

## 6. PROTOCOLES D'ACCORD

## INDEX DES PROTOCOLES D'ACCORD

No SÉQ.	PROTOCOLES D'ACCORD CONCERNANT :	PAGE
1	La rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la <i>Loi sur la sécurité du revenu</i> . . . . .	---
	Voir onglet <i>B - CONSULTATION ET EXAMEN</i> , manuel des omnipraticiens	
2	La rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) et (ii) du <i>Code criminel</i> . . . . .	---
	Voir onglet <i>B - CONSULTATION ET EXAMEN</i> , manuel des omnipraticiens	
3	La rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la <i>Loi sur le curateur public</i> . . . . .	---
	Voir onglet <i>B - CONSULTATION ET EXAMEN</i> , manuel des omnipraticiens	
4	La rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux (ASSS) . . . . .	---
	<b>ANNEXE I :</b> Banque d'heures relative aux paragraphes 4.01, 4.03 et 4.04 . . . . .	---
	<b>ANNEXE II :</b> Banque de forfaits annuelle relative au paragraphe 4.02 . . . . .	---
5	La rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice du Conseil médical du Québec ( <i>abrogé par l'Amendement n° 114</i> ) . . . . .	
6	Réseau intégré de soins généraux . . . . .	12
	<b>ANNEXE 1 :</b> Tarifs s'appliquant à l'examen fait à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie . . . . .	
	<b>N.B. :</b> Cette annexe a été intégrée au Préambule général, articles 1.1.6 b) et 2.2.6 A ainsi qu'à la section <i>CONSULTATION ET EXAMEN</i> (codes <b>00007, 00008 et 00075</b> ) du manuel des médecins omnipraticiens (MAJ 40 / Sept. 98)	
	<b>ANNEXE 2 :</b> Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un CHSLD exploité par un établissement ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un CLSC . . . . .	
	<b>N.B. :</b> Voir onglet <i>ENTENTES PARTICULIÈRES</i> , page 127 (MAJ 40 / Sept. 98)	
	<b>ANNEXE 3 :</b> Distribution des actes pour lesquels un plateau de chirurgie pourra être facturé . . . . .	
	<b>N.B. :</b> Une mention (P.G. 2.4.7.7 A) ou (P.G. 2.4.7.7 B) a été ajoutée à chacun des actes visés. Voir MAJ 40 / Sept. 98 du manuel, préambule général, article 2.4.7.7.	
7	La rémunération de certains services professionnels dispensés dans le cadre du programme d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) . . . . .	---
8	La rémunération de services médico-administratifs dispensés dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein . . . . .	16

9	La rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'un organisme national dans le secteur de la santé et des services sociaux .....	17
	<b>ANNEXE I :</b>	
	I Liste des organismes nationaux visés au paragraphe 1.03	
	II Banque de forfaits annuelles relative à la rémunération des activités professionnelles visées aux paragraphes 4.01, 4.02 et 4.03	20
10	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 .....	21
11	La rémunération de certaines activités professionnelles effectuées dans le cadre d'un département régional de médecine générale .....	24
#	<b>ANNEXE I :</b> Banque de forfaits et d'heures relatives à la rémunération des activités professionnelles visées par les paragraphes 4.01, 4.02 et 4.03	28
#	<b>ANNEXE II :</b> Groupe auquel appartient chaque RLS pour la coordination des services de première ligne en vertu du paragraphe 4.04	28

## 6. PROTOCOLES D'ACCORD

### PROTOCOLE D'ACCORD

#### AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE D'UNE AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

##### PRÉAMBULE

Ce protocole d'accord est relatif à un programme confié à la Régie d'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, à divers titres, exercent certaines activités professionnelles au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux;

**1.02** Aux fins du présent protocole d'accord, le vocable « médecin » signifie, selon le cas :

- a) le médecin qui, auprès d'une agence, agit à titre de médecin-conseil ou de médecin coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence, exerce les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.01 ci-après;
- b) le médecin, élu ou nommé par le comité de direction du département régional de médecine générale d'une agence pour agir à titre de chef de département régional de médecine générale qui exerce les activités professionnelles décrites au paragraphe 4.02 des présentes;
- c) le médecin, élu ou nommé par le comité de direction du département régional de médecine générale qui exerce les activités prévues au paragraphe 4.03 des présentes;
- d) le médecin mandaté par le chef du département régional de médecine générale qui exerce les activités prévues au paragraphe 4.04 des présentes.

##### 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 contenues dans le 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'agence.

##### 4.00 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

**4.01** Pour le médecin qui, en cette qualité, agit à titre de médecin-conseil auprès d'une ou de plusieurs agences ou de coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui, reliée à la mission d'une agence, est relative à l'exercice, sur le plan médical, des attributions suivantes :

- a) les activités de conseil ou de coordination, en 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 ceux ayant pour objet la coordination des services préhospitaliers d'urgence, les activités médicales particulières, le monitoring des effectifs médicaux ainsi que les mesures incitatives;
- c) pour le compte d'une agence, les interventions auprès de différentes organisations;

d) les activités de concertation inter-régionale et inter-sectorielle;

**AVIS:** *Un avis de service Rémunération au tarif horaire (3547), ou Rémunération à honoraires fixes (1897), doit être fourni pour les médecins agissant à titre de médecin-conseil et de médecin-coordonnateur des services pré-hospitaliers d'urgence.*

e) l'exécution de tout mandat confié au médecin par le directeur général de l'agence;

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

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

*Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.*

**4.02** Le médecin qui, élu ou nommé au comité de direction, dirige, à titre de chef, le département régional de médecine générale et exerce l'activité professionnelle découlant des responsabilités dévolues au département régional de médecine générale en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

**AVIS:** *L'agence doit informer la Régie du nom et du numéro de pratique du professionnel qui assume le rôle de chef du département régional de médecine générale pour sa région en date du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Toute modification ultérieure devra aussi être signalée à la Régie. Prenez soin de toujours indiquer la date de prise d'effet de la modification et nous transmettre les informations demandées par lettre à l'adresse suivante :*

*Régie de l'assurance maladie du Québec  
Service de l'admissibilité et du paiement  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4  
ou par télécopieur : 418 646-8110*

**4.03** Pour le médecin qui est élu ou nommé au comité de direction du département régional de médecine générale, autre que celui visé au paragraphe 4.02, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'activité professionnelle découlant des responsabilités dévolues au département régional de médecine générale 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'agence, est confié au comité de direction du département régional de médecine générale par le directeur général de l'agence.

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

- **049014** *Participation au comité de direction DRMG*

*Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.*

*Aucun avis de service n'est requis sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes désire maintenir ce mode de rémunération.*

**4.04** Pour le médecin mandaté par le chef du département régional de médecine générale, l'activité professionnelle réalisée dans le cadre d'un mandat ad hoc ou d'une table territoriale lorsque, dans ce dernier cas, les conditions suivantes sont rencontrées :

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

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

- **049108** *Médecin mandaté pour participer à une table territoriale OU;*
- **049109** *Médecin participant à un mandat ad hoc.*

*Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.*

*Aucun avis de service n'est requis sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes désire maintenir ce mode de rémunération.*

*L'agence concernée doit être autorisée à se prévaloir du présent protocole d'accord pour la rémunération du code d'activité **049108**.*

## 5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

**5.01** Pour les activités décrites au paragraphe 4.01 du présent protocole d'accord, le médecin est rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes.

**5.02** Sous réserve du paragraphe 6.03, pour les activités décrites aux paragraphes 4.03 et 4.04, le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire. Cependant, le médecin peut, s'il est détenteur d'une nomination selon le mode des honoraires fixes dans un établissement, continuer à se prévaloir de ce mode de rémunération pour ses activités effectuées au bénéfice d'une agence.

**5.03** Le chef du département régional de médecine générale est rémunéré pour les semaines pendant lesquelles il assume les fonctions décrites au paragraphe 4.02 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 hebdomadaire est de 64,90 \$ au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et de 67,65 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013;

**AVIS:** *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code de forfait **19906** dans la case CODE de la section Actes;
- le **lieu de facturation** correspondant au numéro de l'agence de santé et des services sociaux de chaque région (**94019 à 94179**) dans la section Établissement;
- le nombre de **forfaits hebdomadaires** dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES.

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

*Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.*

- 2) La banque de forfaits alloués est gérée sur une base annuelle. Toutefois, lorsque plus d'un médecin assume les fonctions de chef du département régional de médecine générale 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.

**AVIS:** *Noter que la répartition régionale des forfaits du chef du département régional de médecine générale par agence se trouve à l'annexe II du présent protocole.*

- 3) Exception faite des situations où il agit dans le cadre d'un mandat spécifique à titre de médecin-conseil au sens du paragraphe 4.01 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 4.02, se prévaloir des banques d'heures allouées pour les activités professionnelles relevant des paragraphes 4.01, 4.03 et 4.04.

**5.04** Sous réserve du paragraphe 5.06 le présent protocole d'accord tient lieu des nominations et autorisation permettant au médecin visé aux paragraphes 4.03 et 4.04 d'être rémunéré.

**5.05** L'autorisation tenant lieu de nomination ne comporte, à l'endroit du médecin rémunéré à honoraires fixes visé aux paragraphes 4.03 et 4.04, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

**5.06** Le médecin visé au paragraphe 4.01 des présentes doit, pour bénéficier des dispositions du présent protocole d'accord, détenir une nomination de l'agence.

Il en est de même pour le médecin visé au paragraphe 4.02 nommé chef du département régional de médecine générale.

**5.07** Aux fins de l'application du présent protocole d'accord, la nomination au sens du premier alinéa du paragraphe 5.06 fait référence au contrat de services professionnels passé entre le médecin et le directeur général de l'agence.

**5.08** Sur demande de l'agence 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 1.02 a) à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est située l'agence dont il relève.

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

*Pour les activités exercées à partir d'un lieu situé dans un autre territoire que celui où est situé l'agence, inscrire un « A » dans la case CONSIDÉRATION SPÉCIALE et le numéro de localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES de votre demande de paiement.*

## 6.00 MODIFICATEURS

**6.01** En faisant les adaptations appropriées, les règles relatives au cumul apparaissant au paragraphe 5.08 de l'annexe XIV de l'Entente s'appliquent à la rémunération des activités professionnelles visées aux présentes comme si celles-ci étaient effectuées pour le compte d'un établissement.

**6.02** 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 professionnelles exercées par un médecin visé aux paragraphes 4.01 et 4.03 ou 4.04 de cette entente.

**AVIS :** *Utiliser les codes d'activité mentionnés aux paragraphes 4.01, 4.03 et 4.04.*

**6.03** Un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités décrites au paragraphe 4.03 des présentes, autorisé jusqu'à concurrence de 220 heures par année, au bénéfice du médecin qui a atteint le maximum d'heures prévu au paragraphe 5.02 ou 5.10 de l'annexe XIV de l'Entente ou au 3<sup>e</sup> alinéa du paragraphe 15.01 de l'entente générale.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activité mentionné au paragraphe 4.03.*

## 7.00 ANNEXE IX

**7.01** La rémunération versée pour les activités visées aux paragraphes 4.02, 4.03 et 4.04 des présentes est sujette à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

## 8.00 RÉPARTITION

**8.01** Au niveau d'une agence, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé au paragraphe 4.01 relèvent du directeur général de l'agence;

**8.02** Au niveau d'une agence, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé aux paragraphes 4.03 ou 4.04 relèvent du médecin chef du comité de direction du département régional de médecine générale;

**8.03** Aux fins du paragraphe 8.02, le chef du département régional de médecine générale fait rapport au directeur général de l'agence de l'exercice de ses fonctions tant en regard de la répartition des heures qu'en regard des responsabilités qui sont dévolues au département de médecine générale en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le directeur général transmet ce rapport au conseil d'administration de l'agence;

**8.04** La mise en œuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités qu'édicte l'article 11.00 des présentes.

## 9.00 FACTURATION

**9.01** Sauf pour le médecin visé au paragraphe 4.02, un relevé d'honoraires visé aux présentes est contresigné par le représentant autorisé de l'agence.

### 10.00 AVIS

**10.01** L'agence avise la Régie d'assurance maladie du Québec de l'identité des médecins à qui s'applique le présent protocole d'accord.

**AVIS :** *Un avis de service Rémunération au tarif horaire, au per diem, à la vacation et à l'acte (3547), ou Rémunération à honoraires fixes (1897), doit être fourni pour les médecins agissant à titre de médecin-conseil et de médecin-coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence (paragraphe 4.01).*

- *L'agence doit informer la Régie, par lettre, du nom et du numéro de pratique du professionnel qui assume le rôle de chef du département régional de médecine générale pour sa région, en prenant soin d'indiquer la date de prise d'effet de la nomination (paragraphe 4.02).*
- *En ce qui concerne les médecins mandatés pour participer à une Table territoriale ou pour un mandat ad hoc (paragraphe 4.04), l'avis de service est nécessaire uniquement pour les médecins déjà rémunérés à honoraires fixes qui désirent maintenir ce mode de rémunération.*

### 11.00 BANQUE DE FORFAITS ET D'HEURES

**11.01** Les parties déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, doit être allouée, sur une base annuelle, à une agence pour rémunérer les activités professionnelles qui relèvent des paragraphes 4.01, 4.03 ou 4.04. Aux fins de la rémunération des activités professionnelles qui relèvent du paragraphe 4.02, elles déterminent également un nombre maximal de forfaits annuels alloué à chaque agence.

Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale assure le suivi de ces banques et est responsable d'informer la Régie des banques d'heures et de forfaits alloués aux agences.

**11.02** L'annexe I des présentes fait état distinctement des banques d'heures qui, à un niveau régional, sont réservées à la rémunération des activités professionnelles qui, selon le cas, relèvent du paragraphe 4.01 ou des paragraphes 4.03 et 4.04.

**11.03** L'annexe II fait état de la banque de forfaits qui, à un niveau régional, est allouée à la rémunération des activités professionnelles qui relèvent du paragraphe 4.02.

**11.04** En regard du présent protocole d'accord, l'année d'application est l'année civile.

### 12.00 PRÉSOMPTION

**12.01** Aux fins de l'application de certains textes conventionnels pertinents (annexes VI et XII de l'Entente et entente particulière relative aux activités médicales particulières) et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier.

Toutefois, pour la partie des activités effectuées en dehors du territoire de l'agence en vertu du paragraphe 5.08, la majoration applicable en vertu de l'annexe XII est fonction du lieu effectif de dispensation des services. Ces activités sont exclues du calcul de la pratique totale au sens du paragraphe 3.1 de la section I de l'annexe XII. Elles ne sont pas retenues aux fins de l'application de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

### 13.00 DIFFÉREND

**13.01** La Fédération peut, en exclusivité, en son nom ou au nom du médecin, soulever un différend au sens de l'article 22.00 de l'Entente, en regard du présent protocole d'accord. Dans ce cas, elle doit référer directement ce différend à l'arbitrage selon les procédures prévues au paragraphe 24.02 de l'Entente;

**13.02** En faisant les adaptations appropriées, les articles 25.00, 26.00, 27.00 et 28.00 de l'Entente s'appliquent à la résolution de ce différend;

**13.03** Aux fins de la mise en oeuvre du présent article, le vocable « établissement », à chaque fois qu'il est mentionné dans les articles énumérés au paragraphe 13.02 ci-dessus, est remplacé, lorsque la chose convient, par le vocable « agence ».

### 14.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

**14.01** Le présent protocole d'accord remplace le protocole d'accord du 14 juillet 1995. Il entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1999.

**14.02** 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.

# **AVIS** : *Ce protocole d'accord est abrogé en date du 1<sup>er</sup> avril 2015, s'applique jusqu'au 31 décembre 2015 et est remplacé le 1<sup>er</sup> janvier 2016 par l'Amendement n° 145.*

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 31<sup>e</sup> 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

---

ABROGÉ



## ANNEXE 1

## BANQUE D'HEURES RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES PAR LE PARAGRAPHE 4.01 ET PAR LES PARAGRAPHES 4.03 ET 4.04

	<b>Agences visées</b>	<b>Banque Par. 4.01</b>	<b>Banque Par. 4.03 et par. 4.04</b>
94019	ASSS Bas-Saint-Laurent (01)	2 410	1 097
94029	ASSS Saguenay – Lac-Saint-Jean (02)	2 310	1 189
94039	ASSS Capitale-Nationale (03)	7 847	1 452
94049	ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04)	2 391	1 456
94059	ASSS de l'Estrie (05)	2 590	1 232
94069	ASSS de Montréal (06)	4 620	2 844
94079	ASSS de l'Outaouais (07)	3 080	1 288
94089	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	2 310	1 025
94099	ASSS de la Côte-Nord (09)	2 310	965
94109	CRSSS de la Baie-James (10)	1 155	203
94119	ASSS de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine (11)	2 310	964
94129	ASSS de Chaudière-Appalaches (12)	2 599	1 345
94139	ASSS de Laval (13)	2 310	1 316
94149	ASSS de Lanaudière (14)	2 310	1 380
94159	ASSS des Laurentides (15)	2 855	1 505
94169	ASSS de la Montérégie (16)	5 702	2 337
94179	RRSSS du Nunavik (17)	961	199
94183	CCSSS de la Baie-James (18)	770	---

## Annexe II

**BANQUE DE FORFAITS ANNUELLE RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES AU PARAGRAPHE 4.02**

	<b>Agence visée</b>	<b>Banque de forfaits annuelle (Paragraphe 4.02)</b>
94019	ASSS du Bas-Saint-Laurent (01)	1 341
94029	ASSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean (02)	1 341
94039	ASSS de la Capitale-Nationale (03)	1 676
94049	ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04)	1 341
94059	ASSS de l'Estrie (05)	1341
94069	ASSS de Montréal (06)	1 928
94079	ASSS de l'Outaouais (07)	1 341
94089	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	1 341
94099	ASSS de la Côte-Nord (09)	1 341
94109	CRSSS de la Baie-James (10)	1 006
94119	ASSS de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine (11)	1 341
94129	ASSS de Chaudière-Appalaches (12)	1 341
94139	ASSS de Laval (13)	1 341
94149	ASSS de Lanaudière (14)	1 341
94159	ASSS des Laurentides (15)	1 341
94169	ASSS de la Montérégie (16)	1 676
94179	RRSSS du Nunavik (17)	1 006
94183	CCSSS de la Baie-James (18)	-

**PROTOCOLE D'ACCORD****AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE DU CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (L.R.Q., c. C-59.0001)****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 du médecin visé au paragraphe 1.02 qui exerce certaines activités professionnelles au bénéfice du Conseil médical du Québec;

**1.02** Aux fins du présent protocole d'accord, le vocable « médecin » signifie le médecin qui est membre du Conseil médical du Québec nommé par le Gouvernement sur recommandation du Ministre, à partir d'une liste de médecins recommandés par la Fédération.

**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 contenues dans le présent protocole d'accord.

**3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE**

**3.01** Outre les parties, la Régie et le médecin, le présent protocole lie le Conseil médical du Québec.

**4.00 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE**

**4.01** Pour le médecin, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est relative à sa participation aux travaux d'un ou de plusieurs comités du Conseil médical du Québec, en excluant, toutefois, le temps de présence aux séances du Conseil médical du Québec.

**AVIS :** *Veillez utiliser le code d'activité 062046 (activités professionnelles auprès du Conseil médical) et le numéro d'établissement 94999 (Conseil médical du Québec).*

**5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION**

**5.01** Pour les activités décrites au paragraphe 4.01 du présent protocole d'accord, le médecin est rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire;

**5.02** Toutefois, malgré ce qui précède, le médecin peut, s'il est détenteur d'une nomination selon le mode des honoraires fixes dans un établissement, continuer à se prévaloir, de façon exclusive, de ce mode de rémunération pour ses activités effectuées au bénéfice du Conseil médical du Québec;

**5.03** Le présent protocole d'accord tient lieu de nomination et autorisation permettant au médecin visé par les présentes d'être rémunéré;

**5.04** 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.

**6.00 MODIFICATEURS**

**6.01** En faisant les adaptations appropriées, les règles relatives au cumul apparaissant au paragraphe 5.08 de l'annexe XIV de l'Entente s'appliquent à la rémunération des activités professionnelles visées aux présentes comme si celles-ci étaient effectuées pour le compte d'un établissement.

**6.02** 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 professionnelles exercées par un médecin visé aux présentes.

**6.00A ANNEXE IX**

**6.01A** 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.

**7.00 RÉPARTITION**

**7.01** La répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin relèvent du Président du Conseil médical du Québec après consultation des médecins concernés;

**7.02** La mise en oeuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités qu'édicte l'article 10.00 des présentes.

**8.00 FACTURATION**

**8.01** Un relevé d'honoraires visé aux présentes est contresigné par le Président du Conseil médical du Québec ou son représentant autorisé.

**9.00 AVIS**

**9.01** Le Conseil médical du Québec avise la Régie de l'assurance maladie du Québec de l'identité des médecins à qui s'applique le présent protocole d'accord.

**10.00 BANQUE D'HEURES**

**10.01** Après consultation du Conseil médical du Québec, le Ministère et la Fédération déterminent la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, doit être allouée, sur une base annuelle, au Conseil médical du Québec aux fins d'assurer la mise en oeuvre du présent protocole d'accord;

**10.02** L'année d'application, au sens du présent article se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année. Les rajustements pour les parties d'année seront faits proportionnellement;

**10.03** La banque d'heures allouée peut être modifiée par accord des parties;

**10.04** L'annexe I des présentes fait état de cette banque d'heures.

**11.00 PRÉSOMPTION**

**11.01** Aux fins de l'application de certains textes conventionnels pertinents (annexes VI et XII de l'Entente et entente particulière relative aux activités médicales particulières) et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier.

**12.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE**

**12.01** Le présent protocole d'accord entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1<sup>er</sup> avril 1996;

**12.02** 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.

# **AVIS :** *Ce protocole d'accord est abrogé par l'Amendement n° 114 en date du 1<sup>er</sup> janvier 2010.*

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 24<sup>e</sup> jour de octobre 1996.

**JEAN ROCHON**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**RENALD DUTIL, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
omnipraticiens du Québec

---

**ANNEXE 1**

**Ayant pour objet la banque d'heures maximale allouée, sur une base annuelle, au Conseil médical du Québec aux fins d'assurer la mise en oeuvre du présent protocole d'accord.**

Pour une année d'application : 1540 heures

## 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 1<sup>er</sup> septembre 1999;

- dans le but d'appliquer, à partir du 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> septembre 1998 sauf pour son article 10 qui prend effet le 1<sup>er</sup> juin 1998 et ses articles 1, 2 et 5 qui prennent effet le 1<sup>er</sup> juillet 1998.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 19<sup>e</sup> 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****ENTRE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC ET LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX CONCERNANT LE VIRUS DE L'HÉPATITE C**

**Concernant** la rémunération de certains services professionnels dispensés dans le cadre du programme d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC).

**Vu** l'accord intervenu entre la Ministre et la Régie publié dans la *Gazette officielle du Québec* en date du 11 août 1999;

**Attendu** qu'en vertu de cet accord, la Régie s'est vu confier l'administration du programme d'aide financière (VHC);

**Attendu** qu'au terme de l'article 2 de la Loi sur la Régie, celle-ci récupère du ministère intéressé, le coût des services qu'elle assume en vertu du programme précité;

**Considérant** que la Régie a, en vertu de cet accord, la responsabilité de rémunérer les médecins qui ont complété un formulaire de demande d'aide financière selon les tarifs déterminés par la Ministre et la Fédération;

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

**1.** Outre la rémunération pour les services médicaux dispensés par le médecin dans le cadre du programme VHC, est aussi rémunéré le service médico-administratif suivant :

09818 Remplir le formulaire intitulé « Demande d'aide financière : attestation médicale ».....39,65

**2.** Le médecin produit ses demandes de paiement à la Régie qui, à cet égard, agit à titre d'agent payeur pour le compte de la ministre de la Santé et des Services sociaux.

