique clinique;
- Comité de la prévention et de la gestion des risques;
- Comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques;
- Comité des accidents et des incidents;
- Comité des plaintes;
- Comité des technologies de l'information;
- Comité du contrôle et de prévention des infections;
- Comité du réseau de service intégré à la personne âgée;
- Comité de morbidité et de mortalité*;
- Comité pour l'achat d'équipement médicaux spécialisés;
- Comité pour le développement de protocole de soins et des procédures;
- Comité des projets cliniques immobiliers*;
- Comité sur les projets d'amélioration de la qualité ou d'optimisation*;
- Comité sur l'utilisation et la pertinence des tests de laboratoires*;
- Autres comités recommandés par le CMDP.

* La rémunération s'applique uniquement aux médecins non couverts par *l'Entente particulière relative à la rémunération des activités médico-administratives réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un établissement*.

4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

Les activités visées aux présentes sont rémunérées, de façon exclusive, selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou plusieurs forfaits au montant de 70,75 $.

AVIS **:** *Pour les activités médico-administratives, indiquer :*

- l'un des codes de facturation suivants :
*- **09753** – Assemblée du CMDP;*
*- **09754** – Réunion de département;*
*- **09755** – Réunion de service;*
*- **09756** – Comité exécutif du CMDP;*
*- **09757** – Comité du CMDP (excluant le comité exécutif du CMDP);*
- l'heure de début de l'activité;
- le nombre de forfaits;
- le numéro du CISSS, du CIUSSS ou de l'établissement non fusionné correspondant à celui inscrit sur votre avis de service.
Aucun numéro d'assurance maladie n'est requis.

AVIS **:** *Si le médecin pratique dans une région où la majoration applicable des annexes XII et XII-A au CISSS ou au CIUSSS est inférieure à celle du sous-territoire où il rend réellement ses services, pour que les majorations puissent s'appliquer :*
- pour le lieu de dispensation, inscrire le numéro du CISSS ou du CIUSSS;
- pour le lieu en référence, indiquer :
- la situation Lieu où le service est rendu par le professionnel*,*
- le numéro d'établissement et le secteur d'activité où les services sont rendus.

4.01 a) Chaque activité médico-administrative nommée aux alinéas a), b), c) et e) du paragraphe 3.05 des présentes à laquelle participe le médecin donne droit à un maximum de deux (2) forfaits.

b) Chaque activité médico-administrative nommée à l'alinéa d) du paragraphe 3.05 des présentes à laquelle participe le médecin donne droit à un maximum de huit (8) forfaits.

4.03 a) Une banque de trente-quatre (34) forfaits est allouée par année civile à chaque médecin qui se qualifie selon le paragraphe 3.03 pour les activités médico-administratives nommées aux alinéas a), b), c) et e) du paragraphe 3.05.

AVIS **:** *Le protocole d'accord entrant en vigueur le 1er juin 2022, 20 forfaits sont alloués pour la période du 1er juin au 31 décembre 2022.*

b) En sus de la banque mentionnée au paragraphe précédent, une banque de quatre-vingt-seize (96) forfaits est allouée sur une base annuelle, entre le 1er juillet et le 30 juin de l'année subséquente à chaque médecin qui se qualifie selon le paragraphe 3.03 pour l'activité médico-administrative nommée à l'alinéa d) du paragraphe 3.05.

AVIS **:** *Le protocole d'accord entrant en vigueur le 1er juin 2022, 8 forfaits sont alloués pour la période du 1er au 30 juin 2022.*

Toutefois, lorsqu'un membre du comité exécutif du CMDP y cesse ses activités en cours d'année de référence du CMDP, et est remplacé par un autre médecin, la Régie s'assure que la proportion de forfaits réclamés par chacun n'excède pas la proportion de semaines de leur participation au comité exécutif par rapport au nombre de semaines dans l'année. La Régie procède par récupération, le cas échéant.

4.04 a) Pour les activités médico-administratives nommées aux alinéas a), b), c) et e) du paragraphe 3.05, l'établissement transmet à la Régie un avis de service pour chaque médecin qui se qualifie au paragraphe 3.03 des présentes;

b) Pour l'activité médico-administrative nommée à l'alinéa d) du paragraphe 3.05, l'établissement transmet à la Régie un avis de service pour chaque médecin qui est membre élu au sein du comité exécutif du CMDP.

AVIS **:** *L'établissement doit transmettre à la RAMQ un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte (3547) *pour chaque médecin concerné.*
Sur le formulaire disponible par le service en ligne Établissements du réseau de la santé *:*
- sélectionner la situation d'entente Protocole d'accord – CMDP;
- sélectionner dans la section Informations additionnelles, Réunions médico-administratives art. 3.05 a), b), c) et e) *ou* Membre du comité exécutif – art. 3.05;
*- inscrire le numéro du centre intégré (**94XXX**) ou pour les établissements non fusionnés, l'un des numéros mentionnés dans la liste des établissements visés;*
- inscrire la période couverte par l'avis de service.
Un seul avis de service est requis pour le médecin membre du comité exécutif.

Voir la liste des établissements visés pour le Protocole d'accord – Rémunération de certaines activités médico-administratives en lien avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

4.05 Dans l'éventualité où le médecin n'utilise pas la totalité de sa banque de forfaits, le résiduel n'est pas reporté à l'année subséquente.

5.00 ANNEXE IX

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

6.00 ANNEXE XII

6.01 Les majorations applicables en vertu des Annexes XII et XII-A de l'Entente générale s'appliquent à la rémunération prévue au présent protocole d'accord.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente générale est responsable de la mise en œuvre et du suivi du présent protocole d'accord. Il peut être saisi de toute problématique découlant de cette entente.

8.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 Le présent protocole d'accord prend effet à compter du 1er juin 2022 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ,ce _____ e jour de _____ 2022.

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MARC-ANDRÉ AMYOT, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec