



**MANUEL DES OMNIPRATICIENS
BROCHURE NO 1**

MISE À JOUR : 49

Avril 2004

Veillez conserver cette page pour fins de références ultérieures

SOMMAIRE

NOTE : Ce fichier contient les recto / verso des pages touchées par la modification ainsi que les pages décalées

NOTE : Amendement n° 85 (**Articles entrant en vigueur le 1^{er} avril 2004**) + autres documents officiels et modifications administratives

Amendement n° 84 (Signé le 18 mars 2004)

- Entente générale

- Annexe IX : Conditions d'application des tarifs
 - les paragraphes 1.1 et 1.2 sont remplacés

Page : [62](#)

Amendement n° 85 (En vigueur le 1^{er} avril 2004, sauf mention contraire)

- Entente générale

- Annexe XVIII :
 - le paragraphe 2.01 est remplacé
 - le paragraphe 3.01 est remplacé
 - l'article 6.00 est abrogé

Pages : [101](#), [103](#) et [104](#)

- Ententes particulières

- Services en anesthésie dans certains CHSGS : l'entente particulière est remplacée

Pages : [43](#) à 51

- Rémunération dans ou auprès d'un C.L.S.C. : Ajout du paragraphe 4.03 et de l'annexe

Pages : [92](#) et [93](#)

- Santé publique : l'Annexe II est modifiée en retirant le programme « Centre anti-poison » et sa banque d'heures correspondante

Page : [125](#)

- Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables :
 - le paragraphe 7.01 est modifié (*En vigueur le 1^{er} avril 2003*)

Page : [204](#)

Autres documents officiels

- Entente générale

- Chapitre XIV Entrée en vigueur et durée : article 37.01 modifié avec Accord-cadre signé le 18 mars 2004
Page : [25](#)
- Annexe VI : Avantages sociaux, 1.12 B) et 1.24 B) modifiés
Pages : [32](#) et [37](#)

- Lettres d'entente

- Modifications et signature de la lettre d'entente n° 150 en date du 18 mars 2004
Pages : [140](#) à 142
- Signature des lettres d'entente n°s 151, 152, 153, 154, 155, 156 et 157 en date du 18 mars 2004
Pages : [145](#), [147](#), [149](#), [151](#), [154](#), [157](#) et [158](#)
- Ajout des lettres d'entente n°s 160, 161, 162 et 163
Pages : [159](#) à 167

- Accords

- Ajout des accords n°s 526, 527, 529, 530, 531, 532, 533 et 535
Pages : [124](#) à 127
- Accord n° 509 remplacé
Page : [119](#)

- Ententes particulières

- Gériatrie dans un CHSLD : Annexe 1
Page : [69](#)
- Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique : Annexe 1
Page : [75](#)
- Activités médicales particulières : Signé en date du 18 mars 2004
Page : [87](#)
- Santé publique : Annexe I et Annexe II
Pages : [124](#) et [125](#)
- Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés - réseau intégré : Annexe 1
Pages : [132](#) et [133](#)
- Garde en disponibilité auprès de certains établissements (maintien à domicile) : Annexe 1
Pages : [145](#) et [153](#)
- Malade admis - CHSGS : Annexe 1
Page : [171](#)
- Garde en disponibilité en CHSGS : Annexe 1
Pages : [176](#) et [177](#)
- Groupe de médecine familiale (G.M.F.) : Annexe 1
Pages : [191](#) à 193
- Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) : Annexe II
Page : [221](#)

Modifications d'ordre administratif

- Mise à jour des index
- Ajouts et/ou modifications de certains AVIS

Onglet « Introduction » :

Page : [2](#)

Onglet « Entente générale » :

Pages : [22](#) et [41](#)

Onglet « Lettres d'entente »:

Page : [153](#)

Onglet « Accords »:

Page : [98](#)

Onglet « Ententes particulières » :

Pages : [43](#) à [47](#), [70](#), [92](#), [93](#), [95](#), [119](#), [178](#), [193](#), [195](#), [198](#), [200](#) et [202](#)

NOTE : Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants :
073 / 2003-09-18, 139 / 2004-03-03, 001/ 2004-04-01, 002 / 2004-04-05.

LÉGENDE

- Les modifications sont indiquées dans la marge de gauche de la façon suivante :
 - # corrections d'ordre administratif
 - + modifications relatives aux ententes, accords, décrets, amendements, etc.
- La signification des références en bas de page figure à l'endos de la page INTRODUCTION.

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels



INTRODUCTION

Le but de cette publication est de fournir aux médecins omnipraticiens, les textes provenant de l'entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Cette publication est distribuée systématiquement à tous les détenteurs reconnus du «Manuel des médecins omnipraticiens». Lorsque le texte sera amendé ou modifié, chaque détenteur recevra les pages révisées lui permettant d'en assurer la mise à jour. Un numéro de référence est inscrit au bas de chacune des pages touchées. (Voir la signification de ces numéros de référence au verso de la présente page)

Cette publication étant un document publié à des fins administratives, il y a lieu de se référer aux textes de loi, aux publications dans la Gazette officielle et aux ententes originelles lorsqu'il s'agit d'interpréter et d'appliquer une loi, un règlement, un décret ou une entente. Les **AVIS** mentionnés dans ce texte, **sont d'ordre administratif et ne font pas partie de l'entente**. Il s'agit de renseignements ajoutés dans le but de faciliter la facturation.

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

Pour les médecins rémunérés à honoraires fixes, à vacation, au tarif horaire ou au per diem, d'autres instructions de facturation (incluant les codes de congé et les codes d'activités) sont présentées dans la **Brochure n° 2**.

La **liste des manuels** (incluant les brochures) et des **formulaire**s requis pour la facturation est placée dans le manuel des médecins omnipraticiens à l'onglet « FORMULAIRES ».

Enfin, la Régie offre un service d'**information aux professionnels** où des préposés et des agents de liaison renseignent les médecins omnipraticiens sur les procédures administratives afférentes aux dispositions de leur entente.

COMMUNICATIONS AVEC LA RÉGIE

Par le site Internet :

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

Par courrier électronique Internet :

- services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Par le système informatisé «INFO PROF» (en tout temps) :

- à Québec : (418) 528-7763
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-7763

Par téléphone pour joindre l'Assistance aux professionnels :

- Québec : (418) 643-8210
- Montréal : (514) 873-3480
- Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick : 1 800 463-4776

Par télécopieur :

- Québec : (418) 646-9251
- Montréal : (514) 873-5951

Par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'information aux professionnels
Case postale 6600
Québec QC G1K 7T3

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-551-12530-8

Régie de l'assurance maladie du Québec
Direction des services à la clientèle professionnelle
Service de l'information aux professionnels

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

#

SIGNIFICATION DES RÉFÉRENCES AU BAS DE LA PAGE

Exemple : MAJ 49 / XXXX 2004 / 99

MAJ = Mise à jour**49** = Numéro séquentiel de la mise à jour Internet et / ou papier**XXXX 2003** = Mois et année de la publication de la mise à jour.**Remarque :** Avant l'an 2000, l'année était représentée par les 2 derniers chiffres de l'année.

Les deux derniers chiffres constituent un indicateur de la nature des modifications apportées sur une page donnée, ainsi :

- le **99** indique une modification d'ordre administratif (ex. : ajout d'un « **AVIS** », correction d'une erreur de transcription d'un document officiel, pagination, etc.);
- le **00** démontre qu'il s'agit d'une modification effectuée en vertu d'une nouvelle entente, d'un nouveau décret, règlement ou autre document officiel;
- **autre** = ex. **85** indique que des modifications ont été apportées en fonction de l'**Amendement n° 85** relatif à l'entente, au règlement, à l'accord-cadre ou autre document officiel ;
- Si, sur la même page, les modifications proviennent à la fois d'un document officiel et d'une directive administrative, le **numéro** du document officiel est utilisé.

Remarque : Conserver la page sommaire de chacune des mises à jour pour s'y reporter ultérieurement.

30.00 MÉCANISME DE DÉPANNAGE

AVIS : Les codes d'activité à utiliser sont les suivants :

- 009006 : Forfait obstétrique
- 009018 : Forfait anesthésie
- 009030 : Services cliniques
- 009063 : Garde sur place (Ent. part. Grand-Nord, Hôp. Chibougamau et Lettre d'entente n° 58)
- 009071 : Garde sur place à même les 35 premières heures d'activité (Ent. part. Grand-Nord, Hôp. Chibougamau et Lettre d'entente n° 58)
- 009081 : Garde en disponibilité (Ent. part. Grand-Nord, Hôp. Chibougamau et Lettre d'entente n° 58)
- 009094 : Garde en disponibilité (Points de service du Grand-Nord)
- 009095 : Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) (Ent. Part. régions 17 et 18 et CS Basse Côte Nord)
- 009100 : Garde en disponibilité (Comité paritaire) voir accord n° 455
- 009104 : Prise en charge de l'urgence par un groupe de médecins

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 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'établissement et la durée de leur désignation. Pour être admissible audit mécanisme de dépannage, un établissement doit être confronté à une pénurie d'effectifs médicaux.

Le comité paritaire informe les établissements requérant 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'un établissement 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 mécanisme du dépannage dans l'établissement où il est dépêché **sous réserve de l'exception suivante : il est dépêché dans une des installations de l'établissement auquel il est rattaché, mais cette installation est située à plus de 60 km de l'installation où il exerce de façon régulière ;**
- Il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail de services dans l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière ;
- L'établissement ou les établissements 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

Au taux de 0,72 ¢ par kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'usage de son automobile. On compte la distance du point de départ situé au Québec duquel le déplacement est entrepris jusqu'à l'établissement. Cette distance est établie suivant la publication Distances routières du ministère du Transport du gouvernement du Québec.

Seuls sont remboursés les déplacements de plus de 40 kilomètres.

(*) 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.

L'utilisation de l'automobile personnelle peut aussi être autorisée par l'établissement pour permettre au médecin de se rendre de l'établissement 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'établissement ;

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 demander le remboursement des frais de déplacement (transport et temps): voir le Manuel des médecins omnipraticiens, onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT, à l'annexe V (partie 4.6.5) si vous facturez à l'acte ou la Brochure n° 2, onglet « Vacation - tarif horaire - Per diem », section 2.1.2, Partie 10 si vous facturez selon un ou l'autre de ces modes.

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 au total pour l'aller et 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'établissement 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 :

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

et les distances sont établies suivant la publication « Distances routières » du ministère des Transports du gouvernement du Québec.

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).

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 1^{er} juillet 2003.

CHAPITRE XII DISPOSITIONS TRANSITOIRES

35.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

35.01 Les dispositions du chapitre VII de l'entente édictées par l'Amendement numéro 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 numéro 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 RENOUELEMENT

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 1^{er} novembre 1976; elle se termine le 31 mars 2004.

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

ANNEXE1**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.

- c) pour chacune des semaines qui suivent la période prévue au sous-paragraphe b), une indemnité égale à quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire, et ce jusqu'à la fin de la vingtième (20e) semaine du congé de maternité.

Le pourcentage de l'indemnité prévue aux paragraphes 1.09 et 1.10 a été fixé à quatre-vingt-treize (93 %) 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 sept pour cent (7 %) de son traitement. Toutefois, le médecin qui ne participe pas au régime de retraite a droit à une indemnité de quatre-vingt-quinze pour cent (95 %) de son traitement hebdomadaire.

D'autre part, la Régie ne peut compenser par l'indemnité qu'elle verse au médecin, la diminution des prestations d'assurance emploi attribuable au traitement gagné auprès d'un autre établissement.

Cependant, la Régie effectue cette compensation si le médecin démontre que le traitement gagné est un traitement habituel.

Le total des montants reçus par le médecin durant son congé de maternité, en prestations d'assurance emploi, indemnités et traitements ne peut cependant excéder quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire, sauf s'il ne participe pas au régime de retraite, auquel cas ce total ne peut excéder quatre-vingt-quinze pour cent (95 %).

Indemnités prévues pour les médecins non admissibles à l'assurance emploi

1.10 Le médecin exclu du bénéfice des prestations d'assurance emploi ou déclaré inadmissible est également exclu du bénéfice de toute indemnité, sous réserve des dispositions prévues aux deux (2) sous-paragraphe qui suivent.

Le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte trente-cinq (35) heures et qui a accumulé vingt (20) semaines de service⁽¹⁾ avant le début de son congé de maternité a également droit de recevoir durant dix (10) semaines une indemnité égale à quatre-vingt-treize pour cent (93 %) de son traitement hebdomadaire si elle n'est pas éligible aux prestations d'assurance emploi parce qu'elle n'a pas occupé un emploi assurable pendant au moins vingt (20) semaines au cours de sa période de référence prévue par le régime d'assurance emploi.

Le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est inférieure à trente-cinq (35) heures ou le médecin à demi-temps qui a accumulé vingt (20) semaines de service⁽¹⁾ avant le début de son congé de maternité a droit à une indemnité égale à quatre-vingt-quinze pour cent (95 %) de son traitement hebdomadaire et ce, durant dix (10) semaines, si elle n'est pas éligible aux prestations d'assurance emploi pour l'un ou l'autre des deux (2) motifs suivants :

- i) elle n'a pas contribué au régime d'assurance emploi; ou
- ii) elle a contribué mais n'a pas occupé un emploi assurable pendant au moins vingt (20) semaines au cours de sa période de référence.

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

Avantages

1.11 Durant le congé de maternité et les extensions 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.

⁽¹⁾ Le médecin absent accumule du service si son absence est autorisée, notamment pour invalidité, et comporte une prestation ou une rémunération.

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, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, le médecin qui assume ces fonctions, 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, selon l'échelon qui lui est applicable, en référant à l'échelle de rémunération en vigueur au moment du départ du médecin en congé de maternité, majorée ou diminuée, s'il y a lieu, de la rémunération différente conformément à l'annexe XII de l'Entente et aux décrets adoptés à cet égard sous l'empire de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, 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⁽²⁾;
- # 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 effectuées en garde sur place, au cours des vingt (20) dernières semaines de calendrier précédant le congé de maternité ou d'adoption selon 1.23, 1°, pour lesquelles aucune période d'invalidité, de congé de maternité ou d'adoption selon 1.23, 1°, de perfectionnement au sens du paragraphe 5.01 de la présente annexe ou de ressourcement au sens de l'article 5 de l'annexe XII de l'Entente, de vacances de plus de deux (2) jours ou de congé sans rémunération prévus aux paragraphes 1.21 premier sous-paragraphe, 1.23, 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 et à l'Hôpital Chibougamau Limitée; est 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, veuillez utiliser le code de congé 61. Toute autre utilisation de ce code à titre d'événement spécial doit faire l'objet d'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'envoie(nt) 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 lequel cet avis (ou ces avis) est(sont) applicable(s) durant la période du vingt (20) semaines, sans jamais dépasser sept cents (700) heures si le médecin a qualité de plein temps ou trois cent cinquante (350) heures si le médecin a 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 obtenue 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;

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 du 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 deux (2) moyennes, le cas échéant, obtenue en B).

(2) Si, par ailleurs, le congé de maternité ou d'adoption comprend la date de majoration à 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, et de la terminaison de la période d'application du décret 1781-93 concernant le médecin.

- # 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 effectuées en garde sur place, au cours des vingt (20) dernières semaines de calendrier précédant le 1^{er} janvier qui précède lui-même l'année (du 1^{er} 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 ou d'adoption selon 1.23, 1^o, de jours de perfectionnement au sens du paragraphe 5.01 de la présente annexe ou de jours de ressourcement au sens de l'article 5 de l'annexe XII de l'Entente, de vacances de plus de deux (2) jours ou de congé sans rémunération prévus aux paragraphes 1.21 premier sous-paragraphe, 1.23, 4.05, 4.07, 4.08, 4.10, 4.11, 4.12 lorsqu'il s'agit d'un congé réputé 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 et à l'Hôpital Chibougamau Limitée; 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 sur l'assurance maladie; 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, veuillez utiliser le code de congé 61. Toute autre utilisation de ce code à titre d'événement spécial doit faire l'objet d'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'envoie(nt) 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 lequel cet avis (ou ces avis) est(sont) applicable(s) durant la période du vingt (20) semaines, sans jamais dépasser sept cents (700) heures si le médecin a qualité de plein temps ou trois cent cinquante (350) heures si le médecin a 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 obtenue 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;

La période de référence de vingt (20) semaines est établie en s'en rapportant à une période maximale de trois (3) ans depuis le 1^{er} 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 deux (2) moyennes, le cas échéant, obtenue en B).

- 2^o Si, pendant cette période de vingt (20) semaines, le médecin a bénéficié d'un congé rémunéré autre que ceux mentionnés à l'alinéa 1^o 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 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^o 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^o 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^o 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.

2.00 VACANCES

2.01 La période de service donnant droit aux vacances annuelles s'établit du 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} mai	Nombre de jours ouvrables de vacances du 1^{er} 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 : Utiliser le code de congé 02 pour la facturation des vacances annuelles. La Régie déduira dans l'ordre suivant, le solde de ces congés jusqu'à épuisement des crédits disponibles.

Code 34 : Vacances reportées

Code 02 : Vacances accumulées

Code 32 : Vacances anticipées

Le médecin en sera informé par 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.

2.04 Pour fins de calcul, le médecin nommé dans l'établissement entre le premier (1^{er}) et le quinzième (15^e) 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

3.00 CONGÉS FÉRIÉS

3.01 Le médecin a droit à treize (13) jours de congés fériés par année, du 1^{er} 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.

- Voir tableau des congés fériés, onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT (1.4), Brochure n° 2. Ce tableau sera utilisé pour déterminer, entre autres, les droits du médecin en début ou en fin d'emploi, ainsi que lors de la prise de congés qui suspendent le droit aux congés fériés tels un congé de maternité ou un congé sans rémunération qui excède 4 semaines (art. 4.13, annexe VI de l'Entente). Il sera utilisé aussi pour l'application de l'article 3.04 de l'annexe VI de l'Entente. Si un jour de congé férié est célébré dans votre établissement à une date différente de celle mentionnée dans ce tableau, vous devrez vous conformer à la date déterminée pour le personnel professionnel de votre établissement. Les autorités de l'établissement doivent faire parvenir à la Régie, avant le 1^{er} mai de chaque année, la liste des congés fériés et la date de leur célébration. L'information doit être adressée à :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
C.P. 15000
Québec QC G1K 9H9

- Le calendrier de la Régie, ainsi que les calendriers spécifiques des établissements s'il y a lieu, sont diffusés dans Internet. Vous pouvez y accéder à l'adresse suivante: www.ramq.gouv.qc.ca, en cliquant sur la rubrique « Établissements du réseau de la santé », puis sur « Calendriers des congés fériés ».

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.

AVIS : Ces 5 jours additionnels de congé sont également accessibles aux médecins salariés visés par l'EP régions 17, 18 et CS Basse Côte-Nord

Les congés prévus au sous-paragraphe précédent sont calculés au médecin au prorata des mois ouverts.

AVIS : Utiliser le code de congé 41.

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 1^{er} 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 : *En période d'invalidité, utiliser le code de congé 42 pour la facturation des congés fériés.*

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 l'article 2.14.*

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** Une enveloppe budgétaire globale est, en tenant compte des dispositions du paragraphe 1.2, déterminée, sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

- période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003 : 1 115 600 000 \$;
- période du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004 : 1 238 900 000 \$;

Paramètres monétaires

- + **1.2** L'enveloppe budgétaire dévolue à la rémunération des médecins, pour une période annuelle d'application visée au paragraphe 1.1 ci-dessus, comprend, selon les modalités apparaissant ci-après, les augmentations suivantes :

- L'octroi d'un montant équivalent à un forfait de 0,5 % des rémunérations payables aux médecins;
- L'octroi d'un montant de 2,0 % sur base annuelle à partir du 1^{er} avril 2003;
- L'octroi d'un montant de 1 % sur base annuelle à partir du 1^{er} janvier 2004.

Pour compenser les effets de la croissance normale de la population ainsi que de son vieillissement, et pour tenir compte également de l'ajout net des effectifs médicaux, un facteur de croissance de 1,5 % a été pris en compte dans la détermination de l'enveloppe budgétaire applicable à la période annuelle d'application débutant le 1^{er} avril 2002 et à celle débutant le 1^{er} avril 2003.

Un montant additionnel de 39,9M\$ est accordé, au 1^{er} avril 2003 et un second de 23,5 M\$ au 6 juillet 2003.

Une somme de 14,7 M\$ est également accordée pour le recrutement et la rétention au bénéfice des médecins qui exercent en région.

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.

5.3 Ne sont pas comptés dans le calcul du revenu brut trimestriel du médecin :

- 1) la rémunération versée dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale;
- 2) 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 (1988, c. 51), ou pour le compte de la Commission de la santé et de la sécurité du travail en vertu de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- 3) 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;
- 4) la rémunération versée au médecin pour l'activité professionnelle effectuée, en vertu d'un protocole d'accord, au bénéfice du Conseil médical du Québec ou d'une régie régionale, dans ce dernier cas, toutefois, en vertu des paragraphes 4.02 ou 4.03 du protocole d'accord applicable;
- 5) les montants d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté versés au médecin qui a été autorisé à reprendre une pratique médicale;
- 6) les montants versés au médecin dans le cadre de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) 1,69 % de la rémunération relative aux examens et aux thérapies faits en cabinet en regard des frais inhérents aux services dispensés en cabinet privé;
- 10) 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;
- 11) 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;
- 12) la rémunération versée au médecin en vertu d'une mesure de ressourcement ou de formation médicale continue;
- 13) les honoraires versés pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un centre hospitalier (CH), d'un service d'urgence d'un établissement du réseau de garde intégré, ou payés en vertu de l'entente particulière relative au système pré-hospitalier d'urgence de la région de Montréal-Centre et de Laval (Corporation d'urgences santé de la région de Montréal-Métropolitain), ceux versés pour les services dispensés dans une unité de soins de courte durée, dans une unité de soins palliatifs, dans un centre de réadaptation ainsi que ceux versés pour les services dispensés dans une unité de longue durée d'un CH ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

AVIS : - Rémunération à l'acte : La Régie est en mesure d'identifier ces situations, sauf pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré. Utiliser le modificateur 061, sauf si le modificateur 096, 097, 105, 106 ou 107 s'applique selon l'Entente. Par contre, si le modificateur 061, 096, 097, 105, 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autre(s) modificateur(s), inscrire le modificateur 062 sauf si le modificateur multiple 210, 213, 214, 234, 235, 236, 237, 300, 307, 313 ou 523 peut être utilisé. (Voir 4.2.6.4, onglet « Rédaction de la demande de paiement »)

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire : Utiliser les secteurs de dispensation suivants :

- CH (Service d'urgence) :
 - Samedi, dimanche, journée fériée = 12 ou 17⁽²⁾
 - En semaine, de 20h à 8h = 12
 - En semaine, de 8h à 20h = 07⁽⁴⁾
- CH (Courte durée):
 - Examens durant la tournée quotidienne ou lors d'une urgence :
 - Samedi, dimanche, journée fériée = 15;⁽¹⁾
 - En semaine = 03;
 - Examens en dehors de la tournée quotidienne ou d'une urgence :
 - Samedi, dimanche, journée fériée = 21;
 - En semaine = 03;

Suite au verso

- #
- CHSLD, CH (Longue durée) et CR : En tout temps = 04
 - CLSC (Service d'urgence du réseau de garde intégré) :
 - Samedi, dimanche et journée fériée = 12
 - En semaine, de 20h à 8h = 12
 - En semaine, de 8h à 20h = 07⁽⁴⁾
 - Facturation à la Corporation d'urgences-santé : Veuillez vous référer aux instructions prévues à l'Entente particulière qui régit la Corporation.
 - Rémunération mixte : Utiliser les secteurs de dispensation suivants :
 - CH(Service d'urgence) :
 - En semaine = 07⁽⁴⁾
 - CH (Courte durée): ⁽¹⁾
 - En semaine = 03

- 15) les honoraires versés en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans le cadre d'un programme de maintien à domicile;
- 16) les honoraires versés pour l'examen et la consultation d'urgence avec déplacement auprès d'un patient à domicile ou pour l'examen à domicile d'un patient en perte sévère d'autonomie (préambule 2.2.6 A) fait par le médecin lors de sa période de garde en disponibilité rémunérée en vertu de l'entente particulière visée à l'alinéa 15;
- 18) les montants versés en vertu de l'entente particulière prévoyant la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un CHSGS et, en pareil centre, les montants versés en rémunération de la garde en disponibilité effectuée en obstétrique;
- 19) les montants versés pour les services dispensés dans les établissements de détention;
- 20) tout autre montant versé au médecin qui, en vertu de l'Entente, est expressément exclu du revenu brut trimestriel du médecin.
- 21) les honoraires versés à titre de forfait de responsabilité prévu à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables;
- 22) les honoraires versés à titre de supplément pour l'examen périodique du patient âgé de moins de 5 ans.

AVIS : Les alinéas **14 et 17** ont été abrogés par l'amendement n° 82.

L'examen et la consultation d'urgence avec déplacement au sens des alinéas précédents peuvent, à des fins d'exclusion, comprendre l'examen ou la consultation effectué auprès d'un deuxième (2^e) patient. Il en est de même pour le deuxième (2^e) patient en perte sévère d'autonomie.

Est considérée comme journée fériée, une journée ainsi identifiée au sous-paragraphe 2.4.7.6 du préambule général apparaissant à l'annexe V de l'Entente.

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 %.

Ne sont pas sujets à cette réduction :

- 1) les rémunérations visées au paragraphe 5.3 ci-dessus;
- 2) lorsque dispensés en établissement, les honoraires versés pour les services anesthésiques et obstétricaux visés à l'annexe V de l'Entente, ou payés en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation de services professionnels en anesthésie, ou versés en vertu de la Lettre d'entente n° 57 (interruption volontaire de la grossesse);

AVIS : À moins que ces activités ne soient reconnues autrement par la Régie, veuillez utiliser le code d'activité 002079 pour les services anesthésiques et obstétricaux prévus à l'annexe V de l'entente. Les services rendus dans le cadre de l'entente particulière «Services en anesthésie dans certains CHSGS» sont reconnus par la Régie à l'aide des codes d'activités réguliers.

N.B. : Cet AVIS ne s'applique pas lorsque les honoraires sont versés en vertu de la lettre d'entente n° 57 (interruption volontaire de la grossesse).

- 3) les honoraires pour les services médicaux dispensés en établissement dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre, conformément au troisième (3^e) alinéa de l'article 19 de la Loi;

(1), (2), (3) et (4) : Secteurs de dispensation 07, 14, 15 et 17, voir les conditions d'utilisation à la fin 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'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou 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 : *Pour la rémunération à l'acte : tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES » du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations;*
Pour la rémunération du tarif horaire : utiliser le code d'activités 009030 : Services cliniques (TH)

1.02 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'établissement 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'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 ;
- 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 de 500\$ auquel s'ajoute 41,5% du tarif des services médicaux qu'il dispense. Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

AVIS : *Tous les services doivent être facturés dans la section « Actes » du formulaire n° 1200, y compris les examens et consultations.*

Toutefois, si dépannage dans un établissement désigné dans l'E.P. malades admis, suivre les instructions de facturation de cette E.P. soit le forfait 9778 et le modificateur 126.

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, les services dispensés en clinique externe auprès de patients qui relèvent, selon les règlements départementaux, de ce médecin. Elle couvre également, selon le cas, la participation à la garde en disponibilité. »

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;

AVIS : *Facturation du forfait : Inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :*

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte 9777 dans la case CODE de la section « ACTES »;
- # - le code d'établissement approprié sauf le 0XXX4, 0XXX5 et 0XXX7;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS.

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

Suite de l'avis au verso

POUR LA FACTURATION DES SERVICES RENDUS À 41.5 % DES HONORAIRES, inscrire dans la section « ACTES » du formulaire « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :

- le modificateur **125** ou un de ses multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à **41.5 %** du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu)

Les multiples du modificateur 125 sont :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 - 125	266	0,2075
093 - 125	267	0,4150
094 - 125	268	0,4150
045 - 125	269	0,4565
045 - 094 - 125	305	0,4565

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 : Pour les services rendus durant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case CS. Tous les services doivent être facturés dans la section « ACTES », y compris les examens et consultations. Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %), en tenant compte de toute autre disposition de l'Entente générale, s'il y a lieu.

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 : Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures et que le médecin a opté pour le forfait, suivre l'AVIS concernant le code 9777 (voir paragraphe 2.01, 2^e alinéa), avec les modifications suivantes :

- inscrire les honoraires au prorata des heures effectuées; ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS;
- inscrire, de façon distincte, les heures effectuées pour le service sur place ou le service en disponibilité (**heure de début et de fin de chacun**) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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'établissement en dehors de la période de 8h00 à 16h00.

AVIS : Voir dispositions de l'Entente générale et instructions de facturation sous l'article 5.00 de l'entente particulière visée. Inscrire sur une demande de paiement no 1200, les honoraires, dans la section ACTES, le code d'établissement 0XXX7(service d'urgence), et l'heure de dispensation du service en dehors de la période de 8h00 à 16h00 dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

2.09 Le médecin qui réside à moins de quarante (40) kilomètres de l'établissement 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 ni se prévaloir du supplément de responsabilité.

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 de 500 \$ auquel s'ajoute 41,5 % du tarif de tous services médicaux qu'il dispense.

AVIS : Facturation du forfait : Inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte **19044** dans la case CODE de la section «ACTES»;
- le code d'établissement approprié sauf le 0XXX1, 0XXX7 et 0XXX4;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS.

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

POUR LA FACTURATION DES SERVICES RENDUS À **41,5 % DES HONORAIRES**, inscrire dans la section « ACTES » du formulaire « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 :

- le modificateur **171** ou un de ses multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à **41,5 %** du tarif de base du service rendu (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu)

Les multiples du modificateur **171** sont :

	Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
#	050 - 171	222	0,2075
#	093 - 171	223	0,4150
#	094 - 171	215	0,4150
#	045 - 171	216	0,4565
#	045 - 094 - 171	308	0,4565

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

- selon les modalités de l'entente particulière relative à l'anesthésie si l'établissement auprès duquel il est dépêché est adhérent à cette entente ;

AVIS : Utiliser le code d'activité **009030** pour les services cliniques en vous référant au régime prévalant dans l'établissement.

- 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, 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. Le médecin manifeste son choix au début de sa période de dépannage.

AVIS : Utiliser le code d'activité **009018** pour le forfait quotidien en anesthésie.

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 un établissement 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;

AVIS : *Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %) et facturés dans la section « ACTES » du formulaire n° 1200 en tenant compte de toute autre disposition de l'entente générale, s'il y a lieu.*

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 ci-dessus, le médecin qui assure une prestation de services en anesthésie 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'établissement en dehors de la période de 8 h 00 à 16 h 00.

AVIS : *Voir dispositions de l'Entente générale et instructions de facturation sous l'article 5.00 de l'entente particulière visée. Inscrire sur la demande de paiement n° 1200, les honoraires dans la section ACTES et le code d'établissement 0XXX7(service d'urgence), ainsi que l'heure de dispensation du service en dehors de la période de 8 h 00 à 16 h 00 dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES .*

4.00 Dispositions générales

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;

AVIS : *Les honoraires de ces services doivent être calculés selon le tarif de base (100 %) et facturés dans la section « ACTES » de la demande de paiement n° 1200 en tenant compte de toute autre disposition de l'Entente générale, s'il y a lieu.*

4.02 Un médecin ne peut se prévaloir concurremment, pour une même journée de 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.

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 établissements désignés 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 1^{er} 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 qui participe aux activités médicales particulières (AMP) en vertu de l'entente particulière en ces matières conclue le 1^{er} septembre 2003.

1.00 Conditions d'admissibilité du médecin

1.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente annexe tout médecin qui est adhérent ou réputé adhérent à l'entente particulière relative aux activités médicales particulières;

Il 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 N'est pas admissible à ce programme le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues à l'annexe XII de l'Entente ainsi que le médecin rémunéré à honoraires fixes pour plus qu'un demi-temps selon l'annexe VI de l'Entente.

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 continue doivent répondre aux critères d'obtention de crédits de catégorie 1 tels que déterminés par un organisme agréé par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et apparaissant en annexe I de la présente ou, répondre aux critères d'obtention d'un MainPro 1 en vertu d'une entente de réciprocité avec le Collège québécois des médecins de famille;

Sur cette même base, sont également admissibles les cours de formation continue organisés par une association affiliée à la Fédération en autant qu'ils aient été validés au préalable par le directeur de la Formation professionnelle de la Fédération.

2.02 Une session de formation continue dispensée à l'extérieur du Québec est admissible une fois par année. 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 prévu à l'Entente;

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.

3.00 Modalités d'application

3.01 La journée de formation visée par les dispositions de la présente annexe comporte un minimum de six (6) heures de formation divisibles en demi-journées comportant un minimum de trois (3) heures de formation;

3.02 Le médecin a droit à sept (7) journées 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 1^{er} janvier de chaque année. 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, 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 professionnel doit informer la Régie de la période du congé par une lettre auxquelles sont jointes les pièces justificatives appropriées à l'adresse suivante :*
Service de l'admissibilité et de la révision
C.P. 15000
Sillery Qc G1K 9H9

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.

3.05 Ces journées de formation doivent être prises un jour ouvrable, les samedi, dimanche et journée fériée étant exclus.

4.00 Allocation forfaitaire

4.01 Le médecin qui bénéficie de journées de formation continue conformément à la présente annexe reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 300 \$ ou, lorsqu'elles sont prises en demi-journées, de 150 \$.

AVIS : *Remplir le formulaire n° 3814 « Demande de remboursement - Programme de formation continue », en inscrivant les renseignements pertinents et le transmettre à l'adresse précisée dans le formulaire. Joindre l'attestation signée. (Voir art. 6.02).*

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, 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;

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;

ANNEXE I **CRÉDIBILITE DES ORGANISMES (2.01 et 2.02)**

Les organismes agréés par le Collège des médecins du Québec aux fins de la formation médicale continue sont :

- Les facultés de médecine du Québec;
- La Fédération des médecins spécialistes du Québec;
- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;
- L'Association des médecins de langue française du Canada;
- Collège québécois des médecins de famille.

N.B. : Les facultés de médecine d'Ottawa, de Dalhousie et de Memorial sont les organismes répondant aux critères d'admissibilité prévus au paragraphe 2.01.

NO	LETTRÉ CONCERNANT :	Page
93	Financement des coûts relativement au dépannage et au retour de médecins retraités	54
94	Retour en pratique du médecin adhérent au prog. fin de carrière/ départ assisté	55
95	Rémunération majorée (Samedi, dimanche et jour férié) « Prolongation de l'art. 3 de la L.E. n° 77 » .	57
96	Interruption volontaire de grossesse - Clinique médicale Féminine « Voir aussi L.E. n° 85 »	57
97	Régimes d'assurance prévus à l'annexe VI de l'Entente	58
98	Financement des coûts reliés à la tenue d'un projet pilote - CHR de Sept-Îles	59
99	Rémunération des chefs de département (DRMG) + départ. clinique médecine gén. (DCMG) . .	59
101	Financement des coûts/ émission de permis restrictifs	60
102	Accord-cadre : Dispositions de l'Entente générale/ 01-04-98 au 31-03-02 et rémunération différente	60
103	Prolongation de la L.E. n° 77	61
104	MSSS-FMOQ/ Accessibilité aux services médicaux à la population de Malartic	61
105	Dépannage - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James	62
106	Actualisation des tarifs au 1 ^{er} avril 2001/ Accord-cadre/ période du 1 ^{er} avril 1998 au 31 mars 2002 .	63
107	Rémunération des services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée	64
108	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux/ région socio-sanitaire de Chaudière-Appalaches	65
110	Services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale (ÉVAQ)	67
111	Rémunération majorée/ services dispensés de 0h00 à 8 h 00, du lundi au vendredi, excepté jours fériés dans certains services d'urgence	69
114	Création d'un comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale	70
115	Actualisation au 1 ^{er} avril 2001/ Accord-cadre/ période du 1998-04-01 au 2002-03-31	72
116	Expérimentation/ modalités de rémunération/ Centre médical Acton ou CLSC La Chênaie	73
118	Phase transitoire/ groupe de médecine de famille (GMF)	76
120	Prise en charge du service d'urgence du CH Jonquière.	77
121	Prise en charge du service d'urgence du Centre Maria-Chapdelaine	80
122	Prise en charge du service d'urgence du CH Val-d'Or	83
123	Prise en charge du service d'urgence du CH régional Baie-Comeau	86
124	Médecins résidents aux services d'urgence du CH du Centre-de-la-Mauricie et du CH Jonquière .	89
125	Temps de déplacement/ établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio- sanitaire de Québec	90
126	Temps de déplacement/ établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio- sanitaire du Saguenay - Lac Saint-Jean	92

NO	LETTRÉ CONCERNANT :	Page
127	Temps de déplacement/ établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio-sanitaire de La Mauricie et Centre du Québec	94
128	Prise en charge du service d'urgence du CH régional de Sept-Iles	96
129	Prise en charge du service d'urgence du CH du Centre- de- la -Mauricie	99
130	Expérimentation/ Entente de parrainage/ services d'urgences de deux ou plusieurs établissements	102
131	Programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux.	105
132	Expérimentation de certaines modalités de rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intra-régionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'un établissement désigné	107
# 133	Rémunération / service d'urgence durant certaines périodes de l'année (Du 15-06-2003 au 06-09-2003)	111
134	Application découlant du protocole d'accord / prolongation conventionnelle de l'Entente générale se terminant le 31 mars 2002	113
135	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables / Entente particulière GMF	114
136	Modification protocole d'accord / Prolongation conventionnelle de l'Entente se terminant le 31 mars 2002	116
137	Adoption des mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins	118
138	Redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens	119
139	Gestion de fin de carrière des médecins omnipraticiens	120
140	Conditions d'exercice des médecins omnipraticiens	121
141	Prise en charge du service d'urgence de l'hôpital de Notre-Dame-de-Fatima	122
142	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier de Chandler	125
143	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région socio-sanitaire de l'Estrie	128
145	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemin	130
146	Rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession	133
147	Modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement / Région socio-sanitaire de Lanaudière	134
148	Modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement / Région socio-sanitaire de la Gaspésie	136
149	Modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement / Région socio-sanitaire du Bas-Saint-Laurent	138
# 150	Modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence / Centre hospitalier régional Lanaudière	140
# 151	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Rouyn-Noranda	143

NO	LETTRÉ CONCERNANT :	<i>Page</i>
# 152	Données nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions transitoires d'une version modifiée / Entente particulière AMP	146
# 153	Données nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions transitoires d'une version modifiée / Entente particulière PREM	149
# 154	Retour en pratique du médecin (programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté) .	150
# 155	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année (Du 22-12-2003 au 04-01-2004 et du 01-03-2004 au 07-03-2004)	152
# 156	Forfaits d'accessibilité / Installation de nouveaux médecins dans certaines localités de municipalités régionales de comté	155
# 157	Garde en disponibilité / Médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis	158
# 160	Temps de déplacement / Région socio-sanitaire des Laurentides	159
# 161	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année (Du 19-06-2004 au 10-09-2004)	161
# 162	Forfait rétroactif / Services en anesthésie	164
# 163	Prise en charge du service d'urgence du Centre de Mont-Laurier	165

NO	LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES ou REMPLACÉES (textes retirés de la présente brochure)	Page
10	Mécanisme de dépannage (Remplacée par Ent. particulière du Grand-Nord)	
12	Coûts reliés aux soins gériatriques visés à l'entente particulière (Abrogée par Amend. 50)	
13	Rémunération du médecin, C.L.S.C. de la Pointe (Remplacée par la Lettre n° 30)	
14	Coûts découlant de l'actualisation de janvier 1991 (Abrogée par Amend. 50)	
15	Coûts reliés à la dispensation de services dans un C.H.S.L.D. (Abrogée par Amend. 50)	
16	Coûts supplémentaires Ent. part./ garde au service d'urgence du C.H. Trois-Pistoles et adhésion de l'hôp. Bellechasse à l'Ent. part./ soins intensifs ou coronariens (Abrogée par Amend. 50)	
17	Coûts suppl., rémunération à l'acte, garde/ Hôpital St-Julien (Abrogée par Amend. 50)	
18	Coûts suppl./ententes relatives au réseau de garde intégrée (Remplacée par la Lettre n° 27)	
19	Coûts découlant de l'application de l'Amendement n° 42 (Abrogée par Amend. 50)	
21	Programme de maintien à domicile de certains C.L.S.C. (Abrogée par Amend. 53)	
25	Services médicaux/Maison Jean Lapointe Inc. (Remplacée par la Lettre n° 38)	
26	E.P. garde sur place, régions univ./ urg.1 ^{re} ligne / C.H.S.C.D. (Remplacée par la Lettre n° 55)	
27	Coûts supplémentaires/ ententes relatives au réseau de garde intégré (Abrogée par Amend. 50)	
28	Avortement et examen.... (Remplacée par la Lettre n° 56)	
29	Mise en oeuvre de la Lettre d'entente n° 21 (Abrogée par Amend. 53)	
31	Informatisation des dossiers médicaux/ CH Anna-Laberge (Remplacée par la Lettre n° 49)	
32	Coûts suppl./ modif. au décret/ rémun. diff. et économies/ A.M.P. (Abrogée par Amend.50)	
33	Accord-cadre, sous-parag. 2.2/ Loi sur les Services de santé et des services sociaux, art. 360 à 366/ A.M.P. et révision rémunération différentielle/ répartition géographique et autres questions (Abrogée par Amend. 85)	
34	Coûts suppl./ adhésion des C.H. de Verdun et de Sherbrooke (Abrogée par Amend. 50)	
36	Questions diverses : Ent. part./ A.M.P., champ de la santé publique et nomination spécifique en C.H. (Abrogée par Amend. 85)	
37	A.M.P./ la prise en compte de certaines activités exercées par un médecin (Abrogée par Amend. 85)	
39	Garde au C.L.S.C. l'Estran (Remplacée par la Lettre d'entente n° 87)	
41	Application de l'article 20.00A de l'Entente (Remplacée par la Lettre n° 43)	
46	Dispositions de l'Annexe IX de l'Entente (Terminée le 30 novembre 1995)	
51	Dr Danielle Mercier/ Hôpital de l'Ungava (Abrogée par Amend. 59)	
70	Règles d'émancipation relatives à l'application de l'entente relative aux A.M.P. (Abrogée par Amend. 85)	
78	Mesure d'exemption partielle du plafond semestriel (Terminée le 28 févr. 99, Amend. 67)	

6.00 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 Bas-Saint-Laurent et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. 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) km de l'établissement désigné. 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 no 94.

Dans tous les cas, le médecin ne doit pas diminuer sa prestation de services dans le centre exploité par l'établissement où il exerce habituellement ni pratiquer dans un centre exploité par un établissement qui a recours au mécanisme du dépannage au cours de la période concernée.

7.00 Modalités de rémunération

La compensation du temps de déplacement du domicile ou du lieu de pratique principal, selon le cas, à l'établissement désigné se fait sur la base du tarif horaire selon les dispositions de l'Annexe XIV de l'entente générale. Le remboursement des frais de déplacement et de séjour, s'il y a lieu, est à la charge de l'établissement ou de la région régionale.

AVIS : Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en inscrivant les informations 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);
- sous secteur de 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 chef du DRMG ou son représentant.

Si vous pratiquez dans le cadre du dépannage, veuillez suivre les instructions régulières du dépannage pour demander le remboursement de vos frais de déplacement.

La compensation versée en vertu des présentes n'est pas considérée aux fins d'application des Annexes IX et XIV de l'entente générale.

8.00 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.

9.00 Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^e jour de novembre 2003.

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 150

Concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intra-régionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès du Centre hospitalier régional de Lanaudière.

LES PARTIES CONVIENNENT DE 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 hospitalier régional de Lanaudière 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 1^{er} 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** La régie régionale, par la voie de son département de médecine générale, en collaboration avec l'établissement concerné, forme un groupe de médecins qui s'engagent à assurer la présence d'au moins un médecin lors de chaque quart de garde au service d'urgence;

3.02 Peut faire partie du groupe de médecins prévu au paragraphe précédent;

a) Tout médecin de l'établissement;

b) Tout médecin exerçant dans la région de l'établissement et détenant une nomination dans un établissement 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'établissement et détenant une nomination d'un établissement 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 6.00 des présentes;

+ **3.03** Sous réserve du paragraphe 3.04, tout médecin ou équipe de médecins provenant d'un même établissement qui répond à un des critères énumérés au paragraphe 3.02 et qui s'engage à assurer un minimum de trois (3) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures de services cliniques au service d'urgence durant la période d'engagement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente sans faire partie du groupe de médecins visé au paragraphe 4.00 des présentes;

+ **3.04** Ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'un établissement autre que celui désigné aux fins des présentes si cet établissement doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.00 Engagement

+ **4.01** Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement, prend l'engagement d'assurer la couverture, par au moins un médecin, de chaque quart de garde au service d'urgence de l'établissement pendant une période d'au moins trois (3) mois. Par la suite, cet engagement est renouvelable sur autorisation du comité paritaire;

+ **4.02** Chaque médecin faisant partie de l'équipe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef de l'équipe désigné selon l'article 8.00 des présentes;

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 3.02b) 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 3.02b) se fait selon les modalités de la lettre d'entente n° 147 du 1^{er} juin 2003.

6.00 Médecin hors région

6.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) 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 à effectuer au moins trois (3) 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;

6.03 Cet engagement peut être assumé par le médecin ou par le groupe de médecins provenant du même établissement.

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;

AVIS : *Pour les professionnels rémunérés à l'acte : Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et facturer vos services en **ajoutant le 5 %** à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

*Pour les professionnels rémunérés **selon le mode des honoraires fixes et du tarif horaire (TH)**. Veuillez utiliser les codes d'activités et les secteurs de dispensation appropriés :*

Codes d'activités :

- 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 (**TH** seulement);
- 075098 : services de santé durant le délai de carence;
- 009104 : dépannage lors de la prise en charge de l'urgence par un groupe de médecins (**TH** seulement).

Codes de secteurs de dispensation :

- 12 : Samedi, dimanche et journée fériée;
- 12 : En semaine de 20h00 à 8h00;
- 07 : En semaine de 8h00 à 20h00.

- + **7.02** Si l'engagement du groupe de médecins, pour un mois donné, est respecté et qu'en conséquence l'établissement n'a pas eu à faire appel, dans le cadre du dépannage, à d'autres médecins que ceux du groupe de médecins pour assurer la couverture par au moins un médecin d'un quart de garde donné et qu'il n'y a pas eu de rupture de services, un forfait de 50 \$ par quart de garde de huit (8) heures est versé au médecin qui a assumé ce quart de garde. Ce forfait est divisible en heure;

AVIS : *Bien vouloir inscrire les données suivantes sur votre demande de paiement n° 1200 :*

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'ASSURANCE MALADIE;
- la date et le code **19022**;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre d'heures de garde dans la case **UNITÉS**;
- les honoraires au prorata du temps de garde effectué (soumis à la rémunération majorée);
- l'heure du début et de fin de la période de garde ainsi que la durée totale dans la case **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.

- + **7.03** Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins faisant partie du groupe de médecins n'est pas respecté et que l'établissement doit faire appel, dans le cadre du dépannage, à d'autres médecins que ceux visés à la présente lettre d'entente pour assurer la couverture par au moins un médecin d'un quart de garde donné ou qu'il y a 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.
- + Cette présente disposition s'applique également au médecin ou équipe de médecins visé au paragraphe 3.03 des présentes malgré le respect de leur engagement minimal;
- + **7.04** Si l'engagement minimal du médecin ou équipe de médecins visé au deuxième alinéa du paragraphe ci-dessus n'est pas respecté, la majoration et le forfait prévus aux paragraphes 7.01 et 7.02 ne sont pas versés au médecin ou équipe de médecins pour la durée de la période d'engagement.

8.00 Modalités de fonctionnement

- + **8.01** La régie régionale concernée, par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG), 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 3.02 de la présente lettre d'entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois (3) mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;
 - + b) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui ne font pas partie du groupe de médecins visé aux présentes mais qui se prévalent de la présente lettre d'entente conformément au paragraphe 3.03, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 3.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois (3) mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;
 - + c) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins faisant partie du groupe de médecins ainsi que de son renouvellement;
 - + d) désigne le chef du service d'urgence de l'établissement comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.
- + **8.02** L'établissement informe la régie régionale qui à son tour informe le comité paritaire de :
 - + a) 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 des médecins visés aux présentes pour assurer la couverture par au moins un médecin;
 - + b) de tout non-respect de l'engagement minimal par un médecin ou équipe de médecins provenant d'un même établissement qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes mais qui se prévaut de la présente lettre d'entente;

8.03 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 transmet à la Régie le nom des médecins ne faisant pas partie du groupe de médecins qui peuvent se prévaloir de la présente lettre d'entente;
- + c) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 7.03 et 7.04 des présentes;
- + d) 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 1^{er} juin 2003 et le demeure jusqu'au 31 juillet 2004.
- + EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e 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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

5.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés au service d'urgence de l'établissement majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de l'établissement, pourcentage découlant de l'application de l'article 4.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 5 % applicable dès le début de sa pratique au service d'urgence de l'établissement.

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;
- b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :
 - Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
 - Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;
- c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;
- d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

- a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;
- b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;
- c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

6.03 La Régie est responsable de l'application du paragraphe 4.02.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juillet 2003 et se termine le 1^{er} septembre 2004.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e 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 152

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 version modifiée de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières.

CONSIDÉRANT les modifications législatives apportées au régime d'activités médicales particulières telles qu'édictees selon les dispositions de la Loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins sanctionnée le 18 décembre 2002 (la Loi);

CONSIDÉRANT les dispositions du Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002 (le Protocole) quant aux activités médicales particulières.

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 version modifiée de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières, les parties conviennent de demander à la Régie de produire et de transmettre aux médecins les données requises à une éventuelle application des dispositions transitoires qui y seront contenues;

2.00 Les données requises référeront à l'engagement qui sera requis du médecin relativement à sa participation individuelle aux activités médicales particulières prévues au Protocole et de façon plus spécifique aux activités suivantes:

2.01 de façon prioritaire, la prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés exploités par un établissement ou de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé;

2.02 la dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;

2.03 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;

2.04 la dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique;

3.00 Les données requises seront modulées individuellement en fonction des exigences de base stipulées à l'article 10.01 du Protocole et en fonction, au surplus, d'une méthode de calcul des années de pratique apparaissant à l'annexe I des présentes.

4.00 Au bénéfice de la Régie dans la production des données requises, le médecin adhérerait à la version modifiée de l'entente particulière à partir de la date de sa mise en vigueur selon des formalités rencontrant l'une des situations suivantes et s'appliquant à son cas:

4.01 le médecin qui débute sa pratique pendant l'année 2003 ou celui de moins de vingt ans de pratique qui, au cours de la période allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, n'a pas répondu aux exigences de base établies à l'article 10.01 du Protocole dans les secteurs d'activités apparaissant aux paragraphes 2.01 à 2.04 de l'article 2 des présentes devra entreprendre des procédures d'adhésion au cours des trois premiers mois d'application de la version modifiée de l'entente particulier ;

4.02 Les dispositions prévues au paragraphe précédent s'appliquent également au médecin adhérent au 31 août 2003 à l'entente particulière relative aux activités médicales particulières conclue en fonction des dispositions législatives antérieures à la Loi et qui, au cours de la période allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, n'a pas répondu aux exigences de base établies à l'article 10.01 du Protocole dans les secteurs d'activités apparaissant aux paragraphes 2.01 à 2.04 de l'article 2 des présentes;

4.03 Le médecin de moins de vingt ans de pratique qui a répondu au cours de la période allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, aux exigences de base établies à l'article 10.01 du Protocole dans les secteurs apparaissant aux paragraphes 2.01 à 2.04 de l'article 2 des présentes sera réputé adhérer à la version modifiée de l'entente particulière. Il ne sera pas tenu d'entreprendre des procédures d'adhésion avant que ne se soit écoulée une période de six mois suivant la date de mise en vigueur de la version modifiée de l'entente particulier ;

4.04 Le médecin adhérent au 31 août 2003 à l'entente particulière relative aux activités médicales particulières conclue en fonction des dispositions législatives antérieures à la Loi et répondant aux exigences de base établies à l'article 10.01 du Protocole dans les secteurs apparaissant aux paragraphes 2.01 à 2.04 de l'article 2 des présentes pour la totalité de son adhésion sera réputé adhérer à la version modifiée de l'entente particulière. Il ne sera pas tenu d'entreprendre des procédures d'adhésion avant que ne se soit écoulée une période de douze mois suivant la date de mise en vigueur de la version modifiée de l'entente particulière. Il en sera de même pour le médecin, ayant moins de quinze ans de pratique qui a réalisé, selon sa rémunération au tarif de base, au cours de la période allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, plus de 50 % de sa pratique, 25 % s'il compte quinze ans ou plus mais moins de vingt ans de pratique, dans les secteurs apparaissant aux paragraphes 2.01 à 2.04 de l'article 2 des présentes;

4.05 Les dispositions du sous-paragraphe 4.04 s'appliquent également au médecin de vingt ans ou plus de pratique, et ce, quel que soit son profil de pratique.

5.00 La Régie informera à partir du 1^{er} octobre 2003 chaque médecin de son profil de pratique en fonction des paramètres stipulés aux présentes, et ce, de manière à ce que ce dernier puisse savoir:

5.01 la répartition de sa rémunération selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe II des présentes selon les secteurs d'activités suivants : service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, de soins dispensés à un patient hospitalisé en soins de courte durée, à un patient hébergé dans un CHSLD ou dans un centre de réadaptation;

5.02 le nombre d'années de pratique qu'il a accumulé ;

5.03 les dates du trimestre pendant lequel il devra entreprendre les procédures d'adhésion, mais ce, une fois connue les termes de la version modifiée de l'entente particulière.

En outre, la Régie informe également les médecins qu'elle transmettra les mêmes renseignements au DRMG de la Régie régionale concernée, sauf dans les cas où le médecin avise la Régie qu'il communiquera lui-même ces renseignements au DRMG.

6.00 Entrée en vigueur

6.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 2 septembre 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e 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

ANNEXE I

CALCUL DES ANNÉES DE PRATIQUE

Le calcul des années de pratique se fera selon les modalités suivantes :

Lorsqu'une année, ou partie de celle-ci, est antérieure à la date d'entrée en vigueur de la version modifiée de l'entente particulière, cette année, ou partie de celle-ci, est au bénéfice du médecin, comptabilisée depuis la date d'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec.

Le médecin qui, dans le cadre de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières conclue en fonction des dispositions législatives antérieures à la Loi, s'est prévalu des règles d'émancipation prévues à cette entente se verra comptabiliser la période reconnue par la Régie.

ANNEXE II**RÈGLES DE CONVERSION** (*Lettre d'entente n° 152*)

Afin de transmettre des données sur le profil des médecins sur une base uniformisée, quels que soient les différents modes de rémunération du médecin, la Régie se base sur les règles de conversion suivantes :

- Garde sur place : (CH et CLSC du réseau de garde intégré) temps réel à partir des modes de rémunération à tarif horaire, honoraires fixes ou forfaitaires ou, si rémunération à l'acte (exception faite des actes associés à un forfait), selon un tarif horaire établi à 90,90 \$;
 - Garde en disponibilité : selon le nombre de forfaits de garde versé, chaque forfait équivalent à une (1) heure;
 - Obstétrique : nomination avec privilèges en obstétrique équivaut à douze (12) heures par semaine;
 - Malade admis : trente (30) minutes par examen pour les services non rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;
 - Anesthésie : temps réel ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire de 90,90 \$;
 - CHSLD et CR : selon le nombre d'heures ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire de 90,90 \$.
-

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 de régie régionale 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 de régie régionale se fait sur la base d'une période allant du 1^{er} 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 1^{er} 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 régies régionales.

7.00 À moins d'avis contraire, la Régie transmet à partir du 1^{er} octobre 2003 au DRMG de chaque régie régionale 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 18^e 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'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 la régie régionale.

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 No 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 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.

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 18^e 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 155

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 d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : Période de Noël et du Nouvel An s'échelonnant du 22 décembre 2003 au 4 janvier 2004, inclusivement; période de « relâche scolaire » s'échelonnant du 1^{er} au 7 mars 2004 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} 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'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intra-régionale convenue entre les parties;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux 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 de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, qu'en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis;

3.02 Un établissement peut se prévaloir une seule fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de trois (3) quarts de garde pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisé par le comité paritaire.

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 :

- Le médecin doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant les périodes visées par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements 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;

- Le médecin doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement:
 - a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;
 - b) à assumer, selon les besoins, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'un ou plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;
 - c) d'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 ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements qu'à condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités prévus à l'article 30.00 de l'entente générale et le tout conformément, aux lettres d'ententes régissant le ou les établissement(s) demandeur(s);

5.02 Un forfait au montant de 2 500 \$ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 500 \$ par semaine de disponibilité 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 : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin (n° 1200) » de la façon suivante :

- Dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, inscrire XXXX01010112;
- Dans la case ACTES, inscrire le code 19041 (montant de 2 500 \$) ou le code 19042 (montant de 3 500 \$), soumis à la rémunération différente;
- La date de service correspondant au dernier jour de dispensation de la semaine de disponibilité;
- Le code de localité de son lieu de pratique principal.

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

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 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 1^{er} novembre 2003, 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 moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 1 750 \$ pour chaque semaine d'engagement.

8.00 Modalités de fonctionnement**8.01** Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 15 décembre, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe 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 le nom des médecins sélectionnés et leur semaine(s) de disponibilité attribué(es);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec la régie concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde;
- 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 novembre 2003 et se termine le 9 mars 2004.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e 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 156

Concernant l'attribution et les modalités relatives au versement de forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de nouveaux médecins dans certaines localités de municipalités régionales de comté.

Article 1 - Objet

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 certaines localités de municipalités régionales de comté (MRC)

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 Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, un projet présenté par une régie régionale doit, pour être admissible, répondre aux conditions ci-après énoncées:

- a) Il vise l'installation d'un ou plusieurs médecins dans une MRC, ou une partie de celle-ci, faisant partie du territoire de cette régie régionale;
- b) La MRC visée, ou partie de celle-ci, subit sur son territoire une grave pénurie d'effectifs médicaux oeuvrant en première ou deuxième ligne;
- c) La MRC visée, ou partie de celle-ci, peut en outre présenter les caractéristiques d'un milieu rural, notamment si elle compte moins de 15 000 habitants ou, encore, si elle ne comporte aucune localité de plus de 5 000 habitants;
- d) Le plan régional d'effectifs médicaux autorise la régie régionale à y installer sur le territoire qu'elle dessert le ou les nouveaux médecins visés par son nouveau projet;
- e) Des activités médicales particulières sont disponibles sur le territoire de la régie régionale pour le candidat médecin désirant s'y installer;
- f) Le projet doit être soumis au comité paritaire au plus tard le 30 janvier 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 la MRC pour laquelle il soumet sa candidature en vue d'obtenir un forfait d'accessibilité;
- b) Il doit obtenir de la régie régionale de la MRC 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) 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 reporté 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) Il s'engage à pratiquer de façon régulière et significative pour une période continue de vingt-quatre (24) mois dans la MRC ou dans la partie de la MRC visée par le projet;
- f) Il s'engage à exécuter les activités médicales particulières auxquelles il est assujéti dans le territoire de la régie régionale qui lui alloue un forfait d'accessibilité;
- g) Il autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à transmettre au comité paritaire les données pertinentes concernant sa rémunération;

- h) 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 la MRC ou partie d'une MRC tel qu'apparaissant au projet favorisant l'installation de médecins.

Article 5 – Pratique régulière

5.1 Un médecin est considéré pratiquer de façon régulière et significative dans une MRC ou une partie de celle-ci visée par les présentes 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. Le calcul se fait sur la base de douze (12) mois à compter de la date effective de son installation dans une MRC ou partie de celle-ci visée 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 d'une lettre d'entente relative à une desserte intra régionale.

Article 6 – Modalités spécifiques du versement du forfait d'accessibilité

6.1 Aux fins des présentes, le médecin qui s'installe dans une MRC ou une partie de celle-ci visée par la présente lettre d'entente a droit au versement d'un forfait d'accessibilité au montant de 20 000 \$.

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 paiement par la Régie et ce, dans les trois (3) mois suivant la date du début de la pratique régulière du nouveau médecin dans le cadre de son engagement.

Au cours de sa pratique, un médecin ne peut bénéficier qu'à une seule reprise du forfait d'accessibilité prévu par la présente lettre d'entente.

Article 7 – Non respect de l'engagement

7.1 Sauf circonstances exceptionnelles soumises pour approbation du comité paritaire, le médecin qui ne respecte pas l'engagement qu'il a souscrit aux termes des présentes 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 qui précède.

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 20 000 \$ chacun sont alloués annuellement au cours d'une période comprise entre le 1^{er} avril et le 31 mars de chaque année.

8.2 Tout forfait non versé au cours d'une année est reporté l'année suivante.

8.3 Tout forfait remboursé au sens du paragraphe 7.1 est alloué de nouveau l'année suivante.

Article 9 – Modalités de fonctionnement

9.1 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- a) En prévision de l'attribution annuelle des vingt (20) forfaits d'accessibilité, il invite les régies régionales à lui présenter des projets favorisant l'installation de médecins;
- b) Dans les trente (30) jours suivant la réception d'un projet, il informe par écrit la régie régionale de sa décision quant à l'admissibilité ou à la non-admissibilité du projet présenté;
- c) Dans les trente (30) jours suivant la date de présentation de la candidature d'un médecin par une régie régionale, il informe cette dernière de sa décision quant à l'admissibilité du médecin au projet;
- d) Il reçoit l'engagement écrit du médecin;
- e) Il transmet à la Régie les informations pertinentes à l'application des dispositions de la présente entente;
- f) Il informe la Régie de la date effective du début de pratique du médecin dans la MRC ou la partie de celle-ci concernée;
- g) Il décide de l'application des dispositions de l'article 7 et il transmet à la Régie l'information pertinente;
- h) 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 régies régionales à lui présenter de nouveaux projets.

Article 10 – Fonctions de la régie régionale

10.1 La régie régionale remplit les fonctions suivantes :

- a) Elle présente son projet favorisant l'installation de médecins au comité paritaire au plus tard le 30 janvier de chaque année;
- b) Au plus tard le 1er juin, elle présente au comité paritaire les candidatures des médecins visés par son projet;
- c) Elle avise par écrit le médecin de son admissibilité ou non au projet préalablement approuvé par le comité paritaire;
- d) Elle fait signer au médecin l'engagement prévu par l'article 4 des présentes et en transmet un exemplaire au comité paritaire.

Article 11 – Disposition transitoire

11.1 Pour la période comprise entre le 1^{er} octobre 2003 et le 31 mars 2004, dix (10) forfaits d'accessibilité d'un montant de 20 000 \$ sont alloués.

Aux fins de l'attribution des dix forfaits d'accessibilité, les régies régionales doivent soumettre au comité paritaire leur projet favorisant l'installation de médecins au plus tard le 1^{er} décembre 2003.

Article 12 – Entrée en vigueur et durée

12.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} octobre 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e 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 157**Concernant les modalités de rémunération de la garde en disponibilité assurée dans le cadre du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT**

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 qu'à compter du samedi à 0 h 00 au dimanche suivant à 24 h 00 et les jours fériés de 0 h 00 à 24 h 00;

2. Elle est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait de cinquante-et-un dollars et quatre-vingt-dix-cents (51,90 \$) 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 : Utiliser une demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- la date et le code 19043;
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'établissement; ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- les honoraires au prorata du temps de garde effectué;
- l'heure du début et de fin de la période de garde ainsi que la durée totale dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES; la lettre « E » dans la case C.S.

Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, inscrire un « E » dans la case C.S. Ces services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes.

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;

4. La présente lettre d'entente 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 18^e 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

+

LETTRÉ D'ENTENTE NO 160

Concernant des modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement dans le cadre de la desserte d'un établissement désigné par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région socio-sanitaire des Laurentides.

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 un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

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. Établissement visé

La régie régionale par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement 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 agréé cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service (formulaire n° 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la période couverte par cet avis de service. Sous la section « Situation d'entente », cochez la case LETTRE D'ENTENTE et inscrire Lettre d'entente n° 160.*

Sur demande de la régie régionale, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné 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 la régie régionale 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 des Laurentides et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. 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'établissement désigné. 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° 94.

Dans tous les cas, le médecin ne doit pas diminuer sa prestation de services dans le centre exploité par l'établissement où il exerce habituellement ni pratiquer dans un centre exploité 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'établissement désigné se fait sur la base du tarif horaire selon les dispositions de l'Annexe XIV de l'entente générale. Le remboursement des frais de déplacement et de séjour, s'il y a lieu, est à la charge de l'établissement ou de la régie régionale.

AVIS : *Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en inscrivant les informations 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);
- sous secteur de 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 chef du DRMG ou son représentant.

Si vous pratiquez dans le cadre du dépannage, veuillez suivre les instructions régulières du dépannage pour demander le remboursement de vos frais de déplacement.

La compensation versée en vertu des présentes n'est pas considérée aux fins d'application des Annexes IX et XIV de l'entente générale.

8. 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.

9. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 23 janvier 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____ e jour de _____ 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 161

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 d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 19 juin au 10 septembre 2004 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} 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'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intra-régionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux 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 de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis;

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

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 doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) 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'établissement ou les établissements 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 doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
 - a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;
 - b) 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 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;
 - c) 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 ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, qu'à la condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités prévues à l'article 30.00 de l'entente générale et le tout conformément aux lettres d'ententes régissant le ou les établissement(s) demandeur(s);

5.02 Un forfait au montant de 2 500 \$ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 500 \$ par semaine de disponibilité 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 : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin n° 1200 » et inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code **19041** (montant de 2 500 \$) ou le code **19042** (montant de 3 500 \$) dans la case ACTES (montants soumis à la rémunération majorée);
- reporter le montant dans la case TOTAL;
- la date de service correspondant au dernier jour (le vendredi ou le dimanche selon le cas) de dispensation de la semaine de disponibilité;
- le code de localité de votre lieu de pratique principal.

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

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 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 31 mai, 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, après le 21 mai 2004, 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 1 750 \$ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement**8.01** Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 1er juin 2004, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe 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 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'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, 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 1^{er} avril 2004 et se termine le 11 septembre 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 162

Concernant le versement d'un forfait rétroactif relativement à la prestation de services en anesthésie et découlant du Protocole d'accord amendé ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sur la base de la rémunération versée pour la dispensation de services d'anesthésie entre 7 H00 et 19 H00 du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés, au cours de l'année s'échelonnant du 1er octobre 2002 au 30 septembre 2003, rémunération réduite de toute augmentation de tarif ou de nombre d'unités par intervention suite au 1er janvier 2003, répartir le montant forfaitaire prévu à l'article suivant entre les médecins ayant reçu, sans égard à leur mode de rémunération, une rémunération de plus de 40 000 \$ pour les services anesthésiques visés pour la période susmentionnée.

2. Verser, sous forme d'un forfait compensatoire, un montant équivalent de 417 500 \$ (334 000 \$ sur une base annuelle) pour la période s'échelonnant entre le 1er janvier 2003 et le 31 mars 2004.

Le taux du forfait compensatoire sera convenu par les parties et tiendra compte du mode de rémunération en cause : acte, tarif horaire ou vacation.

3. La date du versement du forfait compensatoire devra être convenue par les parties mais devra être au plus tard le 30 juin 2004.

4. Le montant forfaitaire est sujet à l'application des dispositions de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} mars 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 163

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre de Mont-Laurier (Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle), par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle pour sa partie du Centre de Mont-Laurier est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

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 devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement compte dix (10) médecins ou moins qui ont une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement:

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

1.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit pas de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;
- b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;
- c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;
- d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

2.01 Aux fins des présentes est considéré comme un départ de l'établissement la prise du congé de maternité, une période d'invalidité totale ou partielle empêchant le médecin d'exercer au service d'urgence, un décès ou une démission de l'établissement ;

2.02 Aux fins des présentes, est considéré comme médecin régulier de l'établissement celui qui a une nomination de l'établissement à la date de début de la période d'engagement ou, au plus tard, six (6) semaines après le début de la période d'engagement, et dont le départ n'est aucunement prévu au cours de cette même période. Il en est de même du médecin habilité à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente en vertu du paragraphe 1.01c) est considéré comme médecin régulier;

2.03 Est considéré comme nouveau médecin celui qui obtient sa nomination dans l'établissement au cours de la période d'engagement mais après les six (6) premières semaines suivant la date de début de la période d'engagement;

2.04 L'établissement transmet au comité paritaire le nom des médecins visés par les paragraphes 2.01, 2.02 et 2.03;

2.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin de la première période d'engagement;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application du paragraphe 4.01 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

Seuls sont considérés, dans le calcul de la rémunération de la période de référence, les médecins réguliers qui exerçaient au service d'urgence au début de la période de référence en cause.

Le comité paritaire devra s'assurer que toute augmentation de la rémunération au service d'urgence découle d'une augmentation de la charge de travail ou du nombre de quarts de travail assumés par les médecins réguliers de l'établissement;

2.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 1.01c) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés au service d'urgence.

3.00 Engagement

3.01 La majorité des médecins réguliers de l'établissement qui exercent au service d'urgence de l'établissement s'engagent collectivement à accroître, pendant la période d'engagement, la part assumée par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence;

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois;

3.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement.

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

4.01 Un forfait global équivalent à une majoration de 50 % de la rémunération versée pour le surplus de tâches assumées par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement comparativement à la prestation totale des médecins réguliers au service d'urgence pendant la période de référence est accordé à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement exerçant au service d'urgence;

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 15 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : Rémunération à l'acte :

Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200. Ajouter le 15 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.

Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activités suivants :

- XXX015 (Examens relatifs à l'hépatite C)
- XXX030 (Services cliniques)
- 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 effectuée à même les 35 premières heures d'activités) : (Tarif horaire uniquement)
- XXX098 (Services de santé durant le délai de carence)

et les codes de secteurs de dispensation suivants :

- 12 : samedi, dimanche et journée fériée
- 12 : en semaine, de 20 h à 8 h
- 07 : en semaine, de 8 h à 20 h

La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 15 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé au service d'urgence pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés au service d'urgence sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers du service d'urgence pendant la même période.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage ou dans le cadre de la desserte intra-régionale (Lettre d'entente N° 160)

5.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés au service d'urgence de l'établissement majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de l'établissement, pourcentage découlant de l'application de l'article 4.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 15 % applicable dès le début de sa pratique au service d'urgence de l'établissement;

5.02 Le médecin qui, du 16 mars au 30 avril 2004, exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou dans le cadre de la desserte intra-régionale (Lettre d'entente n° 160) voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 %.

AVIS : Rémunération à l'acte : Veuillez utiliser la demande de paiement à l'acte n° 1200. **Ajouter le 15 %** à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.

Pour les autres modes de rémunération, voir AVIS sous 4.02.

Temps de déplacement : Les médecins autorisés à se prévaloir de la LE n°160 doivent se référer à l'avis sous l'article 7 de cette dernière pour facturer leur temps de déplacement.

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;
- b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :
 - Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
 - Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;
- c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;
- d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

- a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;
- b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;
- c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;
- d) Il informe le comité paritaire du nom du médecin visé par le paragraphe 5.02.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et se termine le 30 juin 2004, sauf pour son paragraphe 5.02 qui entre en vigueur le 16 mars 2004 et se termine le 30 avril 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 443

AVIS : Les établissements visés ont été intégrés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

ACCORD NO 444

AVIS : Les établissements visés ont été intégrés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS ».

ACCORD NO 445

AVIS : L'établissement visé a été intégré à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique ».

ACCORD NO 446

AVIS : Les établissements visés ont été intégrés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Soins palliatifs en CHSGS ou dans une maison privée liée par entente ».

ACCORD NO 447

AVIS : Les établissements visés ont été intégrés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

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 1^{er} 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 : *Rémunération à honoraires fixes ou tarif horaire, veuillez utiliser :*

- le code d'activité 002040 , médecin de service
- le secteur de dispensation 14 pour obtenir la majoration de vos honoraires pour les services dispensés les samedi, dimanche et jours fériés.

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 no 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 27^e 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 509

L'Accord n° 509 est remplacé par l'Accord n° 531, depuis le 1^{er} février 2004.

ACCORD NO 510

AVIS : Retrait du Centre hospitalier - Centre d'accueil Gouin-Rosemont (Région 06). Les établissements visés ont été ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

ACCORD NO 511

AVIS : Les établissements visés ont été intégrés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés - Réseau intégré ».

ACCORD NO 512

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés ou remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde en disponibilité en CHSGS ».

ACCORD NO 513

AVIS : Retrait du « Programme de soins palliatifs à domicile » dans l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Centre hospitalier ambulatorio de la Région de Laval (CHARL) ».

ACCORD NO 514

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique ».

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 1^{er} 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 désignées, 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 1^{er} janvier 2002 pour le docteur François Dufour et le 1^{er} 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 15^e 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 516

AVIS : Retrait du « Centre Hospitalier régional Baie-Comeau : - Pavillon Boisvert (adhésion partielle) », région 09 : Côte-Nord à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSGS ».

ACCORD NO 517

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

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 SUIIT :

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 10^e jour de février 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 522

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

ACCORD NO 523

AVIS : Retrait du CLSC Saint-Louis du Parc (région 06) et de la Villa Val des Arbres (1995) (région 13). Les autres établissements visés ont été remplacés ou ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde en disponibilité auprès de certains établissements » (maintien à domicile).

ACCORD NO 524

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Unité de soins coronariens ou intensifs en CHSGS ».

ACCORD NO 525

AVIS : Les établissements visés ont été intégrés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés - Réseau intégré ».

+

ACCORD NO 526

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés ou remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde en disponibilité en CHSGS ».

+

ACCORD NO 527

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Groupe de médecine familiale (GMF) ».

ACCORD NO 528

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

+

ACCORD NO 529

AVIS : Retrait du CLSC-CHSLD d'Autray : Centre Alphonse Rondeau (adhésion partielle), région 14, Lanaudière à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie en CHSLD ».

+

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 Docteur 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 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquentement, 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 Docteur 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 1^{er} jour d'avril 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 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 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).

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 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) 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 1^{er} février 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 1^{er} jour d'avril 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 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 1^{er} 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 1^{er} jour d'avril 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 533

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 service d'urgence du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur du 15 au 19 avril 2004.

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT que le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur aménagera dans un nouvel édifice le 19 avril 2004

CONSIDÉRANT que le service d'urgence fermera du 15 avril à 8 h 00 au 18 avril à 8 h 00

CONSIDÉRANT que le déménagement des patients admis dans l'établissement s'effectuera graduellement du 16 au 19 avril et qu'il y a lieu d'assurer en tout temps une présence médicale sur place pour ces patients dans l'un ou l'autre des sites ou, pour certaines plages horaires, dans les deux sites en même temps

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De rémunérer selon le mode du tarif horaire le médecin qui assure sur place les services d'urgence aux patients admis dans l'établissement pour la période du 15 au 19 avril 2004 inclusivement.

AVIS : Utiliser le code d'activité **061030** (Forfaitaire lors de la fermeture d'une service d'urgence)

Et les codes de secteurs de dispensation suivants :

- **12** : samedi, dimanche et journée fériée;
- **12** : en semaine de 20 h à 8 h;
- **07** : en semaine de 8 h à 20 h.

2. D'allouer une banque totale de 160 heures pour la rémunération des services visés aux présentes.

3. Le présent accord entre en vigueur le 15 avril 2004 et se termine le 20 avril 2004.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 20^e jour d'avril 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 535

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique ».

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 (Paragraphe 4.04 ou article 17.07), qui ont pour objet la détermination de la rémunération et de certaines conditions d'exercice.

INDEX DES ENTENTES PARTICULIÈRES

Remarque : L'index des ententes particulières est un document administratif, créé dans le but de faciliter la consultation et constitue un **point de repère**. Les **titres officiels** paraissant au début de chacune des ententes particulières ont été **abrégés**; seuls les mots-clés sont conservés **pour le présent index**.

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
1	Grand-Nord	3
2	Soins psychiatriques en C.H.	7
3	Unité de soins coronariens ou intensifs en C.H.S.G.S.	12
4	Garde en disponibilité , C.L.S.C./Réseau de garde intégré	16
5	Garde sur place C.H. Paul-Gilbert de Charny /Service d'urgence de 1 ^{re} ligne.	18
6	Garde dans C.L.S.C. /Réseau de garde intégré/Service d'urgence de 1 ^{re} ligne	19
7	Programme d'hospitalisation à domicile/Projet d'expérimentation (Abrogée par Amend. n° 69)	
8	Urgences-santé (Système préhospitalier d'urgence, Montréal-Centre et Laval)	24
9	Gériatrie dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.)	33
10	C.H. de l' Archipel (Îles-de-la-Madeleine)	41
# 11	Services en anesthésie dans certains C.H.S.G.S.	43
12	Assurance responsabilité professionnelle	52
13	Programme en toxicomanie (Certains établissements)	56
14	Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.)	60
15	Garde sur place C.H. Trois-Pistoles /Service d'urgence de 1 ^{re} ligne (Abrogée par l'Amend. n° 65)	
16	Garde effectuée à l' hôpital St-Julien (Abrogée par l'Amendement n° 82)	
17	C.L.S.C. Centre-ville et personnes itinérantes de Montréal	71
18	Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique	73
19	Centre de santé des Hauts-Bois (Abrogée par l'Amendement n° 62)	
20	Garde sur place en régions universitaires - Service d'urgence de 1 ^{re} ligne en C.H.S.C.D. (Abrogée par l'Amendement n° 84)	
# 21	Activités médicales particulières (A.M.P.)	77

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
# 22	Rémunération dans ou auprès d'un C.L.S.C.	91
# 23	Unité de médecine familiale (U.M.F.) (programme de formation)	94
24	Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement pour la régie régionale	98
25	Soins palliatifs / Établissement qui exploite un C.H.S.G.S. ou maison privée liée par entente.	101
26	Planning-sexualité (Établissement qui exploite un C.H.S.G.S.)	106
27	Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un C.H.S.G.S..	110
28	Centre de Santé Chibougamau	117
# 29	Santé publique	121
# 30	Garde sur place - Urgence 1 ^{re} ligne, C.H.S.G.S. désignés - Réseau intégré	126
# 31	Garde en disponibilité auprès de certains établissements (<i>maintien à domicile</i>)	134
32	CH Régional de Sept-Iles (Abrogée le 30 juin 2001, Amendement n° 75)	
33	Chef de département clinique de médecine générale (CHSGS)	157
34	Centre hospitalier ambulatoire de la Région de Laval (CHARL)	162
# 35	Malade admis - CHSGS.	164
# 36	Garde en disponibilité en CHSGS	173
37	Projet / CH Pierre Janet / santé mentale	179
38	Régie régionale SSS du Nunavik (17), du Conseil Cri SSS de la Baie James (18) et du Centre de santé de la Basse Côte-Nord (09)	182
# 39	Groupe de médecine familiale (GMF)	187
# 40	Entente particulière provisoire / Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables	199
# 41	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables	201
42	Chef du service d'urgence (CHSGS)	207
# 43	Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)	213

+ 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 1^{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 :**1.00 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 un centre hospitalier visé en annexe des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue le 1^{er} 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'établissement 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 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 ;

3.03 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'établissement à la présente entente. Elle est exercée par le médecin ou, dans le cas où l'établissement compte plus d'un médecin visé aux présentes, par l'ensemble des médecins visés et doit recueillir leur accord unanime;

AVIS : *Si l'option de rémunération est exercée, l'établissement doit informer la RAMQ par le biais d'une lettre adressée au Service de l'admissibilité et de la révision (réf. : voir les modalités précisées dans l'avis administratif du régime de rémunération choisi). Cette information peut être transmise par télécopieur au numéro (418) 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :*

*Service de l'admissibilité et de la révision
Case postale 15000
Sillery, Qc G1K 9H9*

3.04 L'adhésion d'un établissement 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;

3.05 La désignation d'un établissement à l'annexe I des présentes ainsi que, le cas échéant, le nombre de vacations allouées dans le cadre du régime A se fait par accord des parties.

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 1^{er} septembre 1976 et comprend en outre la prestation de toute période de garde afférente à la dispensation de tels actes;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activités 008030 : Services cliniques sur la demande de paiement n° 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 que partie de la période hebdomadaire visée, le médecin est alors rémunéré au prorata de la période qu'il a effectivement couverte.

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'établissement visé 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 tous les actes anesthésiques au sens du préambule particulier d'anesthésie-réanimation prévu à l'entente générale du 1^{er} septembre 1976 et pour la garde afférente à ces actes faite sur place;

AVIS : *L'établissement doit utiliser l'avis de service n° 3133, cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE, inscrire : E.P. Anesthésie en CHSGS, préciser que le régime choisi est B.*

5.02 La rémunération selon le mode de la vacation s'applique 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 : *Veuillez utiliser le code d'activités 008030 : Services cliniques sur la demande de paiement n° 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;

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 utiliser l'avis de service n° 3547, cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE, inscrire : E.P. Anesthésie en CHSGS, préciser que le régime choisi est C, cocher les cases PER DIEM et ACTE, inscrire le nombre d'heures hebdomadaire travaillées.*

- *Les honoraires demandés par le médecin doivent être facturés en tenant compte du supplément d'honoraires (%) précisé au tableau de l'Annexe II, pour les services médicaux dans la section « Actes » du formulaire « Demande de paiement - Médecin » (n° 1200). Aux fins de l'application de la présente annexe, le médecin durant la période où il est autorisé au mode de rémunération mixte, doit **obligatoirement** inscrire dans la case « P.H. » sur le formulaire n° 1200, la plage horaire durant laquelle le service a été rendu **et ce, peu importe le lieu de dispensation** (établissement, cabinet, domicile, etc.) :*

De minuit à 7h (nuit), la plage horaire = 1

De 7h à 12h (A.M.), la plage horaire = 2

De 12h à 17h (P.M.), la plage horaire = 3

De 17h à minuit (soir), la plage horaire = 4

- *Les services anesthésiques dispensés selon le mode du per diem doivent être facturés sur le formulaire demande de paiement - rémunération mixte n° 3743.*

Veuillez utiliser le code d'activités 008030 : Services cliniques.

Les activités faites sur place en-dehors des périodes prévues au paragraphe 6.03 sont rémunérées selon l'entente générale ;

- # **AVIS :** Pour la facturation des services médicaux, utiliser le formulaire de demande de paiement médecin n° 1200 toujours **inscrire la plage horaire** appropriée et les honoraires à 100 % (ou selon le taux auquel vous avez droit en vertu de la rémunération différente).

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 :** On détermine 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 rémunérable. Pour un service médical à unités (rôle1), on tient 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.

- # **AVIS :** Pour la suite de l'opération inscrire le **MOD = 116 ou un multiple** et ce, peu importe la plage horaire (*) :
Exemple : Anesthésie qui chevauche 3 plages horaires payable à 63 % pour la plage horaire 2 de 7 h à 12 h, à 63 % pour la plage horaire 3 de 12 h à 17 h et à 100 % pour la plage horaire 4 de 17 h à 20 h.
 Heure de début: 7 h heure de fin : 20 h.

	Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
#	04-04-21	2	9419	2		44	317,39
#	04-04-21	3	9419	2	116	60	432,81
#	04-04-21	4	9419	2	116	36	412,20

- (*) S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération et ce, peu importe la plage horaire.

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; vous référer au point 5.8 de l'onglet « Paiement » du manuel de facturation.

6.05 Un médecin reçoit un per diem de 600 \$ 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 un demi per diem de 300 \$;

AVIS : Les services anesthésiques dispensés selon le mode du per diem doivent être facturés sur le formulaire demande de paiement - rémunération mixte n° 3743.

Veuillez utiliser le code d'activités **008030** : Services cliniques

Limitation sur la rémunération

6.06 Sous réserve du paragraphe 6.07, le médecin ne peut durant la journée, de 7h à 17h pendant laquelle il se prévaut d'un per diem, ou de 7h à 12h, ou de 12h à 17h, 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'établissement 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.

AVIS : Les services facturés dans le cadre de l'E.P. relative aux soins intensifs ou coronariens doivent être facturés selon les pourcentages prescrits à l'Annexe II pendant la période du per diem ou demi per diem.

Malgré ce qui précède, le médecin peut, de 16h à 8h, 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;

AVIS : Veuillez inscrire le **MOD = 028 ou un multiple** et la plage horaire appropriée.

Exemple 1 : Anesthésie qui chevauche 3 plages horaires dans un service d'urgence et rémunérée selon l'Entente générale. Payable à 100 % pour la plage horaire **3** de 16 h à 17 h, à 100 % pour la plage horaire **4** de 17 h à 12 h et à 100 % pour la plage horaire **1** de 24 h à 6 h.

Heure de début : 16 h Heure de fin : 6 h.

	Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
#	04-04-21	3	9419	2	28	15	171,75
#	04-04-21	4	9419	2	116	65	744,25
#	04-04-21	1	9419	2	116	72	824,40

N.B. : S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération et ce, peu importe la plage horaire.

Exemple 2 : Anesthésie qui chevauche 3 plages horaires dans un service d'urgence et rémunérée selon l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne. Payable à 45 % pour la plage horaire **4** de 20 h à 12 h, à 45 % pour la plage horaire **1** de 24 h à 7 h et à 45 % pour la plage horaire **2** de 7 h à 8 h.

Heure de début : 20 h Heure de fin : 8 h.

Pour les instructions de facturation du forfait, veuillez vous référer à votre brochure 1, au point 5.01 de l'Entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans un service d'urgence de première ligne. Prenez soin d'utiliser le modificateur 028.

Pour la facturation de l'acte, veuillez vous référer à l'exemple ci-dessous.

	Date	P.H.	Code d'acte	Rôle	MOD	Unités	Unités Honoraires (\$)
#	04-04-21	4	9419	2	106	35	180,34
#	04-04-21	1	9419	2	62	70	360,68
#	04-04-21	2	9419	2	62	12	61,83

Inscrire les modificateurs 107 et 116 à la section **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour expliquer l'utilisation du modificateur 62 sur la ligne 2.

Inscrire les modificateurs 28, 107 et 116 à la section **DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** pour expliquer l'utilisation du modificateur 62 sur la ligne 3.

N.B. : S'il s'agit d'un établissement où le médecin n'est pas autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte, utiliser le **modificateur 130** pour la suite de l'opération et ce, peu importe la plage horaire.

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, lorsqu'il se prévaut d'un per diem ou 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 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* lorsque dispensés entre 7 h et 17 h dans le cas d'un per diem, ou entre 7 h et 12 h ou 12 h et 17 h selon le cas lorsqu'il s'agit d'un demi per diem, 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.

AVIS : *Pour les services rendus pendant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case C.S.*

7.00 RÉGIMES B ET C : GARDE EN DISPONIBILITÉ

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée à raison d'un forfait de cinquante-et-un dollars et quatre-vingt-dix cents (51,90 \$) pour les quarts de garde suivants :

- du lundi au vendredi :
 - de 0h à 7h;
 - de 16h à 24h pour le médecin rémunéré en vertu du régime B;
 - de 17h à 24h 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 : *Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime **B**, inscrire la date et le code d'acte 9090 sur une demande de paiement n° 1200;*

- Inscrire XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- Inscrire le code d'établissement;
- Inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES l'heure de début et de fin de la période de garde;
- Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

*Pour la garde en disponibilité dans un établissement adhérent au régime **C**, inscrire la date et le code d'acte 19045 sur une demande de paiement n° 1200;*

- Inscrire la plage horaire appropriée
- Inscrire XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- Inscrire le code d'établissement;
- Inscrire dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES l'heure de début et de fin de la période de garde;
- Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

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 2.4.7.3B 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.

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 un établissement, 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'un établissement de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement 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'un établissement à la présente entente est abrogée lorsque aucun médecin de cet établissement 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 1^{er} juin 1997.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 1^{er} juin 1997 et ses amendements. Elle entre en vigueur le 1^{er} avril 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce ____^e jour de _____ 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I

Liste des établissements désignés 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.

ÉTABLISSEMENTS		Régime	NOMBRE DE VACATIONS HEBDOMADAIRES (Régime A)
Région 01 : Bas St-Laurent			
03403	Centre hospitalier de Rivière-du-Loup : C.H. Régional du Grand-Portage - Rivière-du-Loup (88-02-10)	B	
03253	Réseau de santé de la Matapédia : Centre hospitalier d'Amqui - Amqui (82-04-02)	A	17
03333	Réseau de santé de Témiscouata : Hôpital Notre-Dame-du-Lac - Notre-Dame-du-Lac (83-07-15)	*	
03043	Réseau santé Kamouraska : Centre Notre-Dame de Fatima - La Pocatière (83-07-15)	*	
Région 02 : Saquenay / Lac-St-Jean			
02503	Centre Maria-Chapdelaine : C.H. de Dolbeau - Dolbeau (82-04-02)	*	
02453	Centre Le Jeannois : Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma - Alma (85-07-01)	A	20
Région 03 : Québec			
02313	C.H. St-Joseph de La Malbaie - La Malbaie (82-04-02)	A	9
02373	C.H. de Charlevoix - Baie St-Paul (82-04-02)	*	
Région 05 : Estrie			
01063	Centre de santé Memphrémagog : Centre de santé Memphrémagog-siège social - Magog (86-10-07)	A	20
Région 07 : Outaouais			
01253	C.H. de Buckingham - Buckingham (84-07-01)	*	
01333	Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau : Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau - Maniwaki (82-04-02)	B	
01303	Centre de santé du Pontiac : Centre de santé du Pontiac - Shawville (95-01-01)	B	
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
01553	Centre de Santé Sainte-Famille : Centre de Santé Sainte-Famille - Ville-Marie (99-10-08)	B	
01503	C.H. Hôtel-Dieu d'Amos - Amos (82-04-02)	*	

ÉTABLISSEMENTS		Régime	NOMBRE DE VACATIONS HEBDOMADAIRES (Régime A)
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue (suite)			
01533	C.H. Rouyn-Noranda - Noranda (91-10-06)	B	
01523	Réseau de la Santé et des Services sociaux des Aurores Boréales : C.H. La Sarre - LaSarre (90-06-01)	A	30
+ 01543	C.H. Vallée-de-l'Or et de soins psychiatriques régionaux : C.H. Val d'Or - Val d'Or (2004-04-18)	C	
Région 09 : Côte-Nord			
07543	Centre hospitalier régional Baie-Comeau : Pavillon Le Royer - Baie-Comeau (89-03-01)	*	
02693	Centre hospitalier régional de Sept-Iles - Sept-Iles (90-01-11)	*	
Région 10 : Nord-du-Québec			
02533	Centre de santé et de services sociaux de la Radissonie : Point de service de Chibougamau - Chibougamau (83-07-15)	*	
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine			
03273	C.H. de Chandler - Chandler (82-04-02)	A	20
+ 03303	C.H. Baie-des-Chaleurs - Maria (2004-04-01)	C	
03413	CLSC - CHSLD - CH de la MRC Denis-Riverin : Hôpital des Monts - Ste-Anne-des-Monts (83-07-15)	*	
03283	Centre hospitalier de Gaspé : Centre hospitalier de Gaspé - Gaspé (82-04-02)	*	
Région 15 : Laurentides			
00783	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle : Centre de l'Annonciation - L'Annonciation (86-05-04)	*	
01423	Centre de Mont-Laurier - Mont-Laurier (82-04-02)	B	
Région 16 : Montérégie			
+ 01133	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins - Cowansville (2004-04-04)	C	
01083	L'Hôpital Barrie Memorial - Ormstown (87-03-23) (89-03-01)	B	

Remarque : Les dates énumérées ci-dessous sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'entente, dans l'amendement ou par le biais d'un accord.

* : Établissements retirés le 1^{er} avril 2004 (E.P. Par. : 9.06).

Annexe révisée en date du 5 mai 2004

ANNEXE II

POURCENTAGE DES ACTES

% Services médicaux visés

30 Tous les services médicaux, à l'exception des examens et consultations (sauf l'examen pré-anesthésique), les thérapies de soutien : codes 8938, 8939, 8949, 8950, 8951, 8952, les transferts ambulanciers : codes 9087 et 9246.

40 Tous les services médicaux de 7 à 10 unités de base.

63 Tous les services médicaux de 11 unités de base et plus.
Tous les services médicaux dispensés à un patient de moins de 2 ans.

70 Les services médicaux codés 0910, 0911, 0912, 0921, 0927, 0928, 0933, 0935, 0939, 0940, 0984, 0988, 0989, 0990, 0991, 0997, 0998, 0999, 1900, 0828, 0829, 0822, 0824.

Les services médicaux codés 0123, 0170, 0176, 0251, 0291, 0435, 0469, 0530, 0542, 0559, 0575, 0617, 0639, 0648, 0707, 0753, 0799, 0973, 0975, 3019, 3026, 3028, 3029, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3120, 3122, 3123, 3124, 3125, 3133, 5022, 5023, 5025, 5027, 5029, 5057, 5060, 5067, 5077, 5080, 5081, 5083, 5090, 5140, 5141, 5142, 5146, 5147, 5150, 5154, 5158, 5160, 5161, 5164, 5166, 5194, 5241, 5242, 5245, 5253, 5279, 5280, 5304, 5329, 5335, 5338, 5339, 5350, 5353, 5362, 5363, 5364, 5374, 5379, 5384, 5385, 5386, 5389, 5396, 5405, 5412, 5418, 5421, 5423, 5426, 5428, 5429, 5434, 5436, 5437, 5450, 5452, 5467, 5470, 5473, 5474, 5475, 5478, 5480, 5485, 6101, 6113, 6114, 6115, 6141, 6199, 6311, 6312, 6331, 6332, 6334, 6335, 6336, 6340, 6357, 6374, 6383, 9351, 9352, 9353, 9360, 9362, 9363, 9419, 9420, 9422, 9423, 9436, 9439, 9444, 9446, 9447, 9448, 9449, 9450, 9492, 9493, 9494, 9495 et 9496 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 0013, 0014, 0016, 0018, 9100, 9101, 9063, 9067, 9069, 9070, 9073, 9800, 9801, 9825, 9826, 9907, 9908, 9914, 9915, 9916, 9926, 9927, 9928, 9929, 9930, 9970, 9971, 9972, 9975, 9818.

Modalité particulière :

Les pourcentages d'actes sont payables en rôle 1, 2 et 3 seulement.

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LA 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 1^{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 :**1.00 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;

AVIS: - *Le remboursement n'est effectué que sur présentation de preuves attestant que la prime ou partie de la prime réclamée a été acquittée entièrement par le professionnel (ex. : reçu, chèque estampillé ou tout autre document).*
- *Pour connaître les modalités de remboursement, voir la description du formulaire n° 2904 sous l'onglet FORMULAIRES du Manuel des médecins omnipraticiens, Régime d'assurance maladie.*

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 et 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 2003 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 une 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 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2003, 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 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002 ainsi que pendant l'année 2003, a touché des revenus supérieurs à 20 000 \$ mais inférieurs à 36 000 \$.

Le remboursement visé à l'alinéa ci-dessus est accordé au médecin qui, au retour d'un congé de maternité à une pratique réduite pour une période maximale de deux (2) ans d'au moins 30 % ou est en invalidité partielle temporaire ou, également, 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° 94.

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 2003 doit être demandé au plus tard le 31 mars 2004.

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.

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente entente a effet du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003. Elle est renégociée au 1^{er} octobre 2003.

AVIS : Cette entente ainsi que son annexe ont été remplacées par l'amendement n° 84.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, à ____ ce ____ e jour de ____ 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE

Genre d'activité	Prime témoin 2003 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Adjointes cliniques en chirurgie (assistance chirurgicale seulement, aucune pratique chirurgicale, ne comprend pas le traitement de fractures ni le travail et l'accouchement)	902,52 \$	817,50 \$
Adjointes cliniques en médecine (ne comprend pas le travail dans une unité de soins intensifs ou dans une unité de soins intensifs néonataux ou les procédures invasives. Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation)	902,52\$	817,50 \$
Allergie	1 294,92 \$	817,50 \$
Anesthésie	2 223,60 \$	817,50 \$
Associés cliniciens (Fellows) :	719,40 \$	817,50 \$
i) jusqu'à 24 mois de formation supervisée additionnelle suivant la formation postdoctorale nécessaire à l'obtention de la certification désirée;		
ii) cette formation supervisée additionnelle doit se donner dans un centre hospitalier affilié à une université;		
iii) comprend seulement le travail clinique faisant partie intégrante de la formation additionnelle;		
iv) aucun travail clinique additionnel (moonlighting). Ce genre de travail ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant d'un travail clinique additionnel.		
Biochimie médicale	863,28 \$	817,50 \$
Cancérologie médicale (oncologie médicale)	1 294,92 \$	817,50 \$
Cardiologie	1 294,92 \$	817,50 \$
Chirurgie cardiovasculaire	8 070,36 \$	817,50 \$
Chirurgie générale	5 637,48 \$	817,50 \$
Chirurgie gynécologique excluant le travail et l'accouchement	5 637,48 \$	817,50 \$

Genre d'activité	Prime témoin 2003 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Chirurgie orthopédique	9 273,72 \$	817,50 \$
Chirurgie pédiatrique	2 223,60 \$	817,50 \$
Chirurgie plastique	8 070,36 \$	817,50 \$
Chirurgie thoracique	5 637,48 \$	817,50 \$
Chirurgie vasculaire	5 637,48 \$	817,50 \$
Dermatologie	1 294,92 \$	817,50 \$
Endocrinologie	1 294,92 \$	817,50 \$
Gastroentérologie	2 223,60 \$	817,50 \$
Génétique	1 294,92 \$	817,50 \$
Hématologie	1 294,92 \$	817,50 \$
Imagerie diagnostique	1 294,92 \$	817,50 \$
Immunologie clinique	1 294,92 \$	817,50 \$
Maladies infectieuses	1 294,92 \$	817,50 \$
Médecine administrative- aucun travail clinique	863,28 \$	817,50 \$
Médecine communautaire (santé publique)	902,52 \$	817,50 \$
Médecine d'urgence / Urgentologie	3 178,44 \$	817,50 \$
Médecine familiale ou médecine générale. Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) excluant la garde au Service des urgences, l'anesthésie, la chirurgie et l'obstétrique (travail et accouchement). Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité. Il se peut que plusieurs interventions cosmétiques ne soient pas comprises sous ce code. Si le travail est limité à la psychothérapie, vous devez choisir le code 36, Psychiatrie.	902,52 \$	817,50 \$
Médecine familiale ou médecine générale. Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) incluant la garde au Service des urgences . Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité. Il se peut que plusieurs interventions cosmétiques ne soient pas comprises sous ce code.	1 294,92 \$	817,50 \$
Médecine familiale ou médecine générale. Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) incluant l'anesthésie et /ou la chirurgie (peut comprendre la garde au Service des urgences). Ne comprend pas l'obstétrique. Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité.	1 504,20 \$	817,50 \$
Médecine familiale ou médecine générale. Travail professionnel effectué principalement en médecine familiale ou en médecine générale (cabinet privé, CLSC, clinique sans rendez-vous, y compris clinique en milieu hospitalier ou unité hospitalière) incluant l'obstétrique avec travail et accouchement (peut comprendre l'anesthésie, la chirurgie et/ou la garde au Service des urgences). Ce code ne s'applique pas aux médecins détenteurs d'un certificat de spécialisation qui continuent d'effectuer du travail clinique dans leur spécialité.	3 243,84 \$	817,50 \$
Médecine des voies respiratoires	1 294,92 \$	817,50 \$
Médecine du sport	902,52 \$	817,50 \$
Médecine du travail	902,52 \$	817,50 \$
Médecine interne et ses sous-spécialités non précisées ailleurs	1 294,92 \$	817,50 \$
Médecine nucléaire	1 294,92 \$	817,50 \$

Genre d'activité	Prime témoin 2003 (incluant la taxe)	Contribution du médecin
Médecine physique et réadaptation	902,52 \$	817,50 \$
Microbiologie médicale	863,28 \$	817,50 \$
Néonatalogie	1 294,92 \$	817,50 \$
Néphrologie	1 294,92 \$	817,50 \$
Neurochirurgie	13 773,24 \$	817,50 \$
Neurologie	2 223,60 \$	817,50 \$
Obstétrique incluant ou excluant la gynécologie	15 813,72 \$	817,50 \$
Ophthalmologie	2 223,60 \$	817,50 \$
Otolaryngologie incluant les interventions cosmétiques limitées à la tête et au cou.	3 793,20 \$	817,50 \$
Pathologie anatomique	863,28 \$	817,50 \$
Pathologie générale	863,28 \$	817,50 \$
Pathologie hématologique	863,28 \$	817,50 \$
Pathologie neurologique (neuropathologie)	863,28 \$	817,50 \$
Pédiatrie- Travail professionnel effectué principalement en pédiatrie, peut inclure la garde au Services des urgences.	1 504,20 \$	817,50 \$
Pratique chirurgicale excluant tout traitement opératoire	1 294,92 \$	817,50 \$
Pratique limitée au traitement de la douleur chronique (excluant l'anesthésie générale et rachidienne)	1 294,92 \$	817,50 \$
Pratique médicale limitée exclusivement à l'assistance chirurgicale	902,52 \$	817,50 \$
Pratique obstétricale /Pratique axée sur le traitement de l'infertilité excluant le travail et l'accouchement et/ou la chirurgie	1 294,92 \$	817,50 \$
Psychiatrie incluant la pratique exclusive de la psychothérapie. Comprend également les omnipraticiens dont la pratique est réservée à la psychothérapie. Peut inclure la garde au Service des urgences d'un hôpital psychiatrique.	1 294,92 \$	817,50 \$
Radio-oncologie	1 294,92 \$	817,50 \$
Résidents en formation postdoctorale inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé soit par le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou par un ordre provincial / territorial émettant les permis d'exercice. Ce genre de travail ne comprendra aucune assistance de l'ACPM advenant des problèmes médico-légaux résultant de tout travail clinique additionnel, sauf s'il s'agit de quarts de travail supplémentaires à titre de résidents.	719,40 \$	817,50 \$
Résidents en formation postdoctorale inscrits à un programme de formation postdoctorale agréé soit par le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ou par un ordre provincial / territorial émettant les permis d'exercice. Avec travail clinique additionnel (moonlighting). Les médecins qui désirent choisir ce code de travail doivent détenir un permis d'exercice complet et/ou être inscrits en vue d'exercer ce type de pratique.	719,40 \$	817,50 \$
Rhumatologie	1 294,92 \$	817,50 \$
Soins intensifs	1 294,92 \$	817,50 \$
Urologie	2 223,60 \$	817,50 \$

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES PROFESSIONNELS EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN, DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS OFFRANT UN PROGRAMME EN TOXICOMANIE****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 1^{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 :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui assure la prestation de services professionnels dans un établissement ou partie d'établissement offrant un programme de toxicomanie et énuméré à l'annexe 1 des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des stipulations contenues à la présente entente particulière.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

3.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin, lorsqu'il assure la prestation de services professionnels dans un établissement ou partie d'établissement visé aux présentes, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il y est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi-temps, soit à la vacation s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération. Le médecin qui, dans l'établissement ou partie d'établissement visé, n'est pas détenteur d'une nomination à honoraires fixes ou à la vacation est rémunéré à l'acte lorsqu'il y fournit des services médicaux.

4.00 VACATION ET NORMES Y AFFÉRENTES

4.01 L'attribution des vacations disponibles aux fins des présentes est effectuée sur recommandation du chef du département de médecine générale et du chef du service ou de l'unité de toxicomanie, après consultation des médecins visés ou, à défaut, du médecin responsable nommé par le Conseil d'administration, après consultation des médecins qui exercent dans l'établissement ou partie d'établissement visé.

5.00 COMITÉ MIXTE

5.01 Le nombre d'heures rémunérées qui est alloué, sur base annuelle, à un établissement pour la dispensation des services professionnels visés à l'article 6.00 est déterminé par le Ministre, sur recommandation du comité mixte prévu au paragraphe 5.02;

6.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES À HONORAIRES FIXES OU À LA VACATION

6.01 Dans un établissement ou partie d'établissement visé aux présentes, la rémunération selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation, couvre :

- a) la dispensation des soins médicaux effectués par le médecin;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et médico-administratif, reliées à un programme de toxicomanie visé aux présentes.

AVIS: *Veuillez utiliser les codes d'activités 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 effectuée à même les 35 premières heures d'activités (tarif horaire)*

6.02 Par extension, lorsque seule une partie d'établissement est désignée, la rémunération prévue au paragraphe 6.01 couvre également la dispensation des soins médicaux que le médecin visé à ce paragraphe est, pendant une période où il est rémunéré à honoraires fixes ou à la vacation, appelé à dispenser ailleurs dans l'établissement.

7.00 GARDE

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, inscrire un « E » dans la case C.S.*

8.00 DROITS ACQUIS

8.01 Le médecin qui, à la date d'inclusion d'un établissement ou d'une partie d'établissement à l'annexe 1 ci-jointe, y exerce sa profession et y est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation, ne peut être contraint, pendant la durée de la présente entente particulière, de se prévaloir d'un autre mode de rémunération.

9.00 DISPOSITION TRANSITOIRE

9.01 L'inscription, à l'annexe 1 de la présente entente particulière, d'un établissement ou d'une partie d'établissement, rend caduque, pour autant, son inscription lorsqu'elle existe, soit à l'annexe X de l'Entente, soit à tout autre accord prescrivant, comme mode exclusif de rémunération, soit les honoraires fixes, soit la vacation.

9.02 Pour la période comprise entre le 28 janvier et le 1^{er} avril 1991, le docteur Christian Fortin est, nonobstant toute clause inconciliable, rémunéré à l'acte lorsqu'il exerce à l'unité de toxicomanie du centre hospitalier Jonquière.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente particulière prend effet le 28 janvier 1991 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e 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

ANNEXE I

Liste des établissements ou parties d'établissement désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains établissements offrant un programme en toxicomanie.

		Accord ⁽¹⁾	Date
Région 01 : Bas St-Laurent			
03400	Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup :		
	- Centre hospitalier régional du Grand Portage, unité d'alcoologie et toxicomanie	232	97-11-02
03340	Centre hospitalier régional de Rimouski	92	94-04-01
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean			
02510	Centre hospitalier Jonquière, unité de toxicomanie	-----	91-01-28
02450	Centre Le Jeannois :		
	- Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma, clinique externe en toxicomanie	232	97-11-02
02520	Hôtel-Dieu de Roberval	500	03-05-12
Région 03 : Québec			
02100	Centre hospitalier universitaire de Québec :		
	- Pavillon St-François d'Assise, département de toxicologie	232	97-11-02
18173	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve :		
	- Centre de jour - adultes et hébergement	410	00-09-25
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs			
13093	Domremy 04	232	97-11-02
01770	Carrefour de santé et de services sociaux de la St-Maurice :		
	- Centre hospitalier St-Joseph de la Tuque, section d'alcoologie et toxicomanie	232	97-11-02
Région 05 : Estrie			
18163	Le centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison St-Georges (99-08-23)	352	99-08-23
Région 06 : Montréal-Centre			
17983	Le centre Dollard-Cormier	272	98-10-11
00180	Hôpital général de Montréal, unité d'alcoologie et de toxicomanie	50	93-01-01
00300	Centre hospitalier de l'Université de Montréal :		
	- Hôpital St-Luc, unité de désintoxication	232	98-11-02
Région 07 : Outaouais			
10913	Pavillon Jellinek	-----	91-01-28
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
15943	Centre Normand	467	02-03-14
Région 09 : Côte-Nord			
13073	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord	232	97-11-02

(1) L'absence de numéro d'accord signifie que l'établissement faisait partie de l'Annexe I de l'Entente particulière lorsque celle-ci a été reconduite avec l'Accord-cadre d'avril 1991.

		Accord ⁽¹⁾	Date
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine			
18183	CLSC - CHSLD - CH de la MRC Denis-Riverin : - Centre de réadaptation pour personnes toxicomanes L'Escale	410	00-10-16
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02860	Les CHSLD de Beauce : - Centre hospitalier de Beauceville, unité d'alcoolologie et de toxicomanie	232	97-11-02
Région 15 : Laurentides			
11123	Pavillon André Boudreau	232	97-11-02
Région 16 : Montérégie			
11163	Pavillon Foster	114	94-10-30
16663	Le Virage, réadaptation en alcoolisme et toxicomanie	232	97-11-02

Remarque : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'entente ou dans l'amendement.

(1) L'absence de numéro d'accord signifie que l'établissement faisait partie de l'Annexe I de l'Entente particulière lorsque celle-ci a été reconduite avec l'Accord-cadre d'avril 1991.

AVIS : Liste modifiée par les Accords n^{os} 147, 232, 251, 272, 352, 410, 467 et 500.

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

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 1^{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 :**1.00 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 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;

1.02 Aux fins des présentes, les vocables « unité ou service » signifient et, lorsque telle chose existe, couvrent un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un hôpital de jour, un centre de réadaptation et une unité gériatrique de soins de courte durée, exploités par l'établissement visé au paragraphe 1.01 précité;

1.03 Cette entente s'applique également au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée géré par un établissement dont la fonction principale est l'exploitation d'un centre local de services communautaires;

1.04 Cette entente porte enfin sur la rémunération du médecin qui est appelé, à titre de médecin de famille d'une personne en perte d'autonomie, à participer, dans ou auprès des unité et service visés aux présentes, à l'évaluation de cette personne en vue de son orientation ou du suivi médical à lui être accordé;

1.05 L'annexe I ci-jointe fait état de l'adhésion, complète ou partielle, d'un établissement visé aux présentes. À moins d'indication contraire, cette annexe comprend, pour cet établissement, l'ensemble de ses installations;

1.06 Sauf lorsqu'elle y pourvoit autrement, l'annexe susmentionnée ne couvre pas, lorsque telle chose existe, le service d'urgence de première ligne de l'établissement, la clinique externe de soins généraux et l'unité de soins de courte durée autres que gériatriques;

1.07 Aux fins de cette entente, un centre peut ne comprendre que des lits faisant partie du programme d'achat de places du Gouvernement. Aux mêmes fins, un programme de centre de jour d'un établissement ne peut être couvert par l'adhésion de cet établissement.

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 PORTÉE ADDITIONNELLE

3.01 Selon les modalités qu'elle édicte, notamment celles prévues à son article 12.00, la présente entente particulière s'applique également aux établissements et centres qui, conventionnellement, étaient régis selon l'entente particulière relative à la rémunération des médecins dans certains centres d'accueil et d'hébergement conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 16 mai 1991, telle qu'amendée subséquemment, avant que cette entente ne soit remplacée par l'entente particulière visée aux présentes. Les noms de ces établissements, et le cas échéant ceux des centres qu'ils exploitent, apparaissent en annexe des présentes;

3.02 Selon les mêmes modalités, cette entente particulière s'applique enfin aux établissements, centres ou unités qui, conventionnellement, étaient régis par l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans un centre hospitalier de soins de longue durée, intervenue en date du 28 août 1991, telle qu'amendée subséquemment, avant que cette entente ne soit remplacée par la présente entente particulière. Les noms de ces établissements, et le cas échéant ceux des centres qu'ils exploitent, apparaissent en annexe des présentes.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

4.01 Quel que soit le mode de rémunération prévu par la présente entente particulière, les activités professionnelles que le médecin doit effectuer sont les suivantes :

- 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 ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient;

AVIS: *Veuillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 056030 : *Services cliniques*
- 056032 : *Rencontres multidisciplinaires*
- 056043 : *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- 056055 : *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)*
- 056063 : *Garde sur place*
- 056071 : *Garde sur place à même les 35 premières heures (tarif horaire)*
- 056097 : *Plan d'intervention pour le patient*
- 056098 : *Services de santé durant le délai de carence*

4.02 Le chef du département de médecine générale, celui du service médical, ou le médecin responsable des soins médicaux s'assure que les activités professionnelles énumérées au paragraphe précédent sont généralement dispensées pendant les heures régulières de fonctionnement de l'établissement. Par heures régulières de fonctionnement, il faut entendre la période comprise entre 8 h et 17 h;

4.03 Le nombre d'heures alloué, sur une base annuelle, à un établissement, pour l'ensemble des activités professionnelles susmentionnées, est déterminé par le Ministre, après consultation du comité paritaire dont la création est prévue à l'article 32.00 de l'Entente;

4.04 La répartition entre les médecins de ce nombre d'heures est déterminée par le chef du département de médecine générale, par celui du service médical, ou par le médecin responsable des soins médicaux.

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des unité et service visés aux présentes dont l'établissement est régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, selon les modalités apparaissant ci-après, 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, soit à l'acte;

5.02 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des unité et service dont l'établissement n'adhère pas à la présente entente particulière est rémunéré selon le mode de l'acte;

5.03 Le médecin qui exerce dans ou auprès des unité et service dont l'établissement adhère partiellement à la présente entente particulière est rémunéré soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire, soit à l'acte s'il est rémunéré selon ce mode à la date d'adhésion de l'établissement à l'entente. Cette rémunération à l'acte a cours tant que le médecin continue à se prévaloir de ce mode de rémunération;

5.04 Le médecin qui exerce sa profession dans ou auprès des unité et service dont l'établissement est complètement adhérent à l'entente est rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire;

5.05 Exceptionnellement et malgré les paragraphes 5.03 et 5.04, le médecin qui ne dispense pas des soins de façon régulière dans ou auprès des unité et service visés aux présentes est, lorsqu'il y dispense des soins médicaux à la demande de son patient, rémunéré à l'acte;

5.06 Au bénéfice du médecin visé par le paragraphe 1.04, cette entente tient lieu des nomination et autorisation permettant à ce médecin d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire. Le présent paragraphe ne s'applique pas au médecin qui se prévaut des dispositions du paragraphe 5.05 susmentionné;

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activités 056080 : Participation du médecin de famille.*

5.07 L'établissement avise sans délai la Régie de l'assurance maladie du Québec du nom des médecins visés par la présente entente particulière ainsi que de leur mode de rémunération. Les cas d'exception prévus au paragraphe 5.05 font également l'objet d'un pareil avis. L'établissement doit transmettre copie de ces avis au médecin concerné. L'établissement joint, lorsque tel est le cas, l'autorisation du comité paritaire concernant le médecin visé par l'article 6.00.

6.00 RÉMUNÉRATIONS DÉROGATOIRES

6.01 En cas de difficultés de recrutement, le comité paritaire peut autoriser un établissement dont l'adhésion est partielle à remplacer un médecin rémunéré à l'acte par un médecin rémunéré selon ce mode;

6.02 Malgré le paragraphe 5.02, le médecin qui exerce dans ou auprès des unité et service dont l'établissement n'est pas adhérent à l'entente mais qui, en date du 29 avril 1995, y était rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation peut, en rémunération des activités professionnelles visées aux présentes, se prévaloir, selon le cas, de la rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire;

6.03 Malgré le paragraphe 5.02, le comité paritaire peut, de façon exceptionnelle, autoriser un médecin qui, dans ou auprès des unité et service visés aux présentes, n'était pas rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation en date du 29 avril 1995, à se prévaloir du mode de rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, s'il exerce dans un programme où l'ensemble des médecins, en considération de l'activité professionnelle visée aux présentes, sont rémunérés selon l'un ou l'autre de ces modes;

6.04 Au bénéfice des médecins et de l'établissement visé, le comité paritaire peut également autoriser, pour une unité ou un service visés aux présentes, un mode de rémunération différent pour les médecins qui au moment de l'adhésion complète de cet établissement à la présente entente, y exercent leur profession, lorsqu'il y a réalisation des conditions suivantes :

- a) l'établissement en cause gère plus d'une unité ou service visés aux présentes;
- b) les équipes de médecins qui exercent dans ou auprès de ces unité ou service sont différentes;
- c) il y a désaccord relativement à une adhésion complète au sens de la présente entente particulière;

Lorsqu'un mode de rémunération différent est autorisé par le comité paritaire, l'activité professionnelle du médecin doit toutefois demeurer conforme aux exigences qu'édicte l'article 4.00 des présentes.

6.05 Dans un service d'urgence de première ligne, une clinique externe de soins généraux ou une unité de soins de courte durée autres que gériatriques exclus selon les dispositions du paragraphe 1.06, le médecin qui dispense des services médicaux est rémunéré à l'acte;

7.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

7.01 La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte selon les dispositions prévues par l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire un « E » dans la case C.S.*

8.00 MODALITÉS GÉNÉRALES D'ADHÉSION

8.01 Une demande d'adhésion au sens de la présente entente particulière est formulée en regard de l'ensemble des service ou unité qu'exploite l'établissement;

8.02 Une demande d'adhésion est formulée conjointement par l'établissement et les médecins;

8.03 Une demande d'adhésion partielle peut être formulée, en tout temps, si les médecins qui désirent être rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire effectuent, pour le compte de l'établissement, 25 % et plus des heures de service;

8.04 Une demande d'adhésion complète peut être formulée, en tout temps, si les médecins qui désirent être rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire effectuent, pour le compte de l'établissement, plus de 50 % des heures de service;

8.05 L'adhésion d'un établissement à cette entente requiert l'accord des parties.

9.00 MODALITÉS PARTICULIÈRES D'ADHÉSION ET PRÉSUMPTION

9.01 Un établissement pour le compte duquel 25 % et plus des heures de service sont effectuées par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, est, réputé partiellement adhérent à l'entente;

9.02 Même si les heures de service effectuées par les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire n'atteignent pas 25 % des heures de service dispensées pour le compte d'un établissement, le comité paritaire peut, exceptionnellement, recommander aux parties une adhésion partielle si l'établissement en cause démontre qu'il est en mesure d'atteindre ce pourcentage de 25 % dans un délai n'excédant pas six (6) mois;

9.03 Lorsque les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire effectuent déjà, pour le compte d'un établissement, plus de 50 % des heures de service et qu'une demande d'adhésion complète n'a pas été formulée, l'adhésion de cet établissement continue à bénéficier de la présomption d'adhésion partielle si, selon l'évaluation du comité paritaire, les services dispensés respectent la description des activités professionnelles telles que déterminées selon l'article 4.00 de la présente entente. Si l'activité professionnelle constatée ne répond pas aux exigences de cette description, le comité paritaire peut recommander aux parties une adhésion complète;

9.04 Tout constat relatif à la détermination des pourcentages dont traitent les articles 8.00 à 10.00 de cette entente relève de l'autorité du comité paritaire;

9.05 En regard de la détermination des pourcentages dont traite le paragraphe 9.04 ci-dessus, la rémunération selon le mode de l'acte est, à des fins de calcul, convertie en heures travaillées, sur la base du tarif horaire.

10.00 MODALITÉS DE RETRAIT

10.01 Une demande qui a pour objet le retrait de l'adhésion complète d'un établissement requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins qui effectuent la dispensation de plus de la moitié des heures de service, l'accord des parties. Cependant, une demande ayant pour objet le retrait de l'adhésion partielle d'un établissement requiert, outre l'assentiment de l'établissement et l'accord des parties, l'assentiment des médecins qui, rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire, dispensent la majorité des services médicaux rémunérés selon ces modes;

10.02 À l'endroit de l'établissement et des médecins visés, une demande de retrait entraîne l'application des dispositions du paragraphe 5.02 sauf à l'égard du médecin rémunéré à honoraires fixes, lequel conserve son mode de rémunération;

10.03 Lorsque le retrait de l'entente concerne un établissement dont l'adhésion est complète, cet établissement ne peut, pendant la période de six (6) mois qui suit la date de ce retrait, que réadhérer complètement à l'entente. Au-delà de cette période, l'établissement en cause peut, partiellement ou complètement, réadhérer à l'entente.

11.00 COMITÉ PARITAIRE

11.01 À la demande des parties, le comité paritaire peut recommander que soit allouée, de façon provisoire, une banque d'heures à un établissement qui entend adhérer à la présente entente particulière afin de permettre à cet établissement d'initier le recrutement de ses effectifs médicaux. Les procédures régulières d'adhésion de l'établissement en cause doivent être complétées dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la date d'allocation de cette banque;

11.02 Le comité paritaire informe, par écrit, l'établissement ainsi que les parties, de la détermination des modes de rémunération découlant de l'application du présent article et des paragraphes 6.01 à 6.04.

12.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

12.01 Un établissement visé au paragraphe 3.01 a, aux fins de la mise en vigueur de la présente entente particulière, statut d'établissement complètement adhérent à cette entente;

12.02 Un établissement visé au paragraphe 3.02 de la présente entente particulière est réputé non adhérent à la présente entente si, en date du 29 avril 1995, la dispensation de moins de vingt-cinq pour cent (25 %) des heures de service visées aux présentes était effectuée par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à la vacation. La rémunération du médecin qui y exerce sa profession est sujette aux modalités qu'édicte les paragraphes 5.01, 5.02, 6.02 et 6.03 des présentes;

12.03 Un établissement visé au paragraphe 3.02 a, aux fins de la mise en vigueur de la présente entente particulière, statut d'établissement adhérent partiellement à cette entente si, en date du 29 avril 1995, la dispensation de vingt-cinq pour cent (25 %) et plus des heures de service visées aux présentes était effectuée par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à la vacation;

12.04 Un établissement visé au paragraphe 3.02 susmentionné a par ailleurs statut d'établissement adhérent complètement à l'entente si, toujours en date du 29 avril 1995, la dispensation de tous les services visés aux présentes était effectuée par des médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

12.05 Aux fins de l'application des paragraphes 12.03 et 12.04, la rémunération à l'acte décrite au paragraphe 5.05 ne peut être prise en compte;

12.06 Un établissement visé au présent article ainsi que les médecins qui exercent leur profession dans ou auprès des unités et services exploités par cet établissement peuvent, par la suite, se prévaloir des modalités, générales ou particulières, d'adhésion ou, le cas échéant, de retrait, visées aux présentes;

12.07 L'adhésion d'un établissement au sens de la présente entente particulière rend caduque pour autant l'inscription de cet établissement, lorsqu'elle existe, soit à l'annexe I de l'accord n° 1, soit à l'annexe I de l'accord n° 2 de l'entente générale;

12.08 La mise en oeuvre du présent article, ainsi que celle de la présente entente particulière, ne peuvent avoir pour effet de réduire les droits et bénéfices qui, à la date d'entrée en vigueur de cette entente, étaient ceux d'un médecin rémunéré à honoraires fixes qui, depuis cette date, est régi aux termes des présentes;

12.09 Aux fins de la mise en oeuvre des paragraphes 6.02, 6.03, 12.02 et 12.03 des présentes, le vocable « vacation » comprend également, lorsque ce mode existe, les vocables « tarif horaire ».

13.00 REMPLACEMENT

13.01 À compter de sa date de mise en vigueur, la présente entente particulière remplace l'entente particulière relative à la rémunération des médecins dans certains centres d'accueil d'hébergement conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 16 mai 1991, telle qu'amendée subséquemment;

13.02 Cette entente remplace également, dès sa date de mise en vigueur, l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un centre hospitalier de soins de longue durée, intervenue en date du 28 août 1991, telle qu'amendée subséquemment.

14.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

14.01 La présente entente particulière entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 30 avril 1995;

14.02 Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour d'avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste 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 dans ou auprès d'une unité ou un service de gériatrie dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION partielle	complète
Région 01 : Bas St-Laurent				
03394	CHSLD et CLSC des Basques	261 (98-07-05)		X
	- Centre hospitalier Trois-Pistoles ⁽¹⁾			X
	- Villa Dubé			X
04964	Centre mitissien de santé des services communautaires			
	- Hôpital de Mont-Joli à l'exception du service d'urgence et de l'unité de courte durée psychiatrique	259 (98-05-01)	X	
10585	Le Foyer de Rimouski Inc.	-----		X
11065	Villa St-Pascal Inc.	-----		X
	Réseau de santé du Témiscouata :			
04884	- Domaine du Sommet	522 (04-02-01)	X	
11135	- Villa de la Rivière	261 (98-07-05)		X
11565	- Foyer Beauséjour	522 (04-02-01)	X	
11345	La Corporation du Foyer d'accueil de Matane Ltée	261 (98-07-05)		X
20205	Foyer St-Cyprien (1993) Inc.	474 (02-07-01)	X	
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean				
02484	Hôpital de la Baie des Ha! Ha! Inc.	-----	X	
11335	CH/CHSLD/CLSC Maria Chapdelaine	233 (97-11-02)		
	- CHSLD Maria Chapdelaine		X	
	- Pavillon Maison du Bel Age		X	
11385	Le Domaine du Bon Temps	146 (95-04-30)	X	
11475	Le Foyer de la Paix Inc.	146 (95-04-30)	X	
11615	CHSLD de Chicoutimi	261 (98-07-05)		X
12465	Le Foyer de Lac Bouchette Inc.	-----		X
Région 03 : Québec				
00894	Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur de Jésus de Québec	240 (97-11-01)		X
02004	Le Regroupement des CHSLD Christ-Roi	223 (97-07-27)	X	
	Centre de santé Orléans :			
02014	- Centre d'hébergement Maizerets	528 (04-01-01)	X	
04724	- Centre d'hébergement Saint-Augustin	528 (03-10-01)	X	
15925	- Centre d'hébergement du Fargy	528 (04-01-01)	X	
16265	- Centre d'hébergement Yvonne Sylvain	528 (04-01-01)	X	
16295	- Centre d'hébergement Alphonse-Bonenfant	528 (04-01-01)	X	
02344	- Hôpital Ste-Anne-de-Beaupré	185 (96-04-01)	X	
02054	L'Hôpital Jeffery Hale	190 (96-06-01)		X
02324	Corporation du Centre hospitalier Chauveau	185 (96-04-01)	X	
02354	Centre régional d'hébergement de santé de Portneuf ⁽²⁾	-----		X
04704	Hôpital général de Québec	-----	X	
07784	Centre d'hébergement St-Jean-Eudes	447 (01-07-20)		X
10055	Saint Brigid's Home Inc.	-----		X
	CLSC La Source :			
11715	- Résidence Le Foyer de Charlesbourg	362 (99-10-31)		X
11895	Centre d'hébergement Notre-Dame de Lourdes et St-Charles	128 (95-04-30)	X	
12645	CHSLD de la MRC de Charlevoix-Est	-----		X
20105	Centre d'hébergement St-Joseph Inc.	-----		X

(1) Service d'urgence (voir entente particulière).

(2) Service d'urgence exclu.

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION partielle	complète
Région 03 : Québec (suite)				
	Vigi Santé Ltée :			
20275	- CHSLD St-Augustin	223 (97-07-27)		X
20605	Foyer Notre-Dame de Foy Inc.	-----		X
29595	Conseil de la Nation Huronne Wendat			
	- Résidence Marcel Sioui	321 (99-06-13)		X
Région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec				
01014	Hôpital St-Julien ⁽¹⁾	-----		X
01494	CHSLD de la MRC d'Arthabaska	223 (97-07-27)		
	- Centre hospitalier Des Bois-Francs		X	
	- Foyer Étoiles d'Or Inc.		X	
	- Foyer de Kingsey Falls Inc.		X	
01764	CHSLD du Centre Mauricie	240 (97-07-27)		X
01814	CHSLD Le Trifluvien	233 (97-11-02)	X	
02784	Complexe Santé et Services sociaux Nicolet-Yamaska	256 (98-05-03)		
	- Hôpital du Christ-Roi			X
	- Foyer de St-Célestin			X
04914	- Foyer de Nicolet	389 (00-05-17)	X	
11995	- Foyer Lucien Shogner	389 (00-06-01)	X	
02794	CLSC - CHSLD de l'Érable	416 (01-02-05)	X	
04944	CHSLD regroupement de la MRC Drummond	223 (97-07-27)		
	- Centre Frédérick-George-Hériot		X	
	- L'Accueil Bon-Conseil		X	
	CLSC du Haut St-Maurice :			
11175	- Foyer Méritas	-----		X
	CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan	480 (02-09-09)		
11265	- Foyer Mgr Paquin		X	
11695	- Foyer de Sainte-Thècle		X	
11495	Le CLSC et le CHSLD Les Blés d'Or	223 (97-07-27)		
	- Pavillon Charles-Aimé Vachon		X	
	- Pavillon Robert Morin		X	
	- CHSLD Les Seigneuries		X	
20745	Centre d'accueil Les Chutes Inc.	-----		X
Région 05 : Estrie				
01004	CLSC, CH et CHSLD de la MRC d'Asbestos	468 (02-03-17)		
	- Le centre d'accueil de Wotton		X	
	- Centre hospitalier d'Asbestos		X	
01024	Centre hospitalier de Coaticook ⁽²⁾	-----		X
01064	CH et CHSLD de Memphrémagog	223 (97-07-27)	X	
04504	Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François	240 (98-01-04)	X	
04524	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	240 (98-01-04)		X
10085	Foyer Wales	-----		X
10535	Le Foyer St-Joseph de Sherbrooke	-----		X
11375	La Maison Paternelle	-----		X
12075	La Résidence de l'Estrie de Sherbrooke Inc.	-----		X
20115	Centre d'Accueil Shermont Inc.	-----		X
20965	Maison Reine Marie Inc.	-----		X
23485	La Maison Blanche de North Hatley Inc.	201 (96-09-30)		X

(1) Service d'urgence (voir entente particulière).

(2) Service d'urgence exclu.

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
Région 06 : Montréal-Centre			partielle	complète
00164	Centre hospitalier Jacques-Viger	-----		X
00224	CHSLD Lucille Teasdale	261 (98-07-05)		X
00324	Centre hospitalier St-Michel	204 (97-01-01)		X
04024	Hôpital Grace Dart	-----		X
04044	Centre hospitalier Juif de l'Espérance	-----		X
04114	Le Centre de soins prolongés de Montréal	-----		X
04134	Hôpital Notre-Dame de la Merci Inc.	-----		X
04154	Hôpital St-Charles Borromée	177 (96-01-15)	X	
04164	Hôpital St-Joseph de la Providence	278 (98-11-17)		X
04224	La Corporation du Centre hospitalier gériatrique Maimonides	-----	X	
	CHSLD Champlain - Manoir de Verdun :			
04244	- Pavillon Champlain	292 (98-01-04)		X
04584	Hôpital Mont-Sinaï	139 (95-04-30)		X
05054	Centre le Cardinal Inc.	-----		X
05474	Centre d'hébergement St-Vincent-Marie Inc.	256 (98-04-01)		X
06774	Résidences Mance-Décary	153 (95-06-22)		X
08004	Centre hospitalier Côte-des-Neiges	-----		X
10045	Centre d'accueil Father Dowd	-----		X
10095	CHSLD Emilie Gamelin, Armand-Lavergne	-----		X
10365	Centre d'accueil St-Margaret	-----		X
10375	CHSLD Biermans -Triest	-----		X
10435	Manoir Cartierville	431 (01-04-01)	X	
11445	Manoir L'Age-D'or	-----		X
12245	La Corporation du Centre d'accueil de Lachine	-----		X
12275	CHSLD - CLSC St-Laurent	266 (98-09-15)		X
12305	Foyer Dorval	-----		X
13005	Foyer Rousselot	-----		X
15135	Centre d'accueil Juif	-----		X
15355	Résidence Jean de La Lande	-----		X
15645	Centre d'accueil Louis-Riel	201 (96-09-30)	X	
15725	Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger	-----		X
15775	Centre d'accueil Nazaire Piché	-----		X
15795	Le Centre d'accueil Réal-Morel	-----	X	
	CLSC J.- Octave Roussin :			
15865	- Centre François-Séguenot	-----		X
16185	Centre d'accueil Chevalier de Lorimier	-----		X
16305	CLSC - CHSLD de Rosemont	412 (00-11-01)		
	- Résidence Robert-Cliche			X
	- Centre d'hébergement Marie-Rollet			X
	CLSC-CHSLD La Petite Patrie :			
16325	- CHSLD Paul-Gouin	510 (03-12-08)		X
	Centre hospitalier Richardson :			
16335	- Centre d'accueil Henri Bradet	-----		X
	CLSC Montréal-Nord :			
16395	- Résidence Paul Lizotte	-----		X
16525	Résidence Yvon-Brunet	-----		X
17775	Les résidences Laurendeau, Légaré, Louvain	-----		X
17855	C.H.S.L.D. Jeanne-LeBer	510 (03-12-08)		X
	Vigi Santé Ltée :			
23645	- CHSLD Mont-Royal	153 (95-08-29)		X
24055	Les foyers presbytériens de St-Andrew Inc.	-----		X
24095	Résidence Berthiaume-DuTremblay	-----		X
25165	Les résidences montréalaises de l'Église unie pour personnes âgées	-----		X
	Les Cèdres-Centre d'accueil pour personnes âgées			
28195	Les Cèdres-Centre d'accueil pour personnes âgées	240 (97-10-17)		X

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
			partielle	complète
Région 07 : Outaouais				
10265	Centre d'accueil La Petite Nation	-----		X
11305	Le Foyer d'accueil de Gracefield	-----		X
11325	CHSLD de Hull	-----		X
12565	Foyer Père Guinard	-----		X
	CLSC et CHSLD de Gatineau :			
15275	- Centre d'accueil de Gatineau	253 (98-02-03)		X
15735	Centre d'accueil Renaissance	-----		X
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
04604	Centre hospitalier St-Jean	-----		X
10815	Le Foyer de l'Age D'Or Inc.	-----		X
11045	Villa St-Martin Inc.	-----		X
11515	Maison Pie XII	-----		X
12395	Foyer Harricana Inc.	-----		X
12415	Foyer de Val D'Or Inc.	-----		X
12425	Le Foyer Mgr Halde	-----		X
Région 09 : Côte Nord				
07444	CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan :			
	- Pavillon Boisvert	517 (04-01-01)	X	
10865	Foyer Monseigneur Gendron Inc.	-----		X
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine				
11205	La corporation du Centre d'accueil de Cap-Chat	-----		X
15055	Centre d'accueil de la Baie	-----		X
Région 12 : Chaudière-Appalaches				
02854	Complexe de santé et CLSC Paul Gilbert	278 (99-01-04)	X	
02864	Les CHSLD de Beauce	261 (98-05-25)		
	- L'Accueil de Ville St-Georges de Beauce		X	
	- Centre d'accueil St-Honoré		X	
	- Le Pavillon Notre-Dame		X	
	- Centre hospitalier de Beauceville	261 (98-05-25)	X	
04904	Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins			
	- Le Sanatorium Bégin	204 (97-01-01)		X
	- Foyer Lac Etchemin	214 (97-01-01)		X
	- Pavillon de l'Hospitalité	214 (97-01-01)		X
10105	Foyer D'Youville	-----		X
11625	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Bellechasse	233 (97-11-02)		
	- Foyer St-Raphaël			X
	- Pavillon de l'Age d'Or St-Anselme			X
	- Villa Prévost			X
	- Foyer St-Gervais			X
11865	Les CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet	416 (01-02-05)		
	- St-Eugène			X
11855	- Ste-Perpétue		X	

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
			partielle	complète
Région 12 : Chaudière-Appalaches (suite)				
12495	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Lotbinière - Saint-Apollinaire - Saint-Flavien - Saint-Sylvestre - Sainte-Croix	468 (02-04-08)	X X X X	
12545	CHSLD de l'Amiante - Foyer S.-C. de Jésus d'East Broughton - Foyer Valin Inc. - Foyer de Disraeli	367 (99-12-01)		X X
15175	CLSC Desjardins - Pavillon St-Antoine Enr. - Pavillon Lauzon	311 (99-05-02)	X	X
23625	Pavillon Bellevue Inc.	-----	X	
Région 13 : Laval				
05374	CHSLD St-Jude Inc.	-----		X
10875	CHSLD de Laval : - Centre d'accueil Fernand Larocque CLSC et CHSLD du Marigot : - Édifice Idola St-Jean	416 (01-02-05)	X	
15615	CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval : - Résidence Rose-de-Lima	459 (01-12-17)	X	
18205	Résidence Riviéra	456 ((01-10-14)	X	
26975	Centre d'hébergement St-François Inc.	405 (00-09-18)		X
28055	Vigi Santé Ltée : - CHSLD Vigi L'Orchidée Blanche	-----		X
29605		474 (02-07-01)	X	
+	Région 14 : Lanaudière			
06414	Centre hospitalier Le Château de Berthier Inc.	-----		X
10555	Le CHSLD Montcalm CLSC-CHSLD d'Autray	-----	X	
+ 10795	- Centre d'accueil Désy	276 (98-09-27)		
12105	CLSC-CHSLD Meilleur Carrefour SSS de Matawinie (CLSC-CHSLD)	529 (04-03-08)	X	
12115	- Centre d'accueil Brassard	292 (99-01-31)		X
12215	- Foyer de St-Donat Inc.	261 (98-07-05)		X
28465	Centre d'hébergement des Moulins Inc.	-----		X
29635	CHSLD de la Côte Boisée	384 (99-12-22)	X	
Région 15 : Laurentides				
07774	CHSLD Drapeau Deschambault	240 (98-01-04)		X
10225	Centre d'accueil Sainte-Anne de Mont-Laurier	-----		X
12195	Accueil Come Cartier	-----		X
13865	Les CHSLD de la Rive et de Mirabel	-----		X
15265	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	266 (98-09-15)		X
28205	Villa du Vieux Sapin Inc.	-----		X
29615	CHSLD Villa Soleil	416 (00-12-11)	X	

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION	
Région 16 : Montérégie			partielle	complète
01044	Centre hospitalier du Comté de Huntingdon	-----		X
04234	CHSLD de la MRC de Champlain	397 (00-07-31)	X	
04464	CHSLD du Bas Richelieu	233 (97-11-02)		X
07734	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie	459 (01-12-17)		
	- CH de Bedford, les Foyer Farnham	223 (97-07-27)	X	
	- Centre d'accueil de Cowansville	431 (01-04-02)	X	
28515	- Foyer Sutton	459 (01-12-17)		X
	CLSC/CHSLD Des Maskoutains :			
10975	- Centre Andrée-Perreault	233 (97-11-02)		X
11235	Le regroupement des CHSLD des Trois Rives	266 (98-09-15)		X
12135	Le Foyer de Châteauguay Inc.	-----		X
14095	Centre d'accueil La Prairie	-----		X
15095	Centre Rouville	-----		X
15385	CLSC/CHSLD de la Vallée du Richelieu	233 (97-11-02)		
	- Centre Marguerite-Adam, centre Montarville			X
15535	Centre d'accueil Jeanne Crevier	-----		X
15545	Centre d'accueil Contrecoeur	-----		X
15825	CHSLD de Longueuil	-----	X	
15855	Centre d'accueil Pierre-Rémi Narbonne	-----		X
16175	Foyer Lajemmerais	-----		X
16545	Les centres du Haut St-Laurent (CHSLD)	-----		X
23895	Centre d'accueil Marcelle Ferron Inc.	-----		X
25605	Foyer Notre-Dame de Laprairie	372 (00-01-10)	X	
28115	Accueil du Rivage Inc.	-----		X
29425	Centre d'hébergement C.P.L. Argyle inc.	498 (03-06-15)	X	
	- Résidence du Parc			
29545	La maison des Aîné(es)	504 (03-08-04)	X	
29665	Le Manoir Harwood	443 (01-08-01)		X

- # **AVIS :** 1- Certains établissements ont été retirés par les accords suivants : 127, 132, 138, 139, 143, 144, 165, 185, 190, 204, 213, 223, 233, 240, 253, 256, 259, 261, 266, 267, 276, 278, 286, 292, 302, 321, 342, 384, 389, 397, 416, 443, 468, 510, 517, 522, 528 et 529.
- 2- L'absence de n° d'accord signifie que l'établissement faisait partie de l'annexe de cette entente particulière à la date de la signature de celle-ci.

ENTENTE PARTICULIÈRE**AYANT POUR OBJET LE CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (C.L.S.C.) CENTRE-VILLE ET LES SERVICES DISPENSÉS AUX PERSONNES ITINÉRANTES DE MONTRÉAL****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 certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui, étant détenteur d'une nomination à cette fin du C.L.S.C. Centre-Ville, assure la dispensation de services professionnels dans les organismes communautaires participant au programme conjoint ministère de la Santé et des Services sociaux-Ville de Montréal à l'intention des personnes itinérantes de Montréal.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, telle qu'amendée subséquemment, s'applique au médecin qui dispense des services professionnels visés aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 POINT DE SERVICE ET PROGRAMME

3.01 Les locaux qu'occupent les organismes participant au programme conjoint constituent, aux fins de la présente entente particulière, des points de service du C.L.S.C. Centre-Ville;

3.02 Toujours aux mêmes fins, les services professionnels dispensés à ces endroits par un médecin font partie des programmes de santé de cet établissement.

4.00 RÉMUNÉRATION

4.01 Le médecin qui dispense des services médicaux dans le cadre de la présente entente particulière est, pour le temps qu'il consacre à ses activités professionnelles, rémunéré selon le mode de la vacation;

4.02 Toutefois, ce mode de rémunération ne s'applique pas au médecin qui, dans l'établissement visé aux présentes, est déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes et participe, pendant sa période régulière d'activité professionnelle, à la dispensation des services professionnels visés à la présente entente particulière;

4.03 Le nombre d'heures allouées par le ministre pour la dispensation de services professionnels dans le cadre de la présente entente particulière est d'au maximum quarante-cinq (45) par semaine;

4.04 Les rémunérations visées au présent article couvrent l'ensemble de l'activité professionnelle des médecins, à savoir :

- a) la dispensation de services médicaux;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire ou à des activités d'encadrement, et qui sont reliées à la dispensation de services médicaux aux personnes itinérantes de Montréal;
- c) les tâches d'administration, de coordination et de planification que requiert la dispensation des soins médicaux visés aux présentes.

AVIS: Veuillez utiliser les codes d'activités suivants :

- 030030, Services cliniques
- 030032, Rencontres multidisciplinaires
- 030038, Coordination
- 030043, Tâches médico-administratives et hospitalières
- 030055, Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)
- 030098, Services de santé durant le délai de carence

5.00 GARDE

5.01 En dehors de l'horaire prévu pour fins de dispensation de services médicaux, les médecins n'assurent, au bénéfice des organismes communautaires, aucun service de garde, sur place ou en disponibilité.

6.00 EXONÉRATION

6.01 Le médecin dont la nomination a pour objet exclusif, dans l'établissement visé aux présentes, la dispensation de services professionnels selon la présente entente particulière ne peut être contraint d'accepter, dans le C.L.S.C. visé, une activité professionnelle autre que celles visées aux présentes;

6.02 Le paragraphe précédent ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement concerné, lorsque ces activités se rapportent aux services visés aux présentes.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière ayant pour objet le Centre local de services communautaires (CLSC) Centre-Ville et le dispensaire médical de la maison Dernier Recours de Montréal. Elle prend effet à la date de sa signature et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^e 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

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****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 1^{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 :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement ou partie d'un établissement énuméré à l'annexe I des présentes, dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation en déficience physique (moyen séjour, réadaptation fonctionnelle intensive).

1.02 Cette entente particulière porte également sur la rémunération du médecin qui est appelé, à titre de médecin de famille d'une personne, à participer à son évaluation en vue de son orientation ou du suivi médical à lui être accordé.

1.03 L'annexe I des présentes comprend la liste des établissements dispensant un programme visé 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 RÉMUNÉRÉES

AVIS : Rémunération selon le tarif horaire ou honoraires fixes, veuillez utiliser les codes d'activités suivants en remplaçant le **X**, par le chiffre **2, 3 ou 7**, selon la situation :

- MOYEN SÉJOUR OU RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE = 042XXX

- ADAPTATION - RÉADAPTATION, SERVICES EXTERNES = 043XXX

- ADAPTATION - RÉADAPTATION, AUTRES PROGRAMMES = 047XXX

04X030, Services cliniques

04X032, Rencontres multidisciplinaires

04X043, Tâches médico-administratives et hospitalières

04X055, Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la Justice)

04X063, Garde sur place

04X071, Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités (tarif horaire)

04X080, Participation du médecin de famille (tarif horaire)

04X098, Services de santé durant le délai de carence

3.01 La rémunération, selon le mode des honoraires fixes ou celui de la vacation, prévue à la présente entente particulière, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins à un patient;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique, à la consultation médicale et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche, notamment un parent ou un ami du patient.

3.02 Par extension, la rémunération prévue au présent article couvre également les consultations reliées à la présente entente que le médecin est, pendant une période où il est rémunéré selon l'un de ces modes, appelé à dispenser ailleurs dans l'établissement, auprès d'une même clientèle à l'extérieur d'un programme visé aux présentes.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'entente générale, le médecin qui exerce dans le cadre du programme visé à l'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 à la vacation 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 ne dispense pas de soins de façon régulière dans l'établissement visé aux présentes peut être rémunéré à l'acte selon l'entente générale lorsqu'il y dispense des soins à la demande de son patient. L'établissement informe la Régie de l'assurance maladie du Québec de ces cas d'exception.

Également, peuvent être rémunérés à l'acte les services médico-administratifs prévus à l'annexe XIII de l'Entente.

4.03 Même s'il n'est détenteur d'aucune nomination dans un établissement désigné à l'annexe I, le médecin de famille visé au paragraphe 1.02 de la présente entente particulière est rémunéré selon le mode de la vacation pour les activités visées par ce paragraphe.

4.04 Au bénéfice du médecin visé au paragraphe 1.02, la présente entente particulière tient lieu des nomination et autorisation permettant à ce médecin d'être rémunéré selon le mode de la vacation.

4.05 Le nombre d'heures qui est alloué, sur base annuelle, à un établissement, pour l'ensemble des activités professionnelles visées aux présentes est déterminé par le Ministre. Le comité mixte prévu à l'article 6.00 de la présente entente particulière peut soumettre au Ministre les avis qui lui semblent pertinents sur cet objet.

4.06 La répartition entre les médecins de ce nombre d'heures est déterminée par le médecin responsable des soins médicaux, après consultation des médecins régis selon la présente entente particulière.

4.07 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente particulière et de leur mode de rémunération.

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

5.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions prévues à l'entente générale.

AVIS : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire la lettre «E» dans la case C.S.*

6.00 COMITÉ MIXTE

6.01 Le Ministre et la Fédération constituent un comité mixte formé de deux (2) membres, l'un nommé par le Ministre, l'autre par la Fédération.

6.02 Il incombe au comité de voir à informer et à conseiller les établissements et les médecins visés aux présentes, relativement à la mise en oeuvre de la présente entente particulière.

6.03 Ce comité a également pour fonctions 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'un établissement;
- b) les effets d'une modification au permis d'un établissement.

6.04 Ce même comité voit à évaluer le fonctionnement de la présente entente et à recommander, s'il y a lieu, au Ministre et à la Fédération, les correctifs nécessaires.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière prend effet à la date de sa signature et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^e jour de septembre 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 établissements ou parties d'établissement désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération du médecin qui dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique.

		Accord	Date
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean			
02473	Hôpital de Chicoutimi	124	94-09-01
02513	Centre hospitalier Jonquière	351	99-09-13
Région 03 : Québec			
10013	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	415	00-08-07
+	Centre jeunesse de Québec :		
+ 10303	- Le Gouvernail - Réadaptation adolescents	535	04-05-10
+ 10293	- L'Escale - Réadaptation interne adolescentes	535	04-05-10
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs			
10053	Centre de réadaptation Interval	192	96-05-01
Région 05 : Estrie			
10133	Centre de réadaptation de l'Estrie Inc.	63	93-06-21
Région 06 : Montréal-Centre			
04093	Hôpital des Convalescents de Montréal Inc.	46	92-09-21
00803	Institut de réadaptation de Montréal	46	93-01-01
10023	Centre de réadaptation Lucie Bruneau	63	93-06-21
10033	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge	86	94-01-01
10153	Institut Raymond-Dewar	473	02-02-15
Région 07 : Outaouais			
10193	Centre de réadaptation La Ressource	86	94-01-01
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
44939	Centre de réadaptation La Maison	198	96-09-23
Région 12 : Chaudière- Appalaches			
02853	Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert : - Point de service Charny	445	01-08-06
Région 13 : Laval			
04213	Hôpital juif de réadaptation	86	94-01-01
Région 14 : Lanaudière			
10183	Centre d'accueil de réadaptation Le Bouclier	86	94-01-01
Région 15 : Laurentides			
11353	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle : - Centre de l'Annonciation	252	98-03-01

Région 16 : Montérégie		Accord	Date
00953	Hôpital Charles Lemoyne	391	00-05-08
18153	Centre Montérégien de réadaptation	514	03-10-06

Remarque : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'Accord.

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 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1. 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 dont traite cette loi.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1 Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3. 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 à l'article 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 l'article 5 de la présente entente.

3.2 Pour le médecin qui débute sa pratique, pour le médecin qui débute une pratique dans une nouvelle région et également pour le médecin qui est en pratique au 1^{er} septembre 2003, sous réserve des mesures transitoires prévues à l'article 6 des présentes, son adhésion à la présente entente doit respecter les modalités suivantes :

3.2.1 Au cours du premier trimestre tel que défini à l'annexe IX de l'entente générale, le médecin doit :

- adresser une demande à la régie régionale du territoire où il exerce pour plus de 50 % de ses journées de facturation pour obtenir la liste des activités médicales particulières disponibles proposées par le département régional de médecine générale (DRMG) de la régie régionale;
- dans le cas où un médecin n'exerce pas pour plus de 50 % de ses journées de facturation dans une même région, la régie régionale visée au présent sous-paragraphe est celle où il exerce le plus de jours;
- entreprendre les démarches auprès de ou des établissement(s) qui apparaissent à la liste;

Aux fins de la détermination de la régie responsable, on ne considère pas les journées de facturation faites dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30 de l'entente générale.

3.2.2 Au cours du trimestre suivant, le médecin doit :

- obtenir la nomination de l'établissement visé au sous-paragraphe 3.2.1;
- transmettre copie de cette nomination au DRMG de la régie régionale concernée;

Cette nomination doit, dans le cadre de la présente entente, prévoir explicitement le volume d'activités particulières auquel s'engage le médecin.

Sous réserve des dispositions de l'article 4 des présentes, le médecin qui veut se voir reconnaître des activités médicales particulières, en tout ou en partie, dans les secteurs v) et vi) visés au paragraphe 4.1 des présentes, doit, au cours du même trimestre énoncé ci-dessus :

- produire au DRMG de la région régionale les pièces justificatives lui permettant d'obtenir la reconnaissance de ses activités à titre d'activités médicales particulières conformément au deuxième alinéa du paragraphe 4.1;
- obtenir, le cas échéant, la nomination d'un établissement visé par les secteurs v) et vi) précités;
- obtenir une reconnaissance de la part du DRMG de la région régionale de ses activités comme activités médicales particulières.

Dans tous les cas, cette reconnaissance doit prévoir le volume d'activités reconnues.

3.2.3 Le DRMG de la région régionale visée au sous-paragraphe 3.2.1, au plus tard deux (2) semaines avant la fin du trimestre visé au sous-paragraphe 3.2.2, doit :

- confirmer au médecin que son engagement s'inscrit dans la liste des activités médicales particulières de la région régionale et qu'il répond aux exigences de la présente entente. La Régie reçoit copie de cette confirmation;
- ou, dans le cas où l'offre de services du médecin ne s'inscrit pas de façon satisfaisante dans la liste des activités médicales particulières ou qu'il ne répond pas aux exigences de la présente entente, aviser le médecin qu'il doit apporter des rajustements à son offre et permettre au médecin de faire ses observations;

3.2.4 Sauf circonstances exceptionnelles et avec l'approbation du comité paritaire, l'adhésion du médecin à la présente entente devient effective, au plus tard, au début du trimestre suivant celui visé au sous-paragraphe 3.2.2 ci-dessus.

Dans le cas où l'adhésion du médecin à la présente entente n'est pas confirmée à la date de début de ce troisième 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 son avis d'adhésion à la Régie.

3.3 Activités médicales particulières hors région ou nationales

3.3.1 D'une façon générale, lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, 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 à cette dernière. La région régionale auprès de laquelle le médecin effectue des activités médicales particulières informe alors par écrit la région régionale décrite au paragraphe 3.2.1 de l'engagement du médecin et de son respect.

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 du 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'activités médicales particulières, 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 de la région régionale décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes. Le comité paritaire en informe, s'il y a lieu, cette région régionale;
- b) dans le cas où le médecin qui veut se voir reconnaître comme activités médicales particulières 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, à la région régionale décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes y compris en ce qui a trait à la partie relative aux activités en cause.

4. ENGAGEMENT DONNANT LIEU À L'ADHÉSION

4.1 Détermination des activités médicales particulières

En tenant compte des responsabilités dévolues par la Loi au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), l'engagement du médecin relatif aux activités médicales particulières doit se situer dans le cadre de la liste des activités proposées par le DRMG. Dans un premier temps, cet engagement doit avoir comme objet les activités décrites ci-dessous :

- i) De façon prioritaire, 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;
- ii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;
- iii) 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;
- iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique.

Dans un second temps, le médecin peut se voir reconnaître des activités dans les secteurs v) et vi) ci-dessous lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- 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 iv) 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);

Le médecin ne peut se voir reconnaître des activités médicales particulières dans les secteurs v) et vi) d'un DRMG d'une région régionale autre que celle visée au sous-paragraphe 3.2.1 lorsque cette dernière peut lui en attribuer dans les secteurs d'activités i) à iv);

- v) La dispensation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement;
- vi) La participation à toute autre activité prioritaire déterminée par la région régionale et approuvée par le Ministre dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier.

Les activités du secteur iii) ci-dessus, en regard du programme de soutien à domicile d'un CLSC ne peuvent être reconnues que si le médecin détient une nomination de l'établissement même si cette nomination n'a pour objet que sa participation à la garde en disponibilité.

Les activités du secteur v) ci-dessus en regard de la clientèle vulnérable répondent aux conditions prévues à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables notamment en ce qui a trait à l'identification du médecin de famille par le patient visé à cette entente. Il peut également couvrir une clientèle reconnue prioritaire par le DRMG et acceptée à ce titre par accord des parties.

Les services médicaux visés dans les secteurs i) à iv) inclusivement 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 activités médicales particulières. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes.
- b) Exceptionnellement, le comité paritaire peut, sur recommandation du DRMG, autoriser un médecin à se voir reconnaître des activités dans le cadre des secteurs v) ou vi) ci-dessus malgré la disponibilité d'activités médicales particulières dans les secteurs i) à iv) tel qu'apparaissant ci-dessus.
- c) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au paragraphe précédent, le DRMG de la régie régionale peut exempter un médecin d'effectuer ses activités médicales particulières dans le secteur d'activités i) pour une des raisons suivantes :
 - a) Grossesse;
 - b) Pratique active en obstétrique;
 - c) Incapacité physique ou mentale grave le rendant inapte à exercer cette activité :

Pour tout autre motif, la demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG de la régie régionale et approuvée par le comité paritaire.

4.3 Exigences de base

Tout médecin doit, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectuer ses activités soit sur le territoire d'une régie régionale, soit sur les territoires de plus d'une régie régionale, selon les modalités qu'édicté la présente entente particulière.

La participation du médecin de moins de quinze (15) ans de pratique aux activités médicales particulières d'une ou de plusieurs régies régionales doit être de douze (12) heures par semaine, en moyenne ou, sur une base trimestrielle de cent trente-deux (132) heures;

La participation du médecin de quinze (15) ans mais de moins de vingt (20) ans de pratique est établie à six (6) heures par semaine en moyenne ou, sur une base trimestrielle de soixante-six (66) heures;

Le médecin qui compte vingt (20) ans ou plus de pratique, adhérent à la présente entente, peut être appelé par le DRMG de la régie régionale à participer à des activités médicales que ce dernier reconnaît comme prioritaires. Cette demande du DRMG de la régie régionale doit être justifiée par des besoins ne pouvant être comblés par les médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique.

Exceptionnellement, le DRMG de la régie régionale peut modifier les exigences de base énoncées ci-dessus notamment dans les 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 répondre aux 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 d'une régie régionale doit, sur une base trimestrielle, diminuer la quantité d'activités médicales particulières exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

**Rémunération annuelle
du médecin**

jusqu'à 19 999 \$
de 20 000 \$ à 39 999 \$
de 40 000 \$ à 60 000 \$

**Exigences de base par semaine
Médecin de moins de 15 ans de pratique**

3 heures
6 heures
9 heures

Ces exigences sont réduites de moitié pour le médecin qui compte 15 ans mais moins de 20 ans de pratique et dont la rémunération se situe dans une des catégories décrites ci-dessus.

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 activités médicales particulières.

4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin aux fins des activités médicales particulières doit être basée sur les critères apparaissant à l'annexe II des présentes pour les différents secteurs d'activités pouvant être reconnus comme activités médicales particulières. 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 activités médicales particulières 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 trimestre suivant la date de la confirmation de son adhésion par le DRMG de la régie régionale à la Régie. L'engagement est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

- Le médecin et le DRMG de la régie régionale sont d'accord pour procéder à une révision de l'engagement;
- Le DRMG de la régie régionale considère que les effectifs médicaux sont particulièrement insuffisants dans l'un des secteurs d'activités i) à iv) énumérés au paragraphe 4.1 des présentes. Cette révision n'est applicable que si l'engagement du médecin comprend des activités dans les secteurs v) et 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'un établissement de la région ou d'un établissement situé 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 des secteurs v) et 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.

4.7 Refus d'adhésion

Lorsque des activités médicales particulières sont disponibles dans un territoire de régie régionale, 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 de l'assurance maladie, conformément aux articles 6. et 7. des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique à la régie régionale concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes.

5. RÉDUCTION

5.1 Modalités de base

Une réduction de 30 % s'applique à la rémunération versée pendant un trimestre et provenant des activités professionnelles autres que celles effectuées dans les secteurs i) à iv) inclusivement prévus au paragraphe 4.1 des présentes. Elle s'applique dans les cas suivants :

- Le médecin qui n'a pas adhéré à la présente entente quel que soit son nombre d'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, par le comité paritaire en vertu du 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 de la Régie régionale visée au paragraphe 3.2.1 des présentes ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du 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 7.3 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 pour les 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* et la *Loi sur les accidents du travail*.

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.

Pour les fins de l'application des articles 2 et 3 de l'annexe IX, la rémunération sujette à l'application de la réduction prévue dans le cadre de l'entente sur les activités médicales particulières 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.

AVIS : *Le médecin doit préciser à la Régie les dates de début et de fin de la période d'exemption dont il désire se prévaloir.*

5.4 Exemption

En outre et de façon exceptionnelle, le comité paritaire peut, après avis du DRMG de la région régionale, exempter un médecin de l'application de la réduction pour des raisons non prévues par l'entente.

6. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Tout médecin en pratique au cours du trimestre allant du 1^{er} septembre au 30 novembre 2003 est réputé adhérent à la présente entente jusqu'à sa date prévue d'adhésion qui lui est signifiée par la Régie, ou le cas échéant, par le DRMG, selon les modalités apparaissant aux paragraphes 6.1 à 6.4 ci-dessous.

Le médecin dont le profil de pratique s'est modifié au cours des mois précédant l'entrée en vigueur de la présente entente ou pour toute autre raison et qui n'est pas d'accord avec la date d'adhésion qui lui est signifiée par la Régie peut demander une révision de cette date d'adhésion au DRMG. Le DRMG, en se basant sur les modalités apparaissant aux paragraphes 6.1 à 6.4 ci-dessous, évalue la situation du médecin et, s'il y a lieu, avise la Régie de la modification à apporter à la date d'adhésion du médecin.

6.1 Démarche d'adhésion à entreprendre durant le trimestre allant du 1^{er} décembre 2003 au 29 février 2004

Le médecin qui débute sa pratique pendant l'année 2003 doit entreprendre les procédures d'adhésion, conformément à l'article 3 des présentes, au cours du trimestre du 1^{er} décembre 2003 au 28 février 2004.

6.2 Démarche d'adhésion à entreprendre durant le trimestre allant du 1^{er} mars au 31 mai 2004

Le médecin qui, au cours de la période allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, n'a pas répondu aux exigences de base établies au paragraphe 4.3 des présentes dans les secteurs d'activités i) à iv) inclusivement du paragraphe 4.1 doit entreprendre les procédures d'adhésion, conformément à l'article 3 des présentes, au cours du trimestre du 1^{er} mars au 31 mai 2004.

Le médecin adhérent, au 31 août 2003, à l'entente relative aux activités médicales particulières conclue en fonction des dispositions législatives antérieures au 1^{er} juillet 2003 est visé par le sous-paragraphe précédent si son engagement ne porte pas, en totalité, selon les exigences de base établies au paragraphe 4.3 des présentes, sur les secteurs i) à iv) du paragraphe 4.1 de la présente entente.

6.3 Démarche d'adhésion à entreprendre durant le trimestre s'échelonnant du 1^{er} juin au 31 août 2004

Sous réserve des dispositions du paragraphe 6.4, le médecin de moins de vingt (20) ans de pratique qui a répondu au cours de la période allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, aux exigences de base établies au paragraphe 4.3 dans les secteurs i) à iv) du paragraphe 4.1 des présentes. Il n'est pas tenu d'entreprendre les procédures d'adhésion conformément à l'article 3 des présentes avant le trimestre du 1^{er} juin au 31 août 2004.

6.4 Démarche d'adhésion à entreprendre durant le trimestre allant du 1^{er} septembre au 30 novembre 2004

Le médecin adhérent au 31 août 2003 à l'entente relative aux activités médicales particulières conclue en fonction des dispositions législatives antérieures au 1^{er} juillet 2003 et répondant aux exigences de base établies au paragraphe 4.3 dans les secteurs i) à iv) du paragraphe 4.1 des présentes pour la totalité de son engagement ainsi que le médecin de moins de quinze (15) ans de pratique qui a réalisé, au cours de la période allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, plus de 50 % de sa pratique, 25 % s'il compte quinze (15) ans ou plus mais moins de vingt (20) ans de pratique, dans les secteurs i) à iv) du paragraphe 4.1 des présentes. Il n'est pas tenu d'entreprendre les procédures d'adhésion conformément à l'article 3 des présentes avant le trimestre s'échelonnant du 1^{er} septembre au 30 novembre 2004.

Cette disposition s'applique également au médecin de vingt (20) ans ou plus de pratique quel que soit son profil de pratique.

6.5 Dispositions relatives à l'entente ayant pour objet les activités médicales particulières se terminant le 31 août 2003

L'application de la pénalité prévue au paragraphe 3.5.6 de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières se terminant le 31 août 2003, pour un des trois (3) derniers trimestres d'application de cette entente, se fait selon les dispositions du premier alinéa du paragraphe 3.5.6 de cette entente mais en tenant compte de la rémunération versée pour des services dispensés au cours des trimestres suivant la fin de l'entente.

6.6 Cas particuliers

6.6.1 Malgré ce qui précède, un médecin de moins de quinze (15) ans de pratique qui, au 1^{er} septembre 2003, exerce exclusivement dans des secteurs d'activités non cliniques depuis plus de quatre (4) ans peut se voir reconnaître des activités dans le cadre du secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes malgré la disponibilité d'activités médicales particulières dans les secteurs i) à iv) du même paragraphe.

6.6.2 Le médecin qui, au 1^{er} septembre 2003, exerce exclusivement dans des secteurs d'activités non cliniques depuis plus de quatre (4) ans et qui compte quinze (15) ans ou plus de pratique selon les dispositions de l'annexe I des présentes est réputé répondre aux exigences de la présente entente. En outre, ce médecin bénéficie des dispositions prévues à la présente entente pour le médecin ayant plus de vingt (20) ans de pratique;

6.6.3 Le médecin qui, au 1^{er} septembre 2003, exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une région désignée ou éloignée et ciblée par le comité paritaire est réputé, avec l'approbation du DRMG de la région régionale et du comité paritaire, répondre aux exigences de la présente entente;

6.7 Reconnaissance de certaines activités faites au 1^{er} septembre 2003

Lors du premier engagement d'un médecin dans le cadre de la présente entente, le DRMG de la région régionale doit reconnaître à tout médecin en pratique au 1^{er} septembre 2003 et qui le demande, comme activités médicales particulières, les activités qu'il fait au 1^{er} septembre 2003 dans les secteurs i) à iv);

6.8 Suivi

Au plus tard le 1^{er} février 2004, la Régie informe chaque médecin de son profil de pratique tel que requis par l'application des paragraphes précédents du présent article à savoir :

- La répartition de sa rémunération selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe III des présentes selon les secteurs d'activités suivants : service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde, soins dispensés à un patient hospitalisé en soins de courte durée, à un patient hébergé dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un centre de réadaptation;
- Le nombre d'années de pratique du médecin;
- Le trimestre pendant lequel il devra entreprendre les procédures d'adhésion.

En outre, la Régie informe également les médecins qu'elle transmettra les mêmes renseignements au DRMG de la région régionale concernée, sauf dans les cas où le médecin avise la Régie dans les dix (10) jours de la réception de ces renseignements, qu'il les communiquera lui-même au DRMG.

Le médecin qui veut faire reconnaître ses activités dans le cadre du programme de soutien à domicile d'un CLSC impliquant une garde en disponibilité doit faire attester par l'établissement le nombre moyen hebdomadaire de visites à domicile qu'il effectue auprès des bénéficiaires de ce programme. Il transmet l'information au DRMG de la région régionale.

Le médecin qui a exercé dans des secteurs d'activités visés aux sous-paragraphes 6.6.1 et 6.6.2 en informe le DRMG de la région régionale et la Régie. La Régie effectue les vérifications requises en regard de l'application desdits paragraphes et en informe le médecin et le DRMG de la région régionale.

7. PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS**7.1 Dispositions s'appliquant au DRMG de la région régionale**

Le DRMG de la région régionale s'assure du respect des procédures d'adhésion décrites à l'article 3 des présentes et des délais qui y sont spécifiés.

De plus, il 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 activités médicales particulières qui ont cours sur son territoire à tout médecin qui en fait la demande sauf pour celles relevant d'une instance à vocation nationale qui est 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 l'avis de nomination du médecin ou, le cas échéant, convenir avec le médecin d'une reconnaissance de ses activités en cabinet ou dans un milieu autre qu'un établissement;
- 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 en lien avec l'établissement concerné et 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 à l'article 5 des présentes;
- lorsque l'engagement du médecin concerne plus d'une régie régionale, transmettre toute information pertinente au DRMG de l'autre régie régionale intéressée. Chaque DRMG fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui la concerne et informe le DRMG de la régie régionale visée au paragraphe 3.2.1 des présentes, du respect ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin.

7.2 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 de l'assurance maladie du Québec doit :

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.

En ce qui a trait au médecin adhérent :

- sur demande du DRMG de la régie régionale visée au 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 territoire et par établissement;
- appliquer la réduction suite à la demande du DRMG de la régie régionale et selon les modalités prévues aux présentes;
- lorsqu'un médecin exécute des activités médicales particulières sur les territoires de plus d'une régie régionale, aviser le médecin et les DRMG concernés de l'identité de la régie régionale 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.

En ce qui a trait à l'évaluation du fonctionnement de la présente entente en regard des objectifs poursuivis d'une meilleure répartition des effectifs médicaux et d'une augmentation de la participation des médecins dans les secteurs d'activités i) à iv) inclusivement du paragraphe 4.1 des présentes, la Régie doit, sur la base des règles de conversion apparaissant en annexe III des présentes, transmettre annuellement :

- Au DRMG de la régie régionale, et sur demande, au comité paritaire, le profil de pratique de chaque médecin du territoire, profil de pratique converti en heures-services selon les règles de conversion retenues et visant les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes.
- Au DRMG et au comité paritaire, un tableau-synthèse, par région, et en se basant sur les règles de conversion, sur les éléments suivants :
 - nombre de médecins répondant aux exigences de base prévues à la présente entente;
 - répartition de leurs activités selon les secteurs d'activités apparaissant au paragraphe 4.1 des présentes;
 - évolution globale et par région du nombre d'heures-services dans les secteurs d'activités visés à la présente entente.

7.3 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 des régies régionales, d'évaluer le fonctionnement de l'entente eu égard à ses objectifs et de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

8. ÉVALUATION

Les parties conviennent de procéder, au cours du trimestre allant du 1^{er} mars au 30 juin 2005 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* à savoir l'augmentation de la participation des médecins aux activités ciblées particulièrement celles des secteurs i) à iv) du paragraphe 4.1 des présentes sur la base d'une participation équitable des médecins et du respect individuel des exigences de base.

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.

9. DIFFÉREND

9.1 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.

9.2 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, une régie régionale ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières dans plus d'un territoire, une régie régionale de 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.

9.3 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'une régie régionale ou d'une régie de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue 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.

9.4 Seule une décision du Ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'une régie régionale, d'une régie 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.

9.5 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément à l'article 9.7 de la présente entente. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.

9.6 Nonobstant les dispositions de l'article 9.5, 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.

9.7 Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin, lorsque le litige se fonde, 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, lorsque aucune question de cumul n'est soulevée, être dirigé, indistinctement, contre la Régie de l'assurance maladie du Québec ou la régie régionale en cause, ou les deux.

Lorsque le différend réfère à un cas de cumul d'activités médicales particulières, ce différend doit être dirigé contre la Régie de l'assurance maladie du Québec ou la régie visée au 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 la régie régionale visée et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Toutefois, lorsque le différend l'exige, un établissement peut également être partie à ce différend.

9.8 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.

9.9 Advenant contestation, la régie de 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 régies régionales intéressées au dossier des activités médicales particulières d'un médecin, que ce soit aux fins de l'application de l'article 9.7 qui précède ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des activités médicales particulières d'un médecin.

9.10 Le Ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.

9.11 La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie de l'assurance maladie du Québec, une régie régionale, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.

9.12 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.

9.13 Le défaut par la Régie de l'assurance maladie du Québec, par une régie régionale 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.

9.14 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).

9.15 Peut faire l'objet d'un différend toute mésentente dont la naissance est antérieure au 1^{er} septembre 2003. Question de forme, ce différend est, en faisant les adaptations appropriées, régi selon les dispositions du présent article. Question de fond, il est décidé selon les dispositions de l'entente particulière relative aux AMP alors en vigueur, telle que complétée selon les dispositions du paragraphe 6.4 de cette entente.

9.16 Un différend porté antérieurement au 1^{er} septembre 2003 est, questions de forme et de fond, régi selon l'entente particulière relative aux AMP alors en vigueur, telle que complétée selon les dispositions du paragraphe 6.5 de cette entente.

10. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.1 La présente entente particulière remplace l'entente particulière relative aux activités médicales particulières signée le 17 décembre 1997. Elle prend effet le 1^{er} septembre 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18^e jour de mars 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RAYNALD DUTIL, 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 :

- lorsqu'une année, ou partie de celle-ci, est antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente entente, cette année, 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 vigueur de la présente entente, ou partie de celle-ci, est postérieure à la date d'entrée en vigueur de l'entente, 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 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 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;
 - 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;
- AVIS:** *Le médecin doit informer la Régie de la période de congé par une lettre auxquelles sont jointes les pièces justificatives appropriées à l'adresse suivante :*
- Service de l'admissibilité et de la révision
C.P. 15000
Sillery, Qc G1K 9H9*
- aux fins des sous-paragrophes 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 doit être basée, pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de douze (12) heures par semaine, sur les critères suivants* :

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. Soins aux patients admis en courte durée :**A) Soins dispensés dans une unité de soins de courte durée :**

- Pratique solo : le médecin doit être responsable, sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année, en moyenne de quatre (4) lits de courte durée chaque jour;
- Pratique en équipe : sur la base de quinze (15) lits par jour, une (1) semaine d'hospitalisation sur cinq (5) incluant la garde en disponibilité.

B) Soins dispensés à des patients admis par des omnipraticiens consultants ou agissant en qualité de médecins spécialistes

Le DRMG, sur recommandation du chef du département clinique de médecine générale, peut reconnaître ces activités en prenant en compte le nombre d'heures de présence du médecin dans l'établissement pour ces activités.

3. Soins dispensés à un patient en centre d'hébergement et de soins de longue durée :

- Selon le nombre d'heures lorsque le médecin est rémunéré sur une base horaire.
- S'il est rémunéré à l'acte, il assume la responsabilité des soins à quarante-cinq (45) patients en moyenne sur une base hebdomadaire.

4. Clientèles vulnérables et prioritaires :

Compte tenu de l'implantation récente de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables, les parties conviennent, de façon provisoire, de proposer le nombre de quatre cents (400) patients vulnérables au sens de l'entente particulière visée.

Aux fins de ce calcul, pourront être prises en compte les clientèles prioritaires au sens du paragraphe 4.1 de l'entente particulière relative aux AMP. Le DRMG de la région régionale pourra également tenir compte, aux fins de ce calcul, des caractéristiques socio-démographiques de la clientèle du médecin.

Ce critère provisoire fera l'objet d'une révision par les parties d'ici le 31 décembre 2004.

D'ici à ce que cette révision soit complétée, les dispositions de l'article 5 de l'entente relative aux AMP ne peuvent, sans l'approbation du comité paritaire, s'appliquer pour le motif que le médecin compte parmi sa clientèle moins de quatre cents (400) patients vulnérables.

5. Programme de soutien à domicile :

Dix (10) visites à domicile par semaine sur une base de quarante-quatre (44) semaines par année auprès de bénéficiaires faisant partie du programme de soutien à domicile du CLSC. Attestation annuelle de l'établissement concerné et, le cas échéant, sur demande du DRMG de la région régionale.

* Dans la mesure où un médecin cumule des activités dans plus d'un des secteurs apparaissant à la présente annexe, le DRMG de la région régionale fait les ajustements appropriés.

6. Services médicaux en obstétrique :

Nomination avec privilèges en obstétrique.

7. Garde en disponibilité pour les secteurs ii) et iii) :

La garde en disponibilité n'est reconnue que les semaines où elle est rémunérée. Chaque forfait versé pour une garde de huit (8) heures est comptabilisé à deux heures et demie (2.5).

8. Dépannage

- Temps réel de services cliniques selon les critères apparaissant ci-dessus.
- Le temps de déplacement est comptabilisé.

ANNEXE III**Proposition préliminaire****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, comptée comme ayant été payée selon le tarif de base, la Régie de l'assurance maladie du Québec se base sur les règles de conversion qui suivent :

- Garde sur place (CH et CLSC du réseau de garde) temps réel à partir des forfaits ou si rémunération selon le mode de l'acte selon un tarif horaire établi à 90,90 \$.
- Garde en disponibilité : selon le nombre de forfaits de garde versé, chaque forfait équivalent à deux heures et demie (2.5).
- Obstétrique : nomination avec privilèges en obstétrique équivaut à douze (12) heures par semaine.
- Malade admis : trente (30) minutes par examen.
- Anesthésie : temps réel ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire de 90,90 \$.
- CHSLD, CR : selon le nombre d'heures ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire de 90,90 \$.

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE AUX MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS OU AUPRÈS D'UN 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 1^{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 :**1.00 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'un centre local de services communautaires.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} 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 Le médecin qui exerce sa profession dans un centre local de services communautaires 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 Régie, un avis de service selon son mode de rémunération : **honoraires fixes (n° 1897)** ou **tarif horaire (n° 3547)**.*

*Si le médecin choisit le mode à l'acte et qu'il effectue de la garde dans un CLSC du réseau de garde intégré, un avis de service **n° 3547** doit être rempli en mentionnant qu'il s'agit de cette présente entente particulière.*

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 1^{er} 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 d'un centre local de services communautaires 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) le centre local de services communautaires n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous, ou
- b) le centre local de services communautaires n'offrait pas de services médicaux sans rendez-vous les samedi, dimanche, jours fériés ou pendant une période située au-delà de 18H00.

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.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES PRESCRITES

AVIS : *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 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)
- 002079 : Services anesthésiques / obstétricaux exempts du plafond trimestriel (Annexe IX de l' Entente)
- 002098 : Services de santé durant le délai de carence

4.01 Le nombre d'heures que comporte obligatoirement la nomination d'un médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire est d'au moins dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine. Cette nomination ne peut toutefois comporter, sur une base hebdomadaire, détermination d'un nombre d'heures supérieur à trente-cinq (35) heures.

4.02 Toutefois, malgré ce qui précède, la nomination d'un médecin peut, outre les cas prévus au paragraphe 10.07A de l'Entente, comporter un nombre d'heures inférieur à dix-sept heures et demie (17 ½) par semaine si le comité paritaire autorise pareille dérogation.

- + **4.03** Un programme spécifique sous la responsabilité d'un CLSC peut être couvert par les modalités de rémunération prévues à la présente entente. Toutefois, le CLSC, 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 de la présente entente.

AVIS : *Pour le programme Centre anti-poison, veuillez utiliser les codes d'activités de l'entente particulière relative à la santé publique :*

- 005015, Examens relatifs à l'hépatite C
- 005025, Dépistage cancer du sein
- 005029, Garde en disponibilité (voir avis sous art. 5.01)
- 005032, Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
- 005037, Planification, élaboration, et implantation des programmes
- 005043, Tâches médico-administratives et hospitalières
- 005047, Évaluation de l'impact des programmes
- 005067, Expertise conseil, information et coordination
- 005088, Programme de vaccination contre le méningocoque
- 005098, Services de santé durant le délai de carence
- 006030, Services cliniques incluant **Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie**

5.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

5.01 La garde en disponibilité est rémunérée à l'acte selon les dispositions prévues par l'Entente.

AVIS : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

Pour le programme Centre anti-poison, utiliser le code d'activités 005029 (Garde en disponibilité). Pour les heures travaillées, inscrire le nombre correspondant sous HEURES TRAVAILLÉES.

Heures travaillées	Nombre correspondant
--------------------	----------------------

1.....	0,13
2.....	0,25
3.....	0,38
4.....	0,50
5.....	0,63
6.....	0,75
7.....	0,88
8.....	1,00

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.

6.02 Outre les fonctions générales déjà prévues, le comité a également pour fonction de statuer sur les demandes de nomination comportant un nombre d'heures inférieur à dix-sept heures et demie (17 ½) et qui doivent, en vertu du paragraphe 4.02, recevoir son approbation avant que l'établissement ne puisse y donner suite.

6.03 L'établissement doit fournir au comité les circonstances particulières qui justifient une demande de nomination visée au présent article.

7.00 MESURES TRANSITOIRES

7.01 Le médecin qui, en date du 1^{er} septembre 1998, sera éligible, au moment du renouvellement de sa nomination, à se prévaloir des dispositions du paragraphe 3.02 de cette entente relativement au programme de maintien à domicile, peut, en tout temps dans les douze (12) premiers mois suivant cette date, se prévaloir de l'option que comporte en cette matière ce paragraphe.

8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 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 8^e 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
Programme spécifique (par. 4.03)

	CLSC	PROGRAMME	BANQUE D'HEURES
94519	CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières	Centre anti-poison (condition particulière : application des arts 3.00 et 4.00 de l'entente particulière relative à la santé publique)	3 240

ENTENTE PARTICULIÈRE

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'UNE UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE DÉSIGNÉE ET Y DISPENSE DES SERVICES MÉDICAUX

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 1^{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 :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale visée aux présentes et y dispense des services médicaux.

1.02 L'annexe I ci-jointe contient la liste des établissements qui exploitent un centre ayant une unité de médecine familiale et précise, pour chaque établissement, le nombre d'heures alloué pour les services de supervision et le nombre d'heures alloué pour les activités académiques pour une période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier de chaque année.

1.03 Pour être éligible à une désignation selon la présente entente particulière, une unité de médecine familiale doit être lourde. Est ainsi qualifiée, toute unité de médecine familiale 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 La désignation d'un établissement et d'une unité de médecine familiale s'effectue par le biais d'un accord conclu selon le paragraphe 17.07 de l'Entente.

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 : *Veuillez utiliser le code d'activité pertinent qui est inscrit à chacun des sous-paragrophes.*

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 de l'unité de médecine familiale désignée, c'est-à-dire :

1. Les services cliniques :

- la dispensation des services médicaux et les activités clinico-administratives qui s'y rapportent; (*Code d'activités 051030*)
- 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'activités 051032*)
- les activités médico-administratives et hospitalières. (*Code d'activités 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'activités 051069*)

3. Les activités académiques :

- 3.1 L'encadrement clinique et pédagogique, y compris l'enseignement théorique formel; (Code d'activités 051068)
- 3.2 L'analyse et l'évaluation des dossiers médicaux à des fins d'enseignement clinique; (Code d'activités 051031)
- 3.3 La gestion administrative spécifique de l'u.m.f.; (Code d'activités 051028)
- 3.4 Le développement d'instruments cliniques ou pédagogiques. (Code d'activités 051027)

3.02 Le médecin peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de celle-ci, ou encore au moment de l'adhésion de l'établissement à l'entente, opter pour le mode du tarif horaire ou pour celui des honoraires fixes lorsqu'il dispense des soins aux malades admis. (Code d'activité 063030 - Services cliniques - **malades admis**)

AVIS : Dans ce cas, le médecin doit s'assurer que l'établissement coche la case « Patient admis UMF » à son avis de service à transmettre à la Régie.

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 entente particulière, ces soins sont rémunérés selon les modalités prévues à l'Entente.

Enfin, une rémunération au sens du présent paragraphe ne couvre ni un accouchement, ni un acte d'assistance opératoire.

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 de l'unité de médecine familiale désignée..

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 pendant une période où il est rémunéré selon l'un de ces modes.

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 Malgré l'article 17.00 de l'Entente, le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de l'unité de médecine familiale 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.

AVIS : Lorsque le médecin opte pour l'acte pour les services médico administratifs (Annexe XIII), il ne doit pas réclamer de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes pour la période de temps où il dispense ces services.

4.02 Par accord des parties, le nombre d'heures alloué à un établissement 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 établissement 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 de l'unité de médecine familiale et entérinée par le chef du département de médecine générale.

4.07 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 du paragraphe 3.02.

4.08 Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe mensuellement les parties négociantes ainsi que les chefs des unités de médecine familiale concernées du suivi de l'utilisation des différentes banques d'heures.

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'un établissement qui opère une unité de médecine familiale, désignée aux fins des présentes.

6.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement par l'établissement ainsi que par la majorité des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès de l'unité de médecine familiale.

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 de l'unité de médecine familiale concernée 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'une unité de médecine familiale requiert, outre l'approbation des parties, celle de l'établissement qui exploite l'unité de médecine familiale 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 de l'unité de médecine familiale visée.

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'établissement qui opère l'unité de médecine familiale ainsi que les médecins concernés.

7.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 8 septembre 1994. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 1997 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^e jour de septembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I

Liste des établissements et des banques d'heures allouées aux fins de l'entente particulière concernant les unités de médecine familiale.

Établissements	Banques	
	Supervision	Activités académiques
Région 01 : Bas St-Laurent		
93442 Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire (99-05-19)	6059	2025
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean		
02473 Complexe hospitalier de la Sagamie (97-01-01)	7457	2391
Région 03 : Québec		
Centre hospitalier universitaire de Québec		
02133 - Pavillon CHUL (97-01-01)	5479	1981
02103 - Pavillon St-François d'Assise (97-01-01)	4786	1778
95082 CLSC Haute-Ville (98-12-31)	4764	1773
02063 Hôpital Laval (97-01-01)	4994	1818
02033 Hôpital de l'Enfant-Jésus, Hôpital de l'Enfant-Jésus (97-01-01)	4561	1718
Région 05 : Estrie		
01163 Centre universitaire de santé de l'Estrie (97-01-01)	4625	1348
Région 06 : Montréal-Centre		
00153 Hôpital Maisonneuve-Rosemont (97-01-01)	7192	2338
00203 Centre hospitalier universitaire de Montréal, Pavillon Notre-Dame (97-01-01)	5944	2000
00273 Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (97-01-01)	5874	2022
00113 Hôpital Général Juif-Sir Mortimer B. Davis (97-10-01)	8315	2545
00363 Centre hospitalier Angrignon (97-01-01)	6443	2135
00313 Centre hospitalier de St. Mary (98-01-01)	12 588	3540
Région 07 : Outaouais		
07693 Centre hospitalier de Gatineau (97-03-10)	3380	1310
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine		
03283 Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé (97-01-01)	1832	1094
Région 13 : Laval		
00443 Cité de la Santé de Laval (97-01-01)	6378	2104
Région 16 : Montérégie		
00953 Hôpital Charles Lemoyne (97-01-01)	7162	2349

AVIS : L'Annexe I est modifiée par les Accords suivants : n^{os} 207, 212, 231, 242, 288 et 316

ENTENTE PARTICULIÈRE**AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EFFECTUÉE, POUR LE COMPTE D'UNE RÉGIE RÉGIONALE, 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 (L.R.Q., c. 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 1^{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 :**1.00 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'une régie régionale, 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'activités :*

- **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 professionnel rémunéré à honoraires fixes, la Régie régionale doit fournir à la Régie de l'assurance maladie un AVIS DE SERVICE (formulaire n° 1897).*

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'un 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 multidisciplinaire 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 « A » dans la case C.S. et dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, inscrire le numéro de la localité du lieu de pratique, la date des services, la période de référence, s'il y a lieu (de 1 à 45) ainsi que la durée en heures lorsque différente des heures facturées.*

4.00 Banque annuelle

4.01 Pour la rémunération des services professionnels visés aux présentes, chaque régie régionale 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 1^{er} janvier de chaque année, le nombre d'heures alloué à chaque régie régionale 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 la régie régionale concernée.

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 à la régie régionale concernée doit être utilisé dans la case NO D'ÉTABLISSEMENT.*

7.00 Révision

7.01 Toute banque d'heures doit être réévaluée, annuellement, à partir des données fournies par la régie régionale concernée, 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 1^{er} janvier 1997 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^e 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

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.

Pour la période annuelle d'application débutant le 1^{er} janvier et se terminant le **31 décembre**, les banques d'heures allouées se détaillent comme suit :

Régie régionale de la santé et des services sociaux	Heures	Régie régionale de la santé et des services sociaux	Heures
01 Bas St-Laurent	640	09 Côte-Nord	245
02 Saguenay / Lac-Saint-Jean	486	10 Nord-du-Québec	----
03 Québec	988	11 Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine	180
04 Mauricie / Bois-Francs	700	12 Chaudière-Appalaches	600
05 Estrie	390	13 Laval	300
06 Montréal-Centre	2 300	14 Lanaudière	375
07 Outaouais	350	15 Laurentides	420
08 Abitibi-Témiscaminque	210	16 Montérégie	1 231

AVIS : Les sous-paragraphe 4.03 et 8.01 sont modifiés par l'Amendement n° 59.

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****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 1^{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 :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés exploité par un établissement identifié à l'annexe I des présentes, dispense des services professionnels dans ou auprès d'une unité de soins palliatifs ou au sein d'une équipe médicale responsable de ces soins.

À moins d'indication contraire, l'annexe I des présentes comprend, pour cet établissement, l'ensemble de ses installations.

1.02 Cette entente particulière a également pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans une maison privée liée par une entente de services conclue avec un établissement identifié à l'annexe I des présentes, conformément aux articles 108 et 109 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q., 1991, c. 42), dispense des services professionnels en soins palliatifs.

1.03 L'annexe I des présentes, outre l'identification de l'établissement ou de la maison privée liée par une entente de services, comprend également la description des unités ou équipes médicales.

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, couvre :

- a) la dispensation des services médicaux effectués par le médecin pour un patient admis ou pour un patient pour qui une demande d'admission a été présentée, y compris la consultation en soins palliatifs demandée par le médecin traitant au bénéfice de ce patient qui requiert des soins palliatifs;
- b) les activités professionnelles que le médecin consacre au travail en équipe multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation de soins palliatifs à un patient admis ou au patient pour qui une demande d'admission a été présentée;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec le médecin de famille ou un proche du patient admis;

- d) les activités professionnelles d'expertise dans le domaine du traitement de la douleur que le médecin est appelé à dispenser, à la demande du médecin traitant, à un patient inscrit, ou à domicile et qui requiert des soins palliatifs.

AVIS : Veuillez utiliser les codes d'activités 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 effectuée à même les 35 premières heures d'activités (tarif horaire).
- 053098 : Services de santé durant le délai de carence

Remarque : Le code 053030 est autorisé pour un patient en résidence privée en attente d'entrer en établissement pour soins palliatifs. Le médecin facture alors avec le code de l'établissement.

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 Aux fins de l'application de l'annexe XIV de l'Entente, lorsqu'il s'agit de pourvoir à la dispensation de soins médicaux immédiatement requis ou de soins médicaux dont la dispensation est rendue nécessaire par l'état ou la condition du patient admis, le chef du département de médecine générale, ou le médecin qui le remplace, peut, avec l'accord de l'établissement, s'il existe des circonstances particulières dans l'unité, autoriser, au bénéfice d'un médecin dont la réquisition de services entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu au paragraphe 5.02 de ladite annexe, des heures additionnelles d'activités professionnelles.

Ces heures additionnelles sont réputées être des heures de garde sur place. La facturation de ces heures se fait selon la colonne 2 prévue au paragraphe 5.01 et suit les règles d'application apparaissant aux paragraphes 5.03 et 5.05 de ladite annexe. L'établissement informe la Régie de cette autorisation.

Il en est de même, aux fins de l'application de l'annexe VI de l'Entente, lorsqu'une telle réquisition de services entraîne un dépassement de la période régulière d'activités professionnelles telle que prévue à l'avis de service. La facturation de ces heures se fait selon les modalités de rémunération de la garde sur place.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activités 053070 : Situation d'exception, soins médicaux immédiatement requis. Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe la Régie (Service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires, dépôt de courrier 19), de son autorisation avant de facturer les heures concernées.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Le nombre d'heures qui est alloué sur base annuelle, à un établissement ou à une maison identifiés à l'annexe I de la présente entente particulière 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 déterminée par le chef de 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 : Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire un « E » dans la case C.S.

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 un établissement ou une maison, 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 et la maison, le cas échéant, ainsi que par la majorité des médecins qui y exercent leur profession dans ou auprès de l'unité ou au sein de l'équipe. 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'un établissement ou d'une maison de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement, de la maison et des médecins concernés, l'accord des parties.

8.05 Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à leur adhésion ou retrait de la présente entente, 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, la maison 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 8^e jour de septembre 1994.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins de l'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.

		Accord	Date
Région 01 : Bas St-Laurent			
03340	Centre hospitalier régional de Rimouski	125	95-04-30
03040	L'Hôpital de Notre-Dame de Fatima	125	95-04-01
Région 02 : Saguenay / Lac-Saint-Jean			
02520	Hôtel-Dieu de Roberval	237	98-01-01
Région 03 : Québec			
02030	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec:- Pavillon Enfant Jésus	245	98-01-01
02100	- Pavillon Saint-François d'Assise	478	02-09-01
02120	- Hôpital du Saint-Sacrement	485	02-10-28
02370	Centre hospitalier de Charlevoix	123	95-01-01
02310	Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie	123	95-02-26
	Centre hospitalier universitaire de Québec :		
02040	- Pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec	245	98-01-01
02130	- Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval	245	98-01-01
02060	Hôpital Laval	202	97-01-01
07720	La Maison Michel Sarrazin	125	95-04-30
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs			
	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :		
01820	- Pavillon St-Joseph	245	98-01-01
	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie :		
01850	- Centre hospitalier régional de la Mauricie	245	98-01-01
Région 05 : Estrie			
	Centre universitaire de santé de l'Estrie :		
01160	- Site Fleurimont	245	98-01-01
01100	- Site Bowen	245	98-01-01
	CLSC - Centre hospitalier et d'hébergement Memphrémagog :		
01060	- CH et CHSLD de Memphrémagog	373	99-12-14
Région 06 : Montréal-Centre			
	Centre hospitalier Angrignon :		
00360	- Centre hospitalier de Verdun	245	98-01-01
	Centre hospitalier de l'Université de Montréal :	422	01-01-31
00060	- Hôtel- Dieu du CHUM		
00200	- Hôpital Notre-Dame du CHUM		
00300	- Hôpital St-Luc du CHUM		
00310	Centre hospitalier de St-Mary	140	95-04-30
00180	Hôpital Général de Montréal	237	97-04-18

		Accord	Date
Région 06 : Montréal-Centre (suite)			
00100	Hôpital Jean-Talon	395	00-06-25
00150	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	125	95-03-12
00250	Hôpital Royal Victoria	125	95-04-30
00270	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	331	99-04-12
00110	L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	163	95-11-01
00280	Centre hospitalier de Lachine	377	00-01-17
00400	Hôpital Général du Lakeshore	470	02-04-15
00350	Hôpital Santa Cabrini	495	03-04-01
Région 07 : Outaouais			
07690	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais,	446	01-07-16
01260	- Pavillon de Gatineau (98-01-01) - Pavillon de Hull (01-07-16)		
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
01500	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	123	95-01-01
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02800	Centre hospitalier de la région de l'Amiante	125	95-04-30
02870	Centre hospitalier Beauce-Etchemin	133	95-04-30
03000	Hôtel-Dieu de Lévis	123	95-01-01
03030	Hôtel-Dieu de Montmagny	125	95-04-30
Région 13 : Laval			
00440	Cité de la Santé de Laval	122	95-01-01
Région 14 : Lanaudière			
01410	Centre hospitalier Le Gardeur	122	95-01-01
00850	Centre hospitalier régional Delanaudière	366	99-11-22
Région 15 : Laurentides			
Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle :			
01420	- Centre de Mont-Laurier	245	98-01-01
00780	- Centre de l'Annonciation	245	98-01-01
01270	L'Hôpital d'Argenteuil	125	95-04-30
01440	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	230	97-08-31
01430	Centre hospitalier Laurentien	357	99-09-02
Région 16 : Montérégie			
07530	Centre hospitalier Pierre-Boucher	158	95-10-23
01030	Centre hospitalier de Granby	347	99-09-06
01130	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins	133	95-04-30
00420	Hôpital du Haut-Richelieu	142	95-04-30
00950	Hôpital Charles Lemoyne	202	97-01-01
00920	Hôtel-Dieu de Sorel	142	95-04-30

AVIS : Certains établissements ont été **retirés** par les accords n^{os} 187, 202, 230, 245, 331, 347, 357, 395 et 422.

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA DÉTERMINATION DE CERTAINES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI, DANS UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS EXPLOITÉ PAR UN ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ, 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 1^{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 :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés exploité par un établissement énuméré 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'établissement, 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'établissement 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 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 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: *Veuillez 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 préciser sur l'avis de service qu'il s'agit de l'entente particulière « Planning-sexualité » et cocher la case correspondant à I.V.G. - Acte si le médecin qui détient une nomination à tarif horaire ou à honoraires fixes choisit le mode de l'acte lorsqu'il effectue des I.V.G.*

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 1^{er} 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.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Le nombre d'heures qui est alloué, sur base annuelle, à un établissement, 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 : *Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire la lettre « E » dans la case CS.*

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 un établissement, 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 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'un établissement de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties.

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 8^e 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 établissements visés à l'entente particulière relative à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un centre de soins généraux et spécialisés exploité par un établissement désigné, dispense des activités professionnelles en planning-sexualité.

		Accord	Date
Région 01 : Bas St-Laurent			
03343	Centre hospitalier régional de Rimouski	137	95-04-30
Région 02 : Saguenay / Lac-Saint-Jean			
02513	Centre hospitalier Jonquière	137	95-04-30
Région 03 : Québec			
02103	Centre hospitalier universitaire de Québec :		
	- Pavillon St-François d'Assise	137	95-04-30
02133	- Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval	501	03-06-30
Région 04 : Mauricie / Centre du Québec			
01833	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : Pavillon Sainte-Marie	234	97-10-26
Région 06 : Montréal-Centre			
00303	Centre hospitalier de l'Université de Montréal : Hôpital St-Luc	137	95-04-30
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine			
03283	Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé	152	95-04-30

AVIS : L'Accord n° 234 apporte des corrections à l'inscription de certains établissements à la suite de fusion ou de changement de nom.

Le Centre hospitalier régional de la Mauricie et le Centre Laflèche sont retirés par l'Accord n° 388 depuis le 24 avril 2000.

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****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 1^{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 :**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans ou auprès d'un centre de réadaptation non couvert par une autre entente particulière ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un centre de soins généraux et spécialisés. L'établissement qui gère le centre visé est inscrit à l'annexe I des présentes;

1.02 L'annexe I des présentes, outre l'identification de l'établissement et du centre, comprend également, le cas échéant, la description du programme régi par la présente entente particulière et le département ou service de qui il relève.

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: Veuillez utiliser les codes d'activités suivants :

- 054030 : Services cliniques
- 054032 : Rencontres multidisciplinaires
- 054043 : Tâches médico-administratives et hospitalières
- 054055 : Communications (Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)
- 054081 : Garde en disponibilité à la réserve d'Obedjiwan (TH, Accord n° 257)
- 058037 : Planification - programmation - évaluation (services préhospitaliers cliniques)
- 054098 : Services de santé durant le délai de carence

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.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Le nombre d'heures qui est alloué sur une base annuelle, à un établissement énuméré à l'annexe I de la présente entente particulière 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 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 oeuvre 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 centre ou 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'un établissement de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties.

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 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 7^e jour de juillet 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

CLÉMENT RICHER, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des établissements désignés aux fins 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.

		Accord	Date
Région 01 : Bas St-Laurent			
03253	Centre hospitalier d'Amqui :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
03313	Centre hospitalier de Matane :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
03343	Centre hospitalier régional de Rimouski :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
03403	Centre hospitalier régional du Grand-Portage :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
04963	Hôpital de Mont-Joli Inc. :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
03333	Hôpital Notre-Dame-du-Lac : -	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
03043	L'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean			
10143	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac St-Jean	381	00-04-17
02503	Centre hospitalier de Dolbeau :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02513	Centre hospitalier Jonquière :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02473	Hôpital de Chicoutimi Inc. :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02483	Hôpital de La Baie des Ha! Ha! Inc. :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02453	Hôtel-Dieu d'Alma (1964) :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02523	Hôtel-Dieu de Roberval :		
	- services médicaux dispensés aux Atikameks à la réserve d'Obedjiwan	136	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
10233	Les Centres Jeunesse du Saguenay - Lac-Saint-Jean	491	03-01-20
Région 03 : Québec			
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec :			
02033	- Centre hospitalier affilié universitaire de Québec :		
	- services préhospitaliers cliniques	226	97-04-03
	- soins dispensés aux traumatisés crânio-cérébraux	226	97-04-03
02123	- Pavillon St-Sacrement :		
	- Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia	437	01-05-14
	- services préhospitaliers cliniques	226	97-04-03
02373	Centre hospitalier de Charlevoix :		
	- clinique des maladies neuro-musculaires de la région de Charlevoix	136	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30

		Accord	Date
Région 03 : Québec (suite)			
02313	Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie :		
	- clinique des maladies neuro-musculaires de la région de Charlevoix	136	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
	Centre hospitalier universitaire de Québec :		
02103	- Pavillon St-François d'Assise :		
	- services préhospitaliers cliniques	226	97-04-03
	- programme d'aide aux personnes victimes d'abus sexuel	263	96-06-08
02043	- Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec : - services préhospitaliers cliniques	226	97-04-03
02133	- Pavillon Centre hospitalier de l'Université Laval :		
	- services préhospitaliers cliniques	226	97-04-03
	- programme de médecine génétique, dépistage néonatal et diagnostic prénatal	226	97-04-03
02353	Centre régional d'hébergement et de santé de Portneuf :		
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02323	Corporation du Centre hospitalier Chauveau :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02063	Hôpital Laval (1975) :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
Région 04 : Mauricie / Centre-du-Québec			
01783	Centre hospitalier Comtois :		
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01853	Centre hospitalier régional de la Mauricie :		
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :	226	97-04-03
01823	- Pavillon St-Joseph : - services préhospitaliers cliniques		
01833	- Pavillon Sainte-Marie : - services préhospitaliers cliniques		
01773	Centre hospitalier St-Joseph de La Tuque :		
	- services médicaux fournis au dispensaire de Parent du Lac Edouard	136	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
10413	Centre l'Aubier Inc.		
	- services médicaux dispensés auprès de la clientèle déficiente intellectuelle	221	97-06-15
01753	Hôpital Cloutier :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02783	Hôpital du Christ-Roi :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02773	Hôpital Ste-Croix :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
02753	Hôtel-Dieu d'Arthabaska :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
Région 05 : Estrie			
01003	Centre hospitalier d'Asbestos : s	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01023	Centre hospitalier de Coaticook : s	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01113	Centre hospitalier de Sherbrooke : s	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01123	Centre hospitalier Lac Mégantic :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01163	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : Hôpital de Fleurimont		
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
	- clinique anti-douleur	503	03-06-16

		Accord	Date
Région 05 : Estrie (suite)			
01093	Centre universitaire de santé de l'Estrie - site King	174	95-12-01
	- soins dispensés aux traumatisés crânio-cérébraux		
11313	Hôpital de St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke : s	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01063	Hôpital La Providence de Magog : s	141	95-04-30
	-		
01103	Hôtel-Dieu de Sherbrooke :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
10423	Centre Jeunesse de l'Estrie :	433	01-01-01
	- Point de services : Val-du-Lac :		
	- service externe ambulatoire	243	97-12-08
Région 06 : Montréal-Centre			
45169	Centre de réadaptation Lisette-Dupras :		
	- Pavillon Pierrefonds (C.R. Lisette-Dupras) (00-04-15)	385	00-04-15
10543	Centre Rose-Virginie Pelletier	167	95-12-01
	Centre hospitalier de l'Université de Montréal:	436	01-10-15
00063	- Pavillon Hôtel-Dieu de Montréal :		
	- programme d'aide aux victimes d'agression à caractère sexuel (94-04-30)		
	- Clinique anti-douleur (01-10-15)		
00303	- Pavillon Saint-Luc :		
	- Programme : itinérance-toxicomanie-sida (95-01-01)		
	- unité relative aux patients multi-problématiques ayant des pathologies physiques majeures et une des composantes suivantes : psychopathie, toxicomanie, sociopathie(95-04-30)		
00173	L'Hôpital de Montréal pour Enfants :		
	- centre de contrôle anti-poison et de toxicologie clinique	136	95-04-30
00303	L'Hôpital St-Luc :		
	- programme : itinérance - toxicomanie - sida	121	95-01-01
	- unité relative aux patients multi-problématiques ayant des pathologies physiques majeures et une des composantes suivantes : psychopathie, toxicomanie, sociopathie	136	95-04-30
10583	Les Centres Jeunesse de Montréal		
	- Campus Cité des Prairies	381	00-03-20
	- Campus Dominique-Savio		
	- Campus Mont St-Antoine		
	- Campus Rose-Virginie Pelletier		
10573	Villa Notre-Dame-de-Grâce	167	95-12-01
00183	Centre universitaire de santé McGill	460	01-11-01
	- Hôpital général de Montréal : Centre du traitement des maladies immunitaires		
Région 07 : Outaouais			
	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais:	472	02-05-16
07693	- Pavillon de Gatineau		
	- services préhospitaliers cliniques(95-04-30)		
	- services d'oncologie (02-05-16)		
01263	- Pavillon de Hull -		
	- services préhospitaliers cliniques (95-04-30)		
17753	Centre de réadaptation Les Jeunes de l'Outaouais	167	95-12-01
	Centre hospitalier de Buckingham :		
01253	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01333	Centre hospitalier de Maniwaki :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01313	Centre hospitalier Gatineau Memorial :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01303	L'Hôpital Communautaire du Pontiac Inc. :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
10903	Pavillon du Parc :		
	- services médicaux dispensés auprès de la clientèle du Centre Mgr Proulx	208	96-11-21

		Accord	Date
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
01543	Centre hospitalier de Val-d'Or : - service d'oncologie	167	95-04-30
08173	Centre de Santé de Témiscaming : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01553	Centre de Santé Sainte-Famille : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01503	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos : - services médicaux dispensés auprès de la clientèle du centre de réadaptation Clair Foyer Inc.	136	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01523	Centre hospitalier La Sarre : - - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01533	Centre hospitalier Rouyn-Noranda : - services préhospitaliers cliniques - clinique anti-douleur	141 463	95-04-30 02-01-28
Région 09 : Côte-Nord			
02643	Centre de Santé de la Haute Côte-Nord : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02713	Centre de santé de Port-Cartier : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
07543	Centre hospitalier régional Baie-Comeau : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02693	Centre hospitalier régional de Sept-Iles : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
Région 10 : Nord-du-Québec			
02533	Hôpital Chibougamau Limitée : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine			
03323	Centre de Santé des Hauts-Bois : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03303	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03273	Centre hospitalier de Chandler : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03413	Corporation de l'Hôpital des Monts : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03283	L'Hôtel-Dieu de Gaspé : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
18233	Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	486	03-02-03
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02803	Centre hospitalier de la région de l'Amiante : - services préhospitaliers cliniques - projet pilote : Centre intégré de ressources alternatives (C.I.R.A.) (96-04-16, prolongé jusqu'au 97-10-15)	141 221	95-04-30 96-10-16
02873	Centre hospitalier St-Georges-de-Beauce: - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03003	Hôtel-Dieu de Lévis : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03033	Hôtel-Dieu de Montmagny : - programme sous-régional de rapatriement et suivi des patients en oncologie	136	95-04-30

		Accord	Date
Région 13 : Laval			
10603	Centre de réadaptation Cartier	167	95-12-01
10503	Maison Notre-Dame de Laval Inc.	167	95-12-01
Région 14 : Lanaudière			
01413	Centre hospitalier Le Gardeur :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
00853	Centre hospitalier régional DeLanaudière :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
Région 15 : Laurentides			
01453	Centre hospitalier St-Eustache :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
	CH et Centre de réadaptation Antoine Labelle :	444	01-06-11
00783	- Centre Mont-Laurier		
	- services préhospitaliers cliniques		
	- services d'oncologie		
01423	- Centre de l'Annonciation :		
	- services préhospitaliers cliniques		
01433	Centre hospitalier Laurentien : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01443	Hôtel-Dieu de St-Jérôme :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01273	L'Hôpital d'Argenteuil :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
Région 16 : Montérégie			
07763	Centre hospitalier Anna-Laberge :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01033	Centre hospitalier de Granby :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
01143	Centre hospitalier de Valleyfield :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
07533	Centre hospitalier Pierre-Boucher :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
00953	- Hôpital Charles LeMoyne : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
00423	Hôpital du Haut-Richelieu :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
00923	Hôtel-Dieu de Sorel :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
10843	Les Pavillons Bois-Joly Inc.	167	95-12-01
00943	Réseau Santé Richelieu-Yamaska :	141	95-04-30
	- services préhospitaliers cliniques		
05863	Conseil des Mohawks de Kahnawake :	400	00-07-29
	- services médicaux dispensés dans le cadre du programme des services à domicile et d'autres programmes prioritaires		

Remarque : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour l'établissement désigné dans l'entente ou dans l'amendement.

AVIS : Le programme services préhospitaliers cliniques exclut la participation au cours de formation.
Établissements retirés par l'Accord n° 160.

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 1^{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 :**1.00 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 1^{er} 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 l'établissement susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

AVIS : *Veuillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 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 effectuée à même les premières 35 heures d'activité (tarif horaire seulement)*
- 002079, *Services anesthésiques et obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX).*
- 002098, *Services de santé durant le délai de carence*

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.

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.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

AVIS: *Veuillez utiliser le code d'activité 002081.*

4.01 La garde en disponibilité auprès du Centre de santé visé aux présentes est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable.

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 garde, qu'à un seul médecin dans chacun des deux secteurs suivants :

- a) pour les services aux patients admis, incluant les transferts inter-établissements;
- b) pour les services d'obstétrique.

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 L'établissement 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 de l'établissement 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 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 : - *Veuillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 009030 : *Services cliniques*
- 009063 : *Garde sur place*
- 009071 : *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activité*
- 009081 : *Garde en disponibilité*
- *Identifier le mode de rémunération comme suit : PD (per diem), TH (tarif horaire).*

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 789 \$ à compter du 1^{er} octobre 2003.

6.04 Malgré le paragraphe précédent, le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire au service d'urgence de l'établissement 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 Les frais de déplacement (transport et temps de déplacement) sont remboursés au médecin par la Régie selon les modalités suivantes :

- a) les frais de transport, sur présentation de pièces justificatives,
selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi⁽¹⁾...) ou pour la location d'une voiture⁽²⁾
ou
au taux de 0,72 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'utilisation de sa voiture personnelle;
- b) le temps de déplacement est remboursé selon un taux horaire établi sur la base du taux horaire régulier et selon la durée établie au paragraphe 6.09.
- c) le médecin peut se faire rembourser les frais de transport lorsqu'il soumet à la Régie une copie du billet d'avion et un reçu attestant le paiement auxquels est jointe une attestation de l'établissement confirmant le lieu et la durée du dépannage.

AVIS : Vous trouverez les instructions de facturation dans la Brochure n° 2, onglet « Vacation - tarif horaire - Per diem », section 2.1.2, Partie 10.

6.07 Les frais de séjour (repas, logement et autres frais) sont remboursés au médecin par l'établissement selon les modalités prévues dans la directive 5-74, refondue par le C.T. 194603 du 1^{er} juillet 2001 et telle qu'amendée lors de la demande de remboursement.

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 sous-paragraphe a) du paragraphe 6.06.

6.09 Le calcul du temps de déplacement pour les fins du dépannage est estimé en tenant compte du mode de transport le plus adéquat :

- a) transport aérien

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. Une allocation d'une heure est également ajoutée pour compenser le temps de déplacement relié à l'utilisation de ce mode de transport;

- b) utilisation d'une automobile (véhicule personnel ou loué)

Le temps de déplacement est calculé selon la formule suivante :

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

et les distances sont établies suivant la publication « Distances routières » du ministère des Transports du Gouvernement du Québec.

Toutefois, lorsqu'un médecin est retenu pour des raisons incontrôlables, par exemple pour cause d'intempérie, la Régie compense le médecin selon le taux horaire établi sur la base du taux régulier du tarif horaire jusqu'à un maximum de neuf (9) heures pour une journée complète d'attente, y compris le temps de déplacement.

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.

(1) 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. De plus, l'utilisation du taxi n'est autorisée que pour compléter un trajet effectué au moyen d'un transport en commun.

(2) 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 dans la localité à desservir.

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 1^{er} octobre 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

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 1^{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 :**1.00 OBJET**

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre de la santé publique sous la responsabilité de la régie régionale par son directeur de la santé publique, du directeur général de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ou du président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ci-après nommé directeur de l'INSPQ. La rémunération des services en santé et en sécurité du travail dispensés dans le cadre d'un programme contractuel en santé et sécurité au travail n'est pas visée par la présente entente particulière;

AVIS : *Pour les codes d'activités des services en santé et sécurité au travail, veuillez vous référer à votre brochure n° 2 « RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT », section 1.6.1 ou 2.6.1, partie générale.*

1.02 L'annexe I ci-jointe fait état des banques d'heures allouées, sur une base annuelle, à l'ensemble des régies régionales 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 À des fins de rémunération, les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

- l'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle;
- la planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention;
- 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;
- le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention;
- 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: *Le nom des médecins visés doit être communiqué à la Régie par le directeur général de la santé publique, le directeur régional ou le directeur de l'INSPQ.*

- 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 : *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 005015, Examens relatifs à l'hépatite C
- 005025, Dépistage cancer du sein
- 005029, Garde en disponibilité
- 005032, Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique
- 005037, Planification, élaboration, et implantation des programmes
- 005043, Tâches médico-administratives et hospitalières
- 005047, Évaluation de l'impact des programmes
- 005067, Expertise conseil, information et coordination
- 005088, Programme de vaccination contre le méningocoque
- 005098, Services de santé durant le délai de carence
- 006030, Services cliniques : **Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie**

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

4.01 Malgré l'article 15.00 de l'entente générale et malgré son annexe XIV, la garde en disponibilité est rémunérée comme activités régulières, à raison d'une heure par huit heures de garde, à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le mode de rémunération du médecin;

AVIS : *Utiliser le code d'activités 005029 (Garde en disponibilité). Pour les heures travaillées, inscrire le nombre correspondant sous HEURES TRAVAILLÉES.*

Heures travaillées Nombre correspondant

1	0,13
2	0,25
3	0,38
4	0,50
5	0,63
6	0,75
7	0,88
8	1,00

4.02 Pour être rémunéré selon la présente entente, une garde en disponibilité doit se situer tous les jours de la semaine, entre 18 h 00 et 08 h 00, ainsi que les samedi, dimanche et jours fériés entre 08 h 00 et 18 h 00;

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 les dispositions de la présente entente, le médecin doit détenir une nomination dans un établissement désigné par la régie régionale pour sa direction 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;

5.03 Le Ministère transmet à la Régie et à la Fédération la liste des établissements auxquels sont rattachés les médecins des régies régionales pour leur direction de santé publique;

5.04 Malgré le paragraphe 5.02 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 la santé publique de la régie régionale et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une régie régionale pour moins de 300 heures par année;

AVIS : *Veuillez transmettre à la Régie, par le biais d'une lettre, l'identité du médecin, la période visée, ainsi que le nombre d'heures d'activité hebdomadaire en précisant qu'il s'agit de l'article 5.04 de l'Entente particulière en santé publique et annexer la lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique et le médecin.*

5.05 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'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;

5.06 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 la régie régionale, après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement ou des établissements désignés selon le paragraphe 5.02 de la présente entente, par le directeur général de la santé publique ou par le directeur le l'INSPQ;

5.07 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 régies régionales, les établissements auxquels ils sont rattachés envoient les avis de services avec l'autorisation du directeur régional de la santé publique;

5.08 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.

6.00 BANQUE ANNUELLE

6.01 Après consultation des régies régionales et de l'INSPQ, les parties déterminent la banque totale d'heures allouée, sur une base annuelle débutant le 1^{er} 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 régies régionales 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 une régie régionale, 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 régies régionales 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 une régie régionale 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 la régie régionale 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 la régie régionale 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 la ou les régies régionales concernées. Pour ce faire elle doit alors préciser au comité paritaire la ou les régies régionales 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 régies régionales, 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 1^{er} juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9^e 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

ANNEXE I

Banque d'heures totale

+ Période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004

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 de la banque totale (à titre informatif)

+ Période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004

	Région		Heures attribuées 2004
	Région 01		
	Bas St-Laurent		7 958
	Région 02		
	Saguenay / Lac-St-Jean		13 382
+	Région 03		
	Québec		30 080 ^{(1) (3)}
+	Région 04		
	Mauricie / Centre du Québec		16 507 ⁽³⁾
	Région 05		
	Estrie		8 822
+	Région 06		
	Montréal-Centre		49 767 ⁽³⁾
	Région 07		
	Outaouais		13 091
	Région 08		
	Abitibi-Témiscamingue		5 168
	Région 09		
	Côte-Nord		3 080
	Région 10		
	Nord-du-Québec		770
	Région 11		
	Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine		3 080
	Région 12		
	Chaudière-Appalaches		23 722
	Région 13		
	Laval		16 066
	Région 14		
	Lanaudière		11 760
+	Région 15		
	Laurentides		17 677 ⁽³⁾
	Région 16		
	Montérégie		29 178
+	Région 17		
	Nunavik		284 ⁽¹⁾
	Région 18		
	Baie-James (cf. région 06)		1 540
+	Institut national de la santé publique (INSPQ) :		29 888 ⁽³⁾
94519	• Centre anti-poison	3 240 ⁽²⁾	
94529	• Centre de toxicologie	770	
94539	• Laboratoire de santé publique du Québec	5 088	
94569	• Centre d'expertise en dépistage	-----	
	• Omnipraticiens de l'INSPQ	22 330	
	• Transfert transitoire	(1 540) ⁽³⁾	
+ 94509	Direction générale de la santé publique		16 940 ⁽³⁾
	TOTAUX		298 760

(1) Transfert temporaire de 1 400 heures de la région 17 à la région 03.

(2) Transfert prévu de la banque d'heures du Centre anti-poison au CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières le 1^{er} avril 2004# **AVIS:** L'Amendement 85 retire le Centre anti-poison et sa banque d'heures (3 240) en date du 1^{er} avril 2004.

(3) Transfert transitoire à la DGSP (03 et INSPQ : 1 540 heures; 04 : 770 heures; 06 et 15 : 2 310 heures)

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.

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 a pour objet de fixer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la garde sur place effectuée, dans le service d'urgence de première ligne d'un établissement qui, visé à l'article 3.00 ci-après, exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou qui fait partie du réseau de garde intégré, et est désigné aux fins des présentes;

1.02 L'annexe I ci-jointe contient la liste des établissements désignés et précise la catégorie à laquelle ils appartiennent ainsi que le nombre hebdomadaire de forfaits alloués à chacun des établissements en cause. Ces données sont déterminées par accord des parties.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} 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'un centre susmentionné, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 ADMISSIBILITÉ

3.01 Pour être éligible à une désignation selon cette entente, un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés comportant un service d'urgence de première ligne ou qui fait partie du réseau de garde intégré doit, tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24, assurer une garde sur place dans ce service d'urgence;

3.02 Selon les modalités qu'édicte l'article 8.00 ci-après, est également admissible à présenter une demande d'adhésion un établissement qui est déjà régi selon 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 en vertu de cette entente. Cet établissement doit toutefois satisfaire à toutes les exigences qu'édicte le paragraphe 3.01.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, dans le service d'urgence d'un centre désigné, la rémunération de la garde sur place effectuée par un médecin entre 8 h 00 et 24 h 00, et, au delà de 24 h 00, pour prolonger le quart de garde précédent, lorsque la dispensation des services ou le complètement de dossiers le requiert;

4.02 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 au tarif, est appelé à dispenser, dans le service d'urgence de première ligne de l'établissement, 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.

AVIS : Fournir les renseignements requis et inscrire « N » dans la case C.S. (voir la section 4.2.7 sous l'onglet « RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT » de votre manuel).

5.00 FORMULE DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin soumis à l'application de cette entente particulière est rémunéré selon une formule spéciale de rémunération à l'acte prévoyant, pendant une période de garde sur place visée au paragraphe 4.01, le paiement d'un forfait qui, par quart de quatre (4) heures, lui est applicable. Les forfaits applicables diffèrent selon le groupe de l'établissement;

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 ou du renouvellement de sa nomination.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité suivant : XXX063 : Garde sur place.

De façon transitoire, le médecin peut se prévaloir de l'alinéa précédent lors de sa mise en vigueur s'il est déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes de l'établissement adhérent.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'établissement.

AVIS : INSTRUCTIONS POUR LA FACTURATION DES FORFAITS ET MODIFICATEURS À UTILISER :

1. Codes d'acte à utiliser selon périodes et groupe						
Périodes	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Codes	Forfaits	Codes	Forfaits	Codes	Forfaits
8 h à 20 h / 4 heures :	9858	283 \$	9862	258 \$	9866	232 \$
Semaine	9859	283 \$	9863	258 \$	9867	232 \$
Samedi, dimanche, jours fériés						
20 h à 24 h / 4 heures :	9860	309 \$	9864	283 \$	9848	232 \$
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés						
Au-delà de 24 Heures / 4 heures (art. 4.01) :	9861	309 \$	9865	283 \$	9849	232 \$
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés						
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général.						
0 h à 8 h / 8 heures :	9802	515 \$	9804	515 \$	9998	515 \$
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés						
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général.						
0 h à 8 h / 8 heures :	9803	515 \$	9805	515 \$	9994	515 \$
Semaine, samedi, dimanche, jours fériés						
4. Modificateurs à utiliser pour les services dispensés pendant la garde sur place						
Les services rendus doivent être réclamés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes en utilisant le modificateur approprié. N.B. : Voir le point 5, page suivante, pour autres données. Si le modificateur 106 ou 107 doit être utilisé simultanément avec d'autres modificateurs, veuillez inscrire le modificateur 062, 235, 236, 237, 300, 302, 303 ou 307 et ce, en application de l'annexe IX de l'Entente, art. 5.4.						
Période	Modificateur		Rémunération			
En semaine de 8 h à 20 h	105		45 % du tarif des actes			
En semaine de 20 à 24 h Samedi, dimanche, jours fériés de 8 h à 24 h	106		45 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (réf.: art. 4.01) (au-delà de 24 h)	107		45 % du tarif des actes			
En semaine, samedi, dimanche et jours fériés (parag. 1.4 du pr. gén.) de 0 h à 8 h	097		90 % du tarif des actes			

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteurs de multiplication)
050 - 106 - 108	307	0,270
094 - 106 - 108	300	0,540
106 - 108	237	0,540
094 - 105	234	0,450
094 - 106	235	0,450
094 - 107	236	0,450

5. Données à inscrire dans les cases appropriées de la demande de paiement (n°1200)

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- l'un ou l'autre des codes d'acte sus-mentionnés dans la case ACTES;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS, sauf codes 9802, 9804 et 9998;
- les honoraires de base horaire sauf codes 9802, 9804 et 9998;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Remarque : Pour éviter les erreurs de facturation, vous devez utiliser les codes 9802, 9804 ou 9998 lorsque vous n'avez pas travaillé la veille.

5.02 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;

5.03 Les parties conviennent de revoir le regroupement des établissements pour le 1^{er} avril 1999 et, par la suite, annuellement;

5.04 Les forfaits applicables aux établissements faisant partie du groupe I sont les suivants :

- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 283 \$;
- pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 309 \$;

5.05 Les forfaits applicables aux établissements du groupe 2 sont les suivants :

- pour la période de 8 h à 20 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 258 \$;
- pour la période de 20 h à 24 h, chaque journée de la semaine, le forfait est de 283 \$;

5.06 Le forfait applicable aux établissements du groupe 3 est de 232 \$ pour la période de 8 h à 24 h, chaque jour de la semaine;

5.07 À un forfait susmentionné, s'ajoute quelque soit le groupe de l'établissement, quarante-cinq pour cent (45 %) 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 et la Loi sur les accidents du travail (Annexe XIII de l'Entente) sont toutefois rémunérés à 100 % de leur valeur;

5.08 Malgré les dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général au tarif relativement au montant du forfait compensatoire pour la période de 0 h à 8 h, le forfait compensatoire pour cette même période est de 515 \$. Les autres dispositions du paragraphe 1.4 du préambule général continuent de s'appliquer;

5.09 Les dispositions prévues au sous-paragraphe 2.2.9B 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 (0XXX7) et CLSC du réseau de garde intégré (9XXX2) : Voir l'**AVIS** sous la règle 2.2.9B, préambule général de votre manuel.

5.10 Si un établissement visé aux présentes administre plus d'un service d'urgence de première ligne situé dans des pavillons géographiquement distincts, 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 pavillons en cause;

5.11 Sous réserve du paragraphe 1.4 du Préambule général au tarif, un forfait visé à cet article n'est divisible que sur base horaire. Ainsi divisé, un forfait peut être utilisé aux fins de déterminations prévues au paragraphe 6.01;

5.12 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;

5.13 Le médecin visé au paragraphe 5.12 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;

5.14 Lorsque le médecin visé aux paragraphes 5.01 ou 5.12 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 au tarif ou 5.08 des présentes;

5.15 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 les dispositions qu'édicte le paragraphe 1.4 susmentionné ou 5.08 des présentes.

6.00 NOMBRE DE FORFAITS AUTORISÉS

6.01 Le nombre de forfaits autorisés est, dans un premier temps, établi sur base hebdomadaire. Par la suite, il est déterminé sur base journalière;

6.02 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'établissement visé;

6.03 Le nombre journalier de forfaits autorisés est déterminé par le chef du département de médecine générale ou le médecin responsable, ou le médecin qui le remplace;

6.04 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.

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins d'informer et de conseiller des 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'un établissement;
- b) toute recommandation, avis ou consentement visé aux présentes;

7.03 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;

7.04 Ce comité voit à évaluer le regroupement des établissements, selon les dispositions du paragraphe 5.03 ci-dessus 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'un établissement visé aux présentes;

8.02 Une demande est formulée conjointement par l'établissement qui exploite le centre hospitalier visé ainsi que par les médecins qui exercent leur profession dans le service d'urgence de première ligne qui fait partie de ce centre. 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 un établissement de l'application de cette entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui, majoritaire, des médecins concernés, l'accord des parties;

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'établissement 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 L'adhésion à cette entente d'un établissement visé au paragraphe 3.02 ci-dessus a pour effet de soustraire l'établissement en cause, précisément à compter de la date de cette adhésion, de l'application des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés en vertu de cette entente.

9.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 Cette entente particulière prend effet le 7 mars 1999;

9.02 Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e 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

ANNEXE I

Liste des établissements (CHSGS) et des services d'urgence de première ligne désignés par accord des parties visés par l'Entente particulière concernant la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploite un CHSGS ou qui font partie du réseau de garde intégré.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date (début)
Région 01 : Bas St-Laurent				
03047	Réseau Santé Kamouraska :	III	29	03-12-14
03347	- Centre Notre-Dame-de-Fatima	I	51	03-06-08
	Centre hospitalier régional de Rimouski			
	Réseau de santé de Témiscouata :			
91372	- CLSC de Pohénégamook	III	28	03-06-08
03337	- Hôpital Notre-Dame du Lac	III	28	99-03-07
93492	CHSLD - CLSC des Basques : - CLSC des Basques	III	28	99-04-11
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean				
02477	Complexe hospitalier de La Sagamie (1)	I	92	03-03-02
	Centre Maria-Chapdelaine :			
02507	Centre Maria-Chapdelaine - Centre hospitalier Dolbeau	II	31	03-11-16
02517	CH Jonquière	II	44	02-09-01
Région 03 : Québec				
02057	L'Hôpital Jeffery Hale	III	29	01-06-17
02067	Hôpital Laval	I	50	03-11-23
	CH universitaire de Québec :			
02047	- Pavillon Hôtel-Dieu de Québec	I	46	01-04-01
02107	- Pavillon St-François d'Assise	I	84	01-03-18
02137	- Pavillon CHUL (1)	I	111	04-01-11
	CH affilié universitaire de Québec :			
02037	- Pavillon de l'Enfant-Jésus (1)	I	125	01-03-18
02127	- Hôpital du St-Sacrement	I	46	03-02-23
	Centre de santé Orléans :			
02347	- CLSC Orléans / Hôpital Sainte-Anne	III	28	03-01-12
02357	Centre régional d'hébergement et de santé de Portneuf : - CH Portneuf	III	28	99-03-07
02377	CH de Charlevoix	III	28	99-03-07
	CLSC et CHSLD de Portneuf :			
90682	- CLSC Saint-Marc-des-Carrières	III	28	00-12-10
Région 04 : Mauricie - Centre-du-Québec				
01777	Carrefour de santé et des services sociaux de la Saint-Maurice	III	28	99-03-07
	CH régional de Trois-Rivières :			
01827	- Pavillon St-Joseph (1)	I	92	03-01-26
01857	CH du Centre-de-la-Mauricie : - CH régional de la Mauricie	I	52	04-01-11
02757	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	I	48	03-08-03

(1) Deuxième médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date (début)
Région 05 : Estrie				
01007	Les CLSC - CH - CHSLD de la MRC d'Asbestos : - CH d'Asbestos	III	28	99-03-07
01027	CH de Coaticook	III	28	99-06-27
01107	CUSE - Pavillon Bowen (1)	I	84	99-03-07
01127	CH Lac Mégantic	III	28	99-03-26
01167	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : - Hôpital Fleurimont	I	91	03-03-30
Région 06 : Montréal-Centre				
+ 00087	Institut de cardiologie de Montréal	I	44	04-04-18
00157	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (1)	I	131	01-03-18
	Centre universitaire de santé McGill :			
00187	- Hôpital général de Montréal (1)	I	91	03-05-11
00257	- Hôpital Royal Victoria	I	84	03-09-21
00277	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (1)	I	129	00-11-05
	CH universitaire de Montréal :			
00067	- Campus Hôtel-Dieu (1)	I	58	99-06-13
00307	- Campus St-Luc (1)	I	75	99-10-31
00357	Hôpital Santa Cabrini (1)	I	88	01-01-07
00367	Centre hospitalier de Verdun	I	70	03-06-22
Région 07 : Outaouais				
01257	CH - CHSLD de Papineau : - Pavillon du CH Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais :	II	37	99-12-05
01267	- Pavillon de Hull	I	60	02-11-03
07697	- Pavillon de Gatineau	I	63	03-10-05
01307	Centre hospitalier du Pontiac	III	28	00-09-10
01317	CH Gatineau Mémorial	III	28	99-03-07
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
01507	CH Hôtel-Dieu d'Amos	II	35	00-04-02
01527	Réseau santé et services sociaux des Aurores Boréales : - Centre hospitalier La Sarre	III	32	03-03-30
Région 09 : Côte-Nord				
02697	CH régional de Sept-Iles	II	40	02-10-13
	Centre de santé des Nord-Côtiens :			
02647	- Pavillon Escoumins	III	28	99-04-25
90632	- Pavillon Forestville	III	28	99-11-01
95062	CLSC - Centre de santé des Sept-Rivières	III	28	99-04-11
Région 10 : Baie James				
02537	Centre régional de santé et services sociaux Baie James : - Centre de santé Chibougamau	III	35	03-04-25
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine				
03287	CH de Gaspé	III	28	99-03-07
03307	CH Baie-des-Chaleurs	II	28	99-03-07
03417	CLSC - CHSLD - CH de la MRC Denis-Riverin :			
	- Hôpital des Monts	III	28	99-03-07
90582	CLSC - CHSLC Baie-des-Chaleurs : - CLSC Chaleur	III	28	99-04-11

(1) Deuxième médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date (début)
Région 12 : Chaudière-Appalaches				
02877	CH Beauce-Etchemin	I	56	03-07-13
+03007	Hôtel-Dieu de Lévis	I	103	04-03-21
03037	Hôtel-Dieu de Montmagny	II	35	00-04-02
Région 15 : Laurentides				
01437	Centre Hospitalier Laurentien	I	46	03-06-15
01447	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	I	95	03-01-26
01457	CH St-Eustache (1)	I	88	03-03-02
Région 16 : Montérégie				
00427	Hôpital du Haut-Richelieu	I	74	99-06-20
00927	Hôtel-Dieu de Sorel	I	52	03-10-05
	Réseau Santé Richelieu - Yamaska :			
00947	- Pavillons Honoré-Mercier et St-Charles	I	75	04-02-01
01037	CH de Granby	I	65	02-03-17
01087	L'Hôpital Barrie Memorial	III	28	99-03-07
01147	CH régional du Suroît	I	64	01-09-02
07767	Centre hospitalier Anna-Laberge	I	70	03-03-02

(1) Deuxième médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

AVIS : Annexe modifiée par les Accords N^{os}: 298, 335, 349, 393, 408 , 440, 449, 496, 505, 511 et 525 ou par lettre du Comité paritaire.

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EFFECTUÉE AUPRÈS DE CERTAINS ÉTABLISSEMENTS** *(maintien à domicile)***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 de rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), d'un centre de réadaptation (CR) qui dispense des services d'adaptation ou de réadaptation à des personnes ayant une déficience physique, d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) qui n'opère pas de services d'urgence ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un centre local de services communautaires (CLSC) désigné par accord des parties et énumérés en annexe I des présentes.

1.02 À moins d'indication contraire, cette annexe comprend, pour l'établissement qui y est désigné, l'ensemble de ses installations ou les établissements couverts par l'adhésion, et précise le type et le nombre de forfaits quotidiens alloué à chacun des établissements en cause.

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 qui dispense des services de garde en disponibilité auprès d'un CHSLD ou d'un CR visé à l'article 1.01 des présentes ou dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC visé aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES**3.01 Participation**

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue à cette entente particulière doit être détenteur d'une nomination d'un établissement visé aux présentes. Si tel n'est pas le cas, le médecin s'adresse alors à la régie régionale du territoire où est situé cet établissement. La régie régionale transmet à l'établissement concerné la demande du médecin.

Cet établissement octroie une nomination spécifique au médecin, basée sur une entente de services conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Une telle nomination n'a pas pour effet d'augmenter le nombre de médecins autorisés par le plan d'effectifs médicaux prévu pour l'établissement.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service identifiant le médecin et la période concernée.*

3.02 Garde en disponibilité

Pour donner droit à au moins un forfait à tarif régulier par période de huit (8) heures, la garde en disponibilité doit répondre à une des situations suivantes. Elle est dispensée :

- a) auprès d'un CHSLD, d'un CHSGS ou d'un CR visé au paragraphe 1.01 des présentes, que ceux-ci aient un ou plusieurs pavillons ou installations, ou auprès d'un regroupement de CHSLD, de CHSGS ou de CR, centre ou regroupement de centres desservant plus de 200 lits;
- b) dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un territoire ou de territoires différents mais contigus de CLSC desservant au moins cent (100) patients nécessitant un accès aux soins médicaux 24/7;

- c) auprès de tout regroupement de centres, au sein d'un même établissement ou non, jugé acceptable par la régie régionale sur recommandation de la commission médicale régionale (CMR), ou, lorsque institué, du département régional de médecine générale (DRMG);
- d) dans le cadre de toute autre situation jugée acceptable par la régie régionale, sur recommandation de la CMR ou, lorsque institué, du DRMG.

3.03 Rémunération

La rémunération de la garde en disponibilité prévue à la présente entente particulière ne s'applique qu'à compter du samedi à 0 h 00 au dimanche suivant 24 h 00 et les jours fériés de 0 h 00 à 24 h 00.

La garde en disponibilité effectuée par un médecin régi selon la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, prévoyant le paiement d'un forfait de cinquante et un dollars et quatre-vingt-dix cents (51,90 \$) par quart de huit (8) heures de garde, additionné de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période.

AVIS : Les week-end et jours fériés (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés), pour les **services médicaux rendus durant la garde en disponibilité** :

- utiliser **une** « Demande de paiement » **no 1200** distincte pour chaque personne assurée;
- pour les services **reliés** à cette garde : **inscrire la lettre « E »** dans la case C.S.;
- pour les services **non reliés à la garde en disponibilité, (ex. tournée des malades) : ne pas inscrire la lettre « E »** dans la case C.S.

Si une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde de huit (8) heures, le forfait prévu à la présente entente particulière devient, quant à cette portion de quart de garde, divisible. Il est alors payé par la Régie au prorata du temps de garde effectué par le médecin.

Le forfait est réduit ou majoré de 50 % lorsque, selon la régie régionale, sur recommandation de la CMR ou, lorsque institué, du DRMG, le nombre de lits ou de patients, d'installations ou pavillons ou la distance à couvrir le justifie.

AVIS : Les week-end et jours fériés, pour facturer le **forfait**, inscrire les données suivantes :

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte approprié par quart de 8 heures de garde :
 - **9856** (forfait majoré), honoraires de **77,85 \$**;
 - **9857** (forfait régulier), honoraires de **51,90 \$**;
 - **9727** (forfait réduit), honoraires de **25,95 \$**;
- le code d'établissement; nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS;
- la lettre « **E** » dans la case C.S.;
- les honoraires sur base horaire; l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;
- dans le cas de garde simultanée dans plusieurs établissements, installations ou pavillons, inscrire les services sur des lignes distinctes en respectant le nombre maximum de forfaits par établissement désigné.

4.00 NOMBRE DE FORFAITS

4.01 a) Le comité paritaire détermine le nombre de forfaits quotidiens à répartir entre les régies régionales.

b) La répartition interrégionale du nombre de forfaits visé à l'alinéa a) est déterminée par le comité paritaire à partir des critères suivants :

- Le nombre de corporations;
- le nombre de CLSC;
- le nombre de lits d'hébergement et de soins de longue durée.

c) Un dépassement du nombre de forfaits alloué à une régie régionale peut être autorisé par le comité paritaire, de façon permanente ou temporaire. Si un tel dépassement n'est pas autorisé par le comité paritaire, un plan de redressement doit être élaboré et présenté par la régie régionale sur recommandation de la CMR ou, lorsqu'institué, du DRMG, au comité paritaire.

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Toute question relative à la mise en oeuvre et au suivi de la présente entente particulière est soumise au comité paritaire prévu à 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 s'assure de la conformité du plan d'organisation des services de garde en disponibilité qui lui est soumis par une régie régionale;
- b) il informe la régie régionale du nombre de forfaits quotidiens qui est alloué à cette dernière;
- c) il prend les mesures requises en cas d'ajustement ou de dépassement du nombre de forfaits alloué à une régie régionale conformément à l'article 4.00 des présentes.

6.00 ADHÉSION ET RETRAIT

6.01 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.

6.02 Une demande selon le présent article est formulée conjointement par l'établissement ou les établissements en cause et par le ou les chef(s) de département de médecine générale, du service médical ou par le ou les médecin(s) responsable(s). Cette demande est transmise par écrit à la régie régionale.

6.03 La régie régionale sur recommandation de la CMR ou, lorsqu'institué, du DRMG, soumet pour approbation au comité paritaire son plan d'organisation des services de garde en disponibilité pour son territoire, en totalité ou en partie, ainsi que la liste des établissements dont elle recommande la désignation sur base permanente ou temporaire dans le cadre de la présente entente.

6.04 Suite à son adhésion à la présente entente, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 3.01 et en informe la Régie.

6.05 Une demande ayant pour objet le retrait d'un établissement de la présente entente, est soumise pour approbation au comité paritaire par la régie régionale, sur recommandation de la CMR ou, lorsqu'institué, du DRMG et nécessaire, en outre, l'accord des parties.

6.06 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 la régie régionale, l'établissement et les médecins concernés.

7.00 MISE EN VIGUEUR

7.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} septembre 1999 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^e 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

ANNEXE I

Liste des établissements et des installations regroupées adhérant à l'Entente particulière relative à la garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements (*maintien à domicile*)

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 01 : Bas St-Laurent					
03254	Centre hospitalier d'Amqui - Villa Mon Repos - Foyer Sainte-Marie de Sayabec - Résidence Marie-Anne Ouellet	394	Rég.	3	99-12-16
03314	Les CH et CHSLD de Matane - Centre hospitalier de Matane - Foyer d'accueil de Matane - Pavillon de la Mer Inc.	317	Rég.	3	99-02-01
04964	Centre Mitissien de santé et de services communautaires (*) - Hôpital de Mont-Joli	293	Maj.	3	98-09-01
04984	Centre hospitalier de Rivière-du-Loup - Hôpital St-Joseph-Rivière-du-Loup - Le Foyer de St-Antoine - Centre Villa Maria	452	Maj.	3	01-03-07
10585	Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire - Le Foyer de Rimouski	293	Rég.	3	98-09-01
10695	Réseau santé Kamouraska - Centre Thérèse Martin - Centre d'Anjou	452	Rég.	3	01-06-22
93402	Réseau de santé du Témiscouata- CLSC Témiscouata (*) - Villa de la Rivière - Foyer Beauséjour - Domaine du Sommet - Hôpital Notre-Dame-du-Lac	452	Maj.	3	01-11-02
93442	- CLSC de l'Estuaire (**)	407	Rég.	3	00-08-21

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) L'ensemble des religieuses de la maison mère des soeurs du Saint-Rosaire inscrites au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 02 : Saguenay Lac-St-Jean					
02454	Centre Le Jeannois - Pavillon de Métabetchouan - Pavillon Le Normandie - Pavillon du Bel-Age - Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma - Pavillon Le Pionnier	394	Rég.	3	99-01-25
02484	CH - CHSLD - CLSC Cléophas-Claveau : Hôpital de la Baie des Ha! Ha! - Hôpital de La Baie des Ha! Ha! - Foyer St-Joseph de La Baie - Foyer de Bagotville	407, 452 et 499	Rég.	3	98-09-01
02504	Centre Maria-Chapdelaine - Centre hospitalier de Dolbeau - Pavillon Maison du Bel Âge - Pavillon Ghislain Genest - CHSLD Maria-Chapdelaine - Foyer St-Cyrille de Normandin	293	Rég.	3	99-05-14
02514	Centre hospitalier Jonquière - Résidence Ste-Marie - Pavillon Arvida - Résidence Georges Hébert - Résidence des Années d'Or	293	Rég.	3	98-09-01
02524	Hôtel-Dieu de Roberval - Pavillon St-François-de-Sales - Le Foyer de Lac Bouchette - Le Domaine du Bon Temps	293	Rég.	3	98-09-01
11475	Hôtel-Dieu de Roberval : Le Foyer de la Paix - Le Foyer de la Paix - Pavillon de La Doré	407, 452 et 499	Rég.	3	98-09-01
11615	Le CHSLD de Chicoutimi - Beaumanoir de Chicoutimi - Le Foyer Delage - Centre Mgr Victor Tremblay	293	Rég.	3	98-09-01
93472	Centre Maria-Chapdelaine - CLSC (Mistassini) (*)	317	Rég.	3	99-05-14

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 03 : Québec					
02004	CLSC- CHSLD Haute-ville-des-Rivières/ Résidence Christ-Roi - Résidence Christ-Roi - Résidence Louis-Hébert - Résidence Le Faubourg - Résidence St-Antoine	L.C.P.	Maj.	3	02-05-09
02054	L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Home - Centre hospitalier St-Sacrement Ltée	293	Rég.	3	98-09-01
02134	Centre hospitalier universitaire de Québec - Pavillon CHUL(Foyer des Vétérans) - Résidence Paul Triquet	438	Rég.	3	01-02-01
02314	Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie - Villa des Érables - Accueil Bellerive - Foyer de Clermont - Foyer de Notre-Dame du Sacré-Cœur de St-Siméon - CLSC Charlevoix(*) (secteur Charlevoix Est)	293	Rég.	6	98-09-01
02324	Corporation du Centre hospitalier Chauveau - Centre hospitalier Chauveau - Pavillon Ste-Thérèse - Foyer de Loretteville - Pension Marie-Chantal - Pavillon Hélène de Champlain	293	Rég.	3	98-09-01
02344	Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré - Centre d'accueil St-Tite-des-Caps - L'Accueil de Notre-Dame de Beaupré - CLSC Orléans(*) (secteur Beaupré)	293	Rég.	3	98-09-01
02354	Centre régional d'hébergement et de santé de Portneuf - Centre hospitalier Portneuf - Centre d'hébergement St-Raymond (*)	364	Rég. Rég.	3 3	98-09-01 99-09-01
04704	Hôpital Général de Québec	293	Rég.	3	98-09-01
04724	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec - Pavillon du Fargy - Pavillon Yvonne-Sylvain - Pavillon Maizerets - Pavillon St-Augustin - Pavillon Alphonse-Bonenfant	293 et 394	Maj.	3	99-04-01
07720	La Maison Michel Sarrazin	438	Rég.	3	00-07-01
07784	Centre d'hébergement St-Jean-Eudes Inc. - Centre d'hébergement St-Jean-Eudes - Centre d'hébergement Champlain-Limoilou - Centre hospitalier St-François - Résidence Le Foyer de Charlesbourg	481	Rég.	3	02-05-09
10013	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - Site François-Charron	317	Rég.	3	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 03 : Québec (suite)					
11895	CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier : Résidence Notre-Dame de Lourdes - Résidence Notre-Dame de Lourdes - Résidence Saint-Charles	499	Rég.	3	03-06-02
17815	Centre régional d'hébergement et de santé de Portneuf - Centre d'hébergement Donnacona - Centre d'hébergement St-Marc-des-Carières - Centre d'hébergement St-Casimir	293	Rég.	3	98-09-01
20275	Vigi Santé Ltée - CHSLD St-Augustin - Jardins du Haut St-Laurent (1992)	317	Rég.	3	99-03-12
21695	Pavillon Saint-Dominique - Centre hospitalier Notre-Dame du Chemin - CLSC de Portneuf (secteurs ouest et sud-est)	407	Rég.	3	00-04-11
90552	CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier : Point de service Basse-Ville - (*) (Secteur Basse-Ville et Limoilou)	499	Rég.	3	03-02-28
90682	Les CLSC et CHSLD de Portneuf (*)	407	Rég.	3	00-05-10
91232	CLSC des Seigneuries	LCP	Maj	3	03-04-23
93832	CLSC Orléans(*) (secteur Beauport)	438	Rég.	6	01-04-04
93972	CLSC Charlevoix (*) - Pavillon Restons chez-nous (Secteur de l'Ile-aux-Coudres)	407	Rég.	3	99-12-01
95082	CLSC-CHSLD Haute-Ville des Rivières : CLSC Haute-Ville - CLSC Haute-Ville : (*) (secteur Haute-Ville)	452, 499 et 523	Rég.	3	02-11-08
	- CLSC Haute-Ville : (*) (secteur Vanier, Duberger, Les Saules)	452, 499 et 523	Rég.	3	01-11-05
95132	CLSC Sainte-Foy-Sillery-Laurentien : Point de service Sainte-Foy-Sillery - (*) desservi par votre établissement	499	Rég.	3	02-12-20
Région 04 : Mauricie - Centre-du-Québec					
01494	CHSDL de la MRC d'Arthabaska - Pavillon familial des Bois-Francis Inc. - Centre hospitalier des Bois-Francis - Foyer Étoiles d'Or - Centre d'accueil l'Ermitage - Pavillon Bujold-Lefebvre	293	Maj.	3	98-09-01
01754	Regroupement Cloutier-Du-Rivage (*) - Hôpital Cloutier - Foyer Père Frédéric - Centre d'accueil Luc Désilets - Pavillon des Aînés - Pavillon Nazareth du Cap (1985) Inc. - Pavillon Nazareth du Cap (1985) Inc.	407	Maj.	3	00-06-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 04 : Mauricie - Centre-du-Québec (suite)					
01764	CHSLD du Centre Mauricie - Résidence Linteau - Centre Laflèche - Foyer de Grand-Mère - Résidence de la St-Maurice - Centre d'accueil Dr Joseph-Garceau	293	Rég.	6	98-09-01
01804	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie - Pavillon St-Paulin 1994 Enr. - Pavillon St-Boniface Inc. - La Résidence des Chutes Inc. - Centre hospitalier régional de la Mauricie - Centre hospitalier Sainte-Thérèse de Shawinigan	364	Maj.	3	99-09-03
01814	CHSLD Trifluvien - Résidence Cooke - Résidence Joseph-Denys - Résidence La Providence - Résidence Louis Denoncourt - Pavillon La Cathédrale Enr.	293	Maj.	3	98-09-01
02784	Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska - Hôpital du Christ-Roi - Foyer Lucien Shooner - Foyer de Nicolet - Foyer de St-Célestin	293	Rég.	3	98-09-01
04944	CHSLD Coeur-du-Québec - Villa du Boisé Inc. - Pavillon Marie-Reine des Coeurs Enr. - Centre Frédérick-Georges-Hériot - Résidence Marguerite-d'Youville (Hôpital Ste-Croix)	293	Maj.	3	98-09-01
10053	Centre de réadaptation Interval	481.	Réduit	3	02-04-04
10685	Regroupement santé et services sociaux MRC Maskinongé: - Site: La Résidence Avellin-Dalcourt	481.	Rég.	3	01-11-15
90642	CLSC - CHSLD Les Blés d'Or - Foyer Romain Becquet (*)	452	Rég.	3	01-07-14
90672	CLSC-CHSLD de l'Érable (*) - Pavillon Aubin-Bolduc - Foyer des Bois-Francis - Foyer St-Eusèbe - Foyer de Lyster - Foyer Sacré-Coeur	407	Maj.	3	00-06-01
93622	Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska - CLSC Nicolet-Yamaska (*)	293	Rég.	3	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 05 : Estrie					
01024	Carrefour de la santé et des services sociaux CLSC et CHSLD de Coaticook : Centre hospitalier de Coaticook - Centre hospitalier de Coaticook (**)	499	Rég.	3	02-11-01
01064	CLSC - Centre hospitalier et d'hébergement Memphrémagog - CH et CHSLD de Memphrémagog - Pavillon Place Victoria - Résidence Ste-Marguerite-Marie	350 et 376	Rég.	3	99-09-01
01114	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke - Pavillon Argyll - Pavillon d'Youville	293	Maj.	3	98-09-01
01124	Carrefour santé du Granit (CH - CHSLD - CLSC) - Centre hospitalier Lac-Mégantic - La Maison paternelle - Pavillon Ste-Cécile - Le Castel des Aïeux (La Maison paternelle)	394	Maj.	3	00-01-22
10085	Foyer Wales	293	Rég.	3	98-09-01
10133	Centre de réadaptation de l'Estrie : Pavillon King Ouest - Centre de réadaptation de l'Estrie : Pavillon King Ouest	523	Rég.	3	03-11-10
10535	Les CHSLD Estriade - Le Foyer St-Joseph - Pavillon St-Marc Enr. - Pavillon St-François - Pavillon St-Gabriel Enr. - Pavillon l'Eden Enr. - La Résidence de l'Estrie - Le Foyer de Bromptonville - Pavillon Fontaine Enr. - Pavillon Simon Côté Inc. - Maison Reine Marie	364 et 376	Maj.	3	99-06-15
11125	CLSC - CHSLD du Haut-St-François - Site Domaine de La Sapinière - Villa du Repos	317-364-394	Rég.	3	98-09-01
23485	La Maison Blanche de North Hatle : - Foyer Connaught	317	Rég.	3	99-01-08
90652	CLSC Soc (*)	317	Rég.	3	98-09-01
91272	CLSC - CHSLD du Haut-St-François - Pavillon St-Gérard Inc. - Site Foyer de Weedon - CLSC point de service de Weedon (*)	293	Rég.	3	98-09-01
91332	Carrefour santé et services sociaux Val St-François - Pavillons : Richmond, St-Louis, Valcourt et Barlow (*)	293	Rég.	9	98-09-01
93612	CLSC Gaston-Lessard (*) : - Centre d'accueil Shermon	293	Rég.	3	98-09-01
93882	Centre de santé Memphrémagog : Centre de santé Memphrémagog - (*) (Points de service Magog, Stanstead et Mansonville)	499	Rég.	6	03-06-09

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) Patients en hébergement et soins de longue durée et patients inscrits au programme de maintien à domicile nécessitant un suivi médical

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 06 : Montréal-Centre					
00164	Centre hospitalier Jacques-Viger - Centre d'accueil Ernest Routhier	293	Maj.	3	98-09-01
00204	Centre hospitalier de l'Université de Montréal - Campus Notre-Dame - Campus Hôtel-Dieu - Campus St-Luc - Pavillon Bruchesi	376	Rég.	3	99-09-16
00224	CHSLD Lucille Teasdale : Pavillon J.-Henri Charbonneau - Pavillon Eloria Lepage - Pavillon Maisonneuve - Pavillon J.-Henri Charbonneau	293	Rég.	6	98-09-01
00324	Centre hospitalier St-Michel - CHSLD St-Michel - Hôpital Notre-Dame de Lourdes	293 et 376	Rég.	3	99-01-01
00364	Centre hospitalier Angrignon (Fin 00-09-30) - (Pavillon Verdun et Pavillon LaSalle)	317 et 438		3	
04044	CHSLD Juif de Montréal : Centre hospitalier Juif de l'Espérance - Centre hospitalier Juif de l'Espérance - Centre d'accueil David et Sylvia Kastner	523	Rég.	3	03-10-31
04084	L'Hôpital Chinois de Montréal (1963) - L'Hôpital Chinois de Montréal (1963)	499	Réduit	3	02-08-20
04114	Le Centre de soins prolongés de Montréal - Hôpital Grace Dart	293	Rég.	3	98-09-01
04134	Hôpital Notre-Dame de la Merci Inc. - CH Notre-Dame de la Merci - Pavillon La Visitation	293	Maj.	3	98-09-01
04154	CHSLD Centre-Ville de Montréal : Résidence Saint-Charles Borromée - Résidence Saint-Charles Borromée - Manoir l'Âge-d'or - Pavillon Marquette - Pavillon Louisiane	293 et 499	Maj.	3	02-08-20
04224	Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides - Centre hospitalier gériatrique Maimonides	293	Rég.	3	98-09-01
04244	CHSLD Champlain-Manoir de Verdun : Pavillon Champlain - Pavillon Champlain - Pavillon Manoir	293	Maj.	3	98-09-01
05054	Centre Le Cardinal	293	Rég.	3	98-09-01
05764	Villa Médica Inc. : - Villa Médica	317	Rég.	3	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 06 : Montréal-Centre (suite)					
05774	Groupe Roy Santé Inc.	293	Rég.	3	98-09-01
	- Centre d'hébergement St-Georges				
07834	Centre hospitalier de Lachine: - Pavillon Camille Lefebvre	317	Rég.	3	99-03-26
08004	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	293 et 376	Maj.	3	98-09-01
	- Pavillon Côte-des-Neiges				
	- Pavillon Alfred-Desrochers				
10005	CHSLD Les Havres	293	Rég.	3	98-09-01
	- CHSLD Les Havres (Havre Dorion)				
	- Havre Villeray (CHSLD Les Havres)				
	- Havre St-Marc (CHSLD Les Havres)				
10023	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	438	Réduit	3	00-11-01
10095	CHSLD Émilie-Gamelin, Armand-Lavergne	293	Rég.	3	98-09-01
	- C.A. Armand-Lavergne				
10365	Centre d'accueil St-Margaret	293	Rég.	3	98-09-01
	- Les Foyers presbytériens de St-Andrew				
	- Centre d'accueil Father Dowd - Father Dowd Home				
10375	CHSLD Biermans-Triest : Centre Biermans	293	Maj.	3	98-09-01
	- Centre Biermans				
	- Centre Triest				
10435	Manoir Cartierville	293	Maj.	3	98-09-01
	- Hôpital St-Joseph de La Providence				
12245	La Corporation du Centre d'accueil de Lachine	293	Maj.	3	98-09-01
	- Centre d'accueil de Lachine				
	- Centre d'accueil Nazaire Piché				
	- Foyer Dorval				
12275	CHSLD - CLSC St-Laurent	293	Rég.	3	98-09-01
	- Centre d'hébergement St-Vincent-Marie				
12965	Résidences Mance-Decary (CHSLD)	293	Maj.	3	98-09-01
	- Pavillon St-Henri (CHSLD)				
	- Pavillon des Seigneurs (CHSLD)				
	- Pavillon Auclair (CHSLD)				
13005	Foyer Rousselot	438	Réduit	3	00-11-01
15355	Les CHSLD du Plateau Mont-Royal : Centre Jean-De La Lande	293 et 523	Maj.	3	03-05-20
	- Centre Jean-De La Lande				
	- Centre Chevalier De Lorimier				
15655	Centre d'accueil La Salle	293	Rég.	3	98-09-01
15685	CLSC - CHSLD de Rosemont : Centre d'accueil Marie-Rollet	499	Maj.	3	02-10-20
	- Centre d'accueil Marie-Rollet				
	- Résidence Robert Cliche				
	- CHSLD Paul Gouin				
15725	Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger	293 et 376	Rég.	3	98-12-01
	- CHSLD Bayview				
15835	Hôpital Santa Cabrini : Centre d'accueil Dante	438	Réduit	3	00-11-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 06 : Montréal-Centre (suite)					
16335	Centre hospitalier Richardson - Centre d'accueil Henri Bradet - Association montréalaise pour les aveugles : - Rés. Gilman	293	Rég.	3	98-09-01
16395	CLSC Montréal-Nord : Résidence Paul Lizotte - Résidence Paul Lizotte - CHSLD Gouin	293 et 376	Rég.	3	98-12-01
16525	Résidence Yvon-Brunet - Résidence Yvon-Brunet - Centre d'accueil Réal Morel - Centre d'accueil Louis Riel	293	Rég.	6	98-09-01
17775	Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain - Résidence Laurendeau - Résidence Louvain - Résidence Légaré - Résidence Berthiaume-Dutremblay	293	Maj.	3	98-09-01
17855	Centre hospitalier - Centre d'accueil Gouin-Rosemont - Centre d'accueil Gouin-Rosemont - CHSLD Jeanne-Leber	293	Maj.	3	98-09-01
20995	Résidence Angélica - Hôpital Marie-Clarac	293 et 407	Maj.	3	98-09-01
23645	Vigi Santé - CHSLD Mont Royal - CHSLD Mont Royal	293	Rég.	3	98-09-01
+ 23705	Petites Soeurs des Pauvres : Ma Maison St-Joseph - Ma Maison St-Joseph	LCP	Réduit	3	04-03-31
25065	Groupe Champlain Inc. : Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin - Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin - Centre d'hébergement Champlain-Villeray - Hôpital St-Denis (1980)	293	Rég.	3	98-09-01
25165	Les résidences montréalaises de l'Église unie pour personnes âgées : Résidence Griffith McConnel	350	Rég.	3	98-09-01
26445	Groupe Roy Santé Inc. : Centre d'hébergement Le Royer	438	Réduit	3	00-11-01
28145	Manoir Pierrefonds - Château Westmount	293	Rég.	3	98-09-01
29475	Vigi Santé Ltée : CHSLD Dollard-des-Ormeaux - CHSLD Ste-Rita - CHSLD Ste-Germaine Cousin - CHSLD Dollard-des-Ormeaux - CHSLD Pierrefonds - CHSLD Ville-Émard - CHSLD St-Félix de Longueuil - CHSLD Montérégie	293	Maj.	3	98-09-01
90802	CLSC des Faubourgs (Pt. de service Visitation) (*)	293	Rég.	3	98-09-01
91122	CLSC Côte-des-Neiges (l'ens. patients admis au projet SIPA)	317	Rég.	3	99-04-04

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 06 : Montréal-Centre (suite)					
91342	Centre d'accueil - CLSC J. Octave Roussin - CLSC J. Octave Roussin (*) - Résidence Notre-Dame - Centre François Séguenot - Foyer Lachapelle Enr.	293	Rég.	3	98-09-01
91402	CLSC Métro - CLSC Métro - CLSC Côte des Neiges - CLSC NDG / Montréal Ouest - CLSC Parc Extension - Clinique Pointe St-Charles - CLSC René-Cassin - CLSC St-Henri - CLSC Verdun	523	Maj.	3	03-04-01
93642	CLSC Villeray - CLSC des Faubourgs - CLSC Ahuntsic - CLSC Montréal-Nord - CLSC La Petite Prairie - CLSC du Plateau Mont-Royal - CLSC St-Louis du Parc - CLSC St-Michel - CLSC Villeray	523	Maj.	3	03-04-01
95012	CLSC Mercier Est / Anjou - CLSC Mercier Est / Anjou - CLSC Hochelaga-Maisonneuve - CLSC Olivier-Guimond - CLSC Patt /Montréal-Est - CLSC Rivière des Prairies - CLSC de Rosemont - CLSC Saint-Léonard	523	Maj.	3	03-04-01
95032	CLSC du Vieux Lachine - CLSC Vieux Lachine - CLSC Bordeaux-Cartierville - CLSC Lasalle - CLSC Pierrefonds - CLSC Lac St-Louis - CLSC St-Laurent	523	Maj.	3	03-04-01
95042	CLSC Lac-Saint-Louis - CLSC Lac-Saint-Louis (**)	499	Rég.	3	02-01-01
95052	CLSC Notre-Dame-de-Grâce / Montréal-Ouest (*)	364	Rég.	3	98-09-01
95072	CLSC Verdun/ Côte St-Paul (*)	452	Rég.	3	01-09-07
95122	CHSLD - CLSC St-Laurent - CLSC St-Laurent (*)	394	Rég.	3	00-01-10

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile en soins palliatifs des CLSC Lac St-Louis et Pierrefonds.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 07 : Outaouais					
00824	La corporation du centre hospitalier Pierre-Janet - CH Pierre-Janet : garde auprès de la clientèle suivie dans le cadre de la programmation des services de longue durée	317	Rég.	3	98-09-01
01254	CH - CHSLD de Papineau - Pavillon du Centre hospitalier - Pavillon du Centre d'accueil	317	Rég.	3	98-09-01
01304	Le CLSC, le CHSLD et le CH du Pontiac - Centre hospitalier du Pontiac (*) - Pavillon Pontiac (*)	376 et 394	Rég.	3	00-04-01
06234	Groupe Champlain Inc. - CHSLD Champlain-Gatineau - CHSLD Vigî de l'Outaouais	376	Rég.	3	00-01-02
11005	Le CLSC, le CHSLD et CH du Pontiac - Pavillon Sacré-Coeur (*)	376 et 394	Rég.	3	00-04-01
11325	CHSLD de Hull - Résidence Foyer du Bonheur - Pavillon Siesta - Pavillon du Portage - Résidence La Piéta	293	Rég.	6	98-09-01
12565	CLSC - CH - CHSLD des Forestiers - Foyer Père Guinard - Le Foyer d'accueil de Gracefield	376 et 394	Rég.	3	00-04-01
15275	- Centre d'accueil de Gatineau (15275)	452	Réduit	3	01-12-19
15735	- Centre d'accueil Renaissance CLSC et CHSLD de Gatineau (*)	376	Rég.	3	99-01-01
17665	CLSC - CHSLD des Collines - Centre d'accueil de la Basse-Gatineau (pour le territoire desservi par l'établissement) (*)	376 et 394	Rég.	3	00-04-01
90602	CLSC - CHSLD de la Petite-Nation - Centre d'accueil La Petite-Nation CLSC de la Petite-Nation (*)	300	Rég.	3	98-09-01
90612	CLSC de Hull (*)	293	Rég.	3	98-09-01
90862	- Centre de services Le Moulin (90862)	452	Rég.	3	01-12-19
90892	CLSC - CH - CHSLD des Forestiers - Centre de service de Maniwaki (pour le territoire desservi par l'établissement) (*)	376 et 394	Rég.	3	00-04-01
91262	CLSC et CHSLD Grande-Rivière - CLSC Grande-Rivière (*)	364	Rég.	3	99-01-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile en soins palliatifs des CLSC Lac St-Louis et Pierrefonds.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue					
01524	Réseau de santé et services sociaux des Aurores boréales - Centre hospitalier La Sarre - Pavillon Royal-Roussillon Inc. - Centre hospitalier St-Jean - Le Foyer de l'Âge d'or - Le Foyer Mgr Halde - CLSC des Aurores boréales (*)	300	Rég.	3	98-09-01
11045	Centre de santé Vallée-de-l'Or - Villa St-Martin (*) - Maison des Parfums (*) (Secteur de Malartic)	317	Rég.	3	98-09-01
11515	Maison Pie XII - Pavillon Claude Larouche - Centre d'accueil Youville - CLSC le partage des eaux (*)	300	Rég.	3	98-09-01
12395	Le CLSC et le CHSLD les Eskers - Pavillon Amos Inc. - Foyer Harricana (CHSLD les Eskers) - Pavillon Barraute - CLSC de l'Élan (*)	317	Rég.	3	98-09-01
12415	Centre de santé Vallée-de-l'Or - Foyer de Val-d'Or (*) - L'Oasis du Repos (*) (Secteur de Val-d'Or)	317	Rég.	3	98-09-01
91212	Centre de santé Sainte-Famille - Centre d'accueil Duhamel - Pavillon Tête du lac Inc. - Centre de santé Sainte-Famille (*)	300	Rég.	3	98-09-01
Région 09 : Côte-Nord					
02694	Centre hospitalier régional de Sept-Iles - Résidence Gustave Gauvreau	317	Rég.	3	98-09-01
93722	CLSC et centre d'hébergement de Manicouagan - Centre N.-A. Labrie - Pavillon Boisvert - CLSC de l'Aquilon (*)	293	Rég.	3	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 11 : Gaspésie- Iles de la Madeleine					
03304	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs - Pavillon Ste-Hélène - Résidence St-Joseph	376	Rég.	3	98-09-01
12525	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny (CA St-Fabien-de-Panet) (*) - Pavillon Goulet & Labrecque Inc. (*) - Pavillon Labrie (*) - Foyer d'Youville (*) - CA St-Ignace (*) - CA St-Fabien-de-Panet (*)	300	Rég.	6	98-09-01
90582	CLSC - CHSLD Baie-des-Chaleurs: CLSC - Centre d'hébergement	438	Rég.	3	01-04-10
90872	CLSC Malauze(*) : Le Gîte St-Alexis Inc.	376	Rég.	3	98-12-01
93272	CLSC et CHSLD Pabok : CLSC La Saline - La Maison de l'Anse Inc. - Villa Pabos	376	Rég.	3	98-12-15
95202	CLSC et CHSLD de la MCR Desjardins: - CLSC Desjardins (*)	317 et 364	Rég.	3	99-11-15
Région 12 : Chaudière-Appalaches					
02854	Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert - Villa Beauséjour - Point de service : Charny - CHSLD Chanoine- Audet Inc. - Clientèle en réadaptation fonctionnelle et intensive (entente de services avec le Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalache)	452	Maj.	3	01-06-29
02864	Les CHSLD de Beauce-Pts : Centre hospitalier de Beauceville (Fin 04-05-10) - Centre hospitalier de Beauceville	481 et 499	Rég.	3	98-09-01
03004	Hôtel-Dieu de Lévis : - Centre d'accueil St-Joseph de Lévis - Pavillon Bellevue	452	Maj.	3	01-10-01
04904	Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins - Pavillon Lefranc Enr. - Lac-Etchemin (CHSLD)(*) (maintien à domicile du CLSC) (secteur Nord-Est)	317	Rég.	3	99-03-01
07424	CH de l'Assomption (St-Georges de Beauce) Inc (Fin 04-05-10) - CH de l'Assomption (St-Georges de Beauce)	481 et 499	Rég.	3	99-10-01
10675	Les CHSLD de Beauce-Pts : Le Pavillon Notre-Dame (Fin 04-05-10) - Le Pavillon Notre-Dame	481 et 499	Rég.	3	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 12 : Chaudière-Appalaches (suite)					
10825	CHSLD de l'Amiante : Résidence Denis Marcotte (Fin : 04-05-10) Secteur Black Lake : - Foyer du Lac Noir - Pavillon Boutin - Pavillon Lafleur - Pavillon Jacques - Pavillon Vachon - Pavillon Grondin Secteur Thetford-Mines : - Résidence Denis Marcotte - Pavillon St-Joseph - Centre hospitalier de la région de l'Amiante	481 et 499	Rég.	6	99-10-01
11215	CRATCA et CHSLD de Beauce : Le Foyer Saint-Georges de Beauce (Fin : 2004-05-10) - L'Accueil de Ville Saint-Georges - Le Foyer Saint-Georges de Beauce - Pavillon Baillargeon - Pavillon Bon Pasteur	523	Rég.	3	03-10-17
11865	Les CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet : Les CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet Pts : (Saint-Eugène) (Fin 04-05-10) - Les CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet Pts : (Saint-Eugène)	481 et 499	Rég.	3	98-09-01
12525	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny : CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny (CA Saint-Fabien-de-Panet) - Pavillon Goulet & Labrecque Inc. - Pavillon Labrie - CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny : (Foyer d'Youville, CA Saint-Ignace, Ca St-Fabien-de-Panet) (*)	300	Rég.	6	98-09-01
12545	CHSLD de l'Amiante: Foyer Disraeli - Pavillon Villa Lavoie	452	Réduit	3	01-10-01
90732	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Lotbinière (Laurier Station) - Pavillon St-Patrice Enr. - Pavillon Chantale et Noël Tardif Inc. - Pavillon Réal et Michelle Demers Enr. - Pavillon Michel Blais Inc. - Laurier Station (*) - Sainte-Croix (*) - Saint-Flavien (*) - Saint-Sylvestre (*)	300	Rég.	6	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile du CLSC et nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 12 : Chaudière-Appalaches (suite)					
93382	Les CLSC et CHSLD de la MRC de la Nouvelle-Beauce : Point de service Sainte-Marie - CHSLD de Sainte-Marie - CHSLD de Saint-Isidore - CHSLD de Sainte-Hénédine - (**)	499	Maj.	3	02-08-31
93782	Les CLSC et CHSLD de la MRC de Bellechasse - Foyer Saint-Gervais - Foyer Saint-Raphaël - Pavillon l'Age d'Or - Villa Prévost - Foyer Notre Dame de Lourdes	438	Rég.	3	00-10-07
93812	Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert : Point de service St-Romuald - Point de service St-Romuald (**)	499	Rég.	3	02-09-03
Région 13 : Laval					
05374	CHSLD St-Jude	293	Rég.	3	98-09-01
10673	Le centre de réadaptation Normand Laramée - Résidence Louise Vachon	394	Rég.	3	00-02-01
12315	CLSC - CHSLD du Ruisseau-Papineau - Résidence Sainte-Dorothée	293 et 394	Rég.	3	98-09-01
15615	CLSC et CHSLD du Marigot : Centre d'accueil Idola St-Jean - Centre d'accueil Idola St-Jean	394 et 407	Rég.	3	00-01-31
26775	Manoir St-Patrice - Centre d'hébergement St-François	394	Rég.	3	00-04-12
29555	Villa Val des Arbres (1995) - Villa Val des Arbres (1995)	376 et 523	Réduit	3	03-08-21
29565	Villa Les Tilleuls - Villa Les Tilleuls	523	Réduit	3	03-08-21
29605	L'Orchidée Blanche Inc. - L'Orchidée Blanche CHSLD - Résidence Marie-Christine - Résidence Marois - Résidence Riviera	376	Rég.	3	99-06-01
90692	CLSC - CHSLD Ste-Rose de Laval - Pavillon Chomedey (CHSLD Ste-Rose) - CLSC Ste-Rose de Laval (*)	293	Rég.	3	98-09-01
91252	CLSC des Mille-Iles - Les CHSLD Laval - Centre d'accueil Fernand Larocque - Pavillon Duguay Enr. - Centre d'accueil La Pinière - Foyer Notre-Dame Enr.	293	Rég.	3	98-09-01
91302	CLSC et CHSLD du Marigot - CLSC du Marigot (*)	293	Rég.	3	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 14 : Lanaudière					
00854	Centre hospitalier régional de Lanaudière - Centre hospitalier régional de Lanaudière - Le Centre d'accueil St-Eusèbe	293 et 499	Maj	3	03-06-19
06414	CHSLD Le Château Inc.	438	Réduit	3	00-11-01
06534	CHSLD Heather Inc. - CHSLD Heather I - CHSLD Heather II - CLSC - CHSLD Montcalm : Foyer Liguori	317	Rég.	3	98-09-01
10555	CLSC - CHSLD Montcalm - Centre d'accueil St-Antoine de Padoue	407	Rég.	3	00-09-01
11055	CLSC - CHSLD d'Autray - Centre d'accueil Désy - Centre Alphonse Rondeau - Centre d'accueil St-Thomas - Centre d'accueil Ste-Élisabeth - centre administratif - Pavillon Laurette Boucher - Pavillon Ma-Mi Enr.	300	Rég.	6	98-11-29
12105	CLSC - CHSLD - Meilleur - Pavillon Longpré-Gravel - Pavillon St-Sulpice - Pavillon Bellefeuille - Pavillon Léonie - Centre Le Gardeur - Centre de l'Assomption - Centre Alexandre Archambault	293	Rég.	3	98-09-01
27905	Vigi Santé Ltée - CHSLD Vigi Yves-Blais - CHSLD de la Côte Boisée	394	Rég.	3	00-02-24
80035	Carrefour de la Santé et des Services sociaux de Matawinie - Foyer de St-Donat - Pavillon Poudrier Enr. - CLSC de Matawanie (Pt de service de St-Donat) (*)	407	Rég.	3	00-09-25
91132	CLSC Lamater : CLSC Lamater	523	Rég.	3	04-01-12
93772	CLSC de Joliette (*)	407	Rég.	3	00-09-25

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 15 : Laurentides					
01434	Centre hospitalier Laurentien - Pavillon Grignon - Foyer Sainte- Agathe	481	Réduit	3	02-02-21
04554	Les CHSLD de la Rivière du Nord - Centre d'Youville - L'Auberge (St-Jérôme) - Résidence Lucien G. Rolland - Le Médaille d'or Enr. - Foyer Soleil - Centre d'hébergement Jaclo	293	Maj.	3	98-09-01
07774	CHSLD Drapeau Deschambault - Centre Drapeau Deschambault - Pavillon Marie-Thérèse Inc. - Manoir et Pavillon Joie de Vivre Inc. - Centre Hubert Maisonneuve	293	Maj.	3	98-09-01
10225	Les CHSLD Sainte-Anne et Come Cartier - Pavillon Therrien Inc. - Pavillon Alain Campeau Enr. - Centre d'accueil Sainte-Anne de Mont-Laurier - CLSC des Hautes-Laurentides(*) (secteur Mont-Laurier et Notre-Dame-du-Laus)	293 et 394	Maj.	3	00-03-12
13865	Les CHSLD de la Rive et de Mirabel - Pavillon St-Louis Enr. - Centre d'accueil de St-Benoît - Manoir Grand Moulin - Manoir St-Eustache - CHSLD Deux-Montagnes	300	Maj.	3	99-01-09
15265	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut - Manoir de la Pointe-Bleue (1978) - Résidence Sainte-Marguerite	438	Rég.	3	00-06-26
80125	CLSC des Hautes-Laurentides(*) (Pt.de service L'Annonciation) - Pavillon Come-Cartier	438	Rég.	3	00-10-01
80135	CLSC- CHSLD des Trois Vallées :(Pt de service Labelle) (*) - CLSC des Trois Vallées - Résidence Labelle	438	Rég.	3	00-12-01
90792	CLSC Thérèse-de-Blainville (*)	481	Rég.	3	02-06-03
93482	CLSC-CHSLD des Trois Vallées: (Pt de service St-Jovite)(*) - CLSC des Trois Vallées (secteurs St-Jovite) - Résidence St-Jovite	438	Rég.	3	00-12-01
93522	CLSC Arthur-Buies(*)	317, 418 et 523	Rég.	3	03-10-28
+ 93792	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut : CLSC des Pays-d'en-Haut - CLSC des Pays-d'en-Haut (*)	452	Rég.	3	04-01-22
95232	CLSC- CHSLD des Trois Vallées (Pt de service Ste-Agathe) (*) - CLSC des Trois Vallées	481	Réduit	3	02-02-21

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 16 : Montérégie					
00424	Hôpital du Haut-Richelieu - Pavillon Brouillet Inc. - Centre Georges Phaneuf - Centre Gertrude Lafrance	293	Rég.	3	98-09-01
01034	Centre hospitalier de Granby - CH de Granby - Centre d'accueil Marie-Berthe Couture	381	Réduit	3	02-05-10
01044	Le CH du Comté de Huntingdon - CLSC Huntingdon (*)	350	Rég.	3	99-04-30
04234	CHSLD de la MRC de Champlain - Centre St-Lambert - Centre Champlain - Centre Henriette Céré	300 et 376	Maj.	3	99-06-11
04454	Réseau Santé Richelieu-Yamaska - Pavillon Hôtel-Dieu	293	Maj.	3	98-09-01
04464	CHSLD du Bas-Richelieu - L'Hôpital général de Sorel - Foyer Richelieu - Hôpital Richelieu - Le centre d'hébergement de Tracy	293	Rég.	3	98-09-01
05844	Groupe Champlain Inc. - Le Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay - Centre d'hébergement Champlain-Beloeil - Centre hospitalier Rive-Sud	300	Rég.	3	98-09-01
05864	Conseil des Mohawks de Kahnawake - CH Kateri Memorial - Tehsakotitsén : Tha (*) (maintien à domicile sur la réserve)	317	Rég.	3	98-09-01
07734	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - Centre hospitalier de Bedford (*) (Secteur Bedford)	364 et 394	Rég.	3	99-11-02
10065	CLSC / CHSLD de la Vallée du Richelieu - Centre Marguerite-Adam - Centre Montarville	317	Rég.	3	98-09-01
10975	CLSC - CHSLD des Maskoutains - Centre Andrée-Perrault - Pavillon Girouard	394	Rég.	3	99-11-25
11235	Le regroupement des CHSLD des Trois Rives - Foyer de Rigaud - CLSC La Presqu'île(*) (maintien à domicile du CLSC) (secteur de Rigaud et de Hudson)	350	Rég.	3	98-09-01
12435	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - Les Foyers Farnham (*) (maintien à domicile du CLSC) (secteur Farnham)	317	Rég.	3	98-09-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 16 : Montérégie (suite)					
14095	Les CHSLD Trèfle d'Or - Centre d'accueil Laprairie - Le Foyer de Châteauguay - Centre d'accueil Pierre-Rémi Narbonne	300	Rég.	3	98-09-01
15095	Centre Rouville (Résidence Sainte-Croix) - Résidence Val-Joli - Résidence St-Joseph de Chambly	293	Rég.	3	98-09-01
15365	Centre d'accueil d'Acton Vale	438	Réduit	3	00-11-01
15405	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - Centre d'accueil de Cowansville (*) (Secteur Cowansville)	364 et 394	Rég.	3	99-11-02
15785	Le regroupement des CHSLD des Trois Rives - Centre d'accueil Vaudreuil - Centre d'accueil Laurent-Bergevin	317	Rég.	3	98-09-01
15825	CHSLD de Longueuil - CHSLD Chevalier de Lévis - CHSLD Le Manoir Trinité - CHSLD Mgr-Coderre - CHSLD René-Lévesque - Pavillon Marie-Victorin - Pavillon Renaissance - Pavillon St-Hubert Enr.	317	Maj.	6	98-09-01
16175	CHSLD du Littoral : Foyer Lajemmerais - Foyer Lajemmerais - Foyer St-Patrick - Résidence de Boucherville Inc. - Centre d'accueil Jeanne Crevier - Centre d'accueil Contrecoeur	293 et 452	Maj.	3	01-11-14
16545	Les Centres du Haut St-Laurent (CHSLD) - Le Centre du Haut St-Laurent (CHSLD) - Maison de La Providence, Côteau-du-Lac	300	Rég.	3	98-09-01
23895	Centre d'accueil Marcelle Ferron Inc.	438	Rég.	3	98-09-01
28515	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - Foyer Sutton (*) (Secteur Sutton)	364 et 394	Rég.	3	99-11-02
90842	CLSC St-Hubert - CLSC St-Hubert (**)	499	Rég.	3	03-05-01
91162	CLSC du Richelieu (*)	481	Rég.	3	02-02-20
91232	CLSC des Seigneuries (**)	499	Maj.	3	03-04-23

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical du territoire desservi par l'établissement.

N°	Établissement / Installation(s) regroupée(s)	Accord	Type forfait	Nombre quotidien	Date début
Région 16 : Montérégie (suite)					
93512	CLSC de la Haute-Yamaska (*)	350	Rég.	3	99-07-15
93592	Les CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts - Résidence Champagnat d'Iberville - CLSC Vallée des Forts (*) (nécessitant des soins palliatifs)	317 et 381	Maj.	3	02-02-20
93602	CLSC du Havre (*) (nécessitant des soins palliatifs) (projet S.I.M.A.D.)	317	Rég.	3	98-09-01
93682	CLSC et CHSLD de la Vallée du Richelieu - CLSC La Vallée des Patriotes (*)	438	Réduit	3	00-11-01

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical du territoire desservi par l'établissement.

AVIS : Cette annexe a été modifiée par les accords nos 293, 300, 317, 350, 364, 376, 394, 407, 438, 452, 481, 499 et 523 ou par lettre du Comité paritaire.

ENTENTE PARTICULIÈRE**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 1^{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:**1.00 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 d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui a un service d'urgence;

1.02 La présente entente particulière vise également le médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale 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 (L.R.Q., c. 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 Le médecin visé aux présentes est rémunéré sous forme de forfait ou à tarif horaire selon les modalités prévues à l'article 6.00 des présentes;

4.02 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 utiliser le formulaire « Avis de service- Rémunération au tarif horaire » n° 3547*

Rémunération à forfait (Par.1.01) : La nomination est valide du 1^{er} janvier au 31 décembre, renouvelable à chaque année

Ne pas inscrire d'heure puisqu'il s'agit d'un forfait hebdomadaire. Indiquer dans la case « Entente