**3.** La rémunération versée en vertu du présent protocole d'accord n'est pas sujette à l'application de l'annexe IX de l'entente générale.

**4.** Ce protocole d'accord entre en vigueur le 28 juin 1999 et ses dispositions subsistent jusqu'à leur remplacement par un autre protocole.

# **AVIS :** *Ce protocole d'accord est abrogé en date du 31 mars 2014 par l'Amendement n° 137.*

**EN FOI DE QUOI,** les parties ont signé à Québec, ce 9<sup>e</sup> jour de novembre 2000.

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

**RENALD DUTIL, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
omnipraticiens du Québec

## PROCOLE 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) 28,35 \$

**AVIS:** *Facturation du rapport effectué sur une Demande de paiement - Médecin (1200) :*

- utiliser le code **09817**;

- indiquer le code d'établissement où la technique a été effectuée (CRID).

*Pour connaître la liste des centres de référence pour investigation désignés (CRID) du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, consulter le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca).  
Pour y accéder, rendez-vous dans la rubrique [Établissements reconnus](#) de l'onglet Médecine de laboratoire.*

#### 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 1<sup>er</sup> avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 25<sup>e</sup> 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 SER- VICES 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.

#### **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 62,50 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2012 et de 65,15 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013 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 79,20 \$ au 1<sup>er</sup> octobre 2012 et de 82,55 \$ au 1<sup>er</sup> juin 2013.

# **AVIS :** *Utiliser la Demande de paiement - Médecin (1200) et inscrire les données suivantes :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- dans la section Actes :
  - le code **19797** (pour le médecin président), honoraires de 82,55 \$ par demi-heure;
  - le code **19798** (pour le médecin membre), honoraires de 65,15 \$ par demi-heure;
  - le code **19799** (pour le médecin mandaté), honoraires de 65,15 \$ par demi-heure;
- le nombre de demi-heures dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le numéro de l'organisme visé dans la case ÉTABLISSEMENT :
  - **94969** pour l'INESSS;
  - **94979** pour la DGSSMU du MSSS;
  - **94949** pour la DGFIB du MSSS;
  - **94909** pour la DGCRM du MSSS;
  - **94939** pour la DGPPQ du MSSS;
  - **94509** pour la DGSP du MSSS;
  - **94929** pour la DGSS du MSSS;
  - **94919** pour la DQC du MSSS.

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

**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.

**AVIS :** *Les frais de déplacement (transport et temps), peuvent être réclamés sur la même demande de paiement que les activités professionnelles visées par le présent protocole d'accord. Pour demander le remboursement des frais de déplacement (transport et temps), rendez-vous sur le site de la Régie au [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca), dans la rubrique [Frais de déplacement](#) de l'onglet Facturation ou référez-vous au Manuel des médecins omnipraticiens, onglet Rédaction de la demande de paiement, à l'annexe V (partie 4.6.5).*

**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 1<sup>er</sup> 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 28<sup>e</sup> 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 médecins  
omnipraticiens du Québec

**Annexe I****I LISTE DES ORGANISMES NATIONAUX VISÉS AU PARAGRAPHE 1.03**

- 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**

<b>Organisme visé</b>	<b>Banque de forfaits annuelle</b>
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 (RLRQ, chapitre R-5).

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1.00 OBJET**

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

**2.00 CHAMP D'APPLICATION**

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

**3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE**

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

**4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES**

**4.01** Pour le médecin qui, en-dehors du cadre du comité de direction du DRMG de la région ou d'un mandat donné par celui-ci, en cette qualité, agit, sous la responsabilité de l'établissement, à titre de médecin-conseil auprès d'un établissement, l'activité professionnelle est celle qui, reliée à la mission d'un établissement, est relative à l'exercice, sur le plan médical, des attributions suivantes :

- a) les activités de conseil ou de coordination, au regard de dossiers relevant du domaine de la planification, de la programmation, de l'organisation et de l'évaluation;
- b) la gestion de certains dossiers spécifiques notamment les activités médicales particulières, le monitoring des effectifs médicaux ainsi que les mesures incitatives;
- c) les interventions faites auprès de différentes organisations;
- d) les activités de concertation inter-régionale et intersectorielle;
- e) l'exécution de tout mandat confié au médecin par le directeur de l'établissement.

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

- la lettre « A » dans la case C.S.;
- le numéro de localité, la date des services et le numéro de référence de chaque activité concernée par cette situation dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- le numéro de l'établissement auprès duquel vous détenez une nomination dans la section Établissement.

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

## 6.00 BANQUE D'HEURES

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

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

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

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

## 7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

**7.01** La présente entente particulière prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce <sup>e</sup> jour de 2015.

**GAÉTAN BARRETTE**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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

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

**PRÉAMBULE**

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

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1.00 OBJET**

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

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

**2.00 CHAMP D'APPLICATION**

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

**3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE**

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

**4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES**

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

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

*par télécopieur au 418 646-8110*

*ou par la poste à l'adresse suivante :*

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

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

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

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

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

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

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

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

- **103108** *Médecin mandaté pour participer à une table locale, ou*

- **103109** *Médecin participant à un mandat ad hoc*

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

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

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

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

- En soutien au DRMG, il collabore et participe au fonctionnement des tables générales locales de médecine générale pour le RLS;
- Il agit à titre de répondant médical pour le guichet d'accès à la médecine de famille (GAMF). 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 UMF, des CLSC et des cabinets du territoire;
- Il participe à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique);
- Il facilite le fonctionnement des réseaux de première ligne particulièrement au regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de services pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et de la définition des projets-cliniques sur son territoire;
- Il participe, en soutien au comité de direction du DRMG, à l'élaboration des priorités de recrutement dans la région, notamment pour les services médicaux de première ligne afin d'alimenter les réflexions sur les plans des effectifs médicaux en établissement et hors établissement qui sont proposés au ministère.

## 5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

### Modalités applicables au chef du DRMG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19103** dans la case CODE de la section Actes;
- le lieu de facturation correspondant au numéro du centre intégré ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de chaque région ou de l'établissement (**94XXX**) visé dans la section Établissement;
- le nombre de forfaits hebdomadaires en considérant le groupe auquel appartient le RLS dans la case UNITÉS;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES.

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

- 2) Sous réserve de l'alinéa 4) ci-dessous, un nombre de forfaits est alloué pour chaque territoire de RLS selon le groupe auquel il appartient en vertu d'une classification basée sur les caractéristiques de la population du territoire, pour chacun des RLS. Le comité paritaire détermine les critères utilisés;
- 3) Sur la base de l'année civile, le nombre de forfaits alloué pour chacun des territoires de RLS, selon le groupe auquel il appartient est le suivant :
  - Groupe 1 954 forfaits
  - Groupe 2 787 forfaits
  - Groupe 3 653 forfaits
  - Groupe 4 536 forfaits
- 4) Le comité paritaire peut, selon les critères qu'il détermine, exclure certains territoires de RLS ne comptant pas ou comptant peu de médecins qui pratiquent en cabinet privé de l'application des dispositions du présent paragraphe ayant trait à la désignation et à la rémunération d'un médecin coordonnateur au plan local;
- 5) Aux fins de l'application de l'annexe XII, la rémunération des services dispensés par le médecin coordonnateur constitue une rémunération de base et est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier.

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

### Modalités générales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.00 BANQUE D'HEURES

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

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

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

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

## 7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

**7.01** La présente entente particulière prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce <sup>e</sup> 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

# **AVIS** : *La liste des banques de forfaits et d'heures visées dans cette annexe est disponible au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes).*

## Annexe II

# **AVIS** : *La liste des groupes auquel appartient chaque RLS est disponible au [www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes](http://www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes).*

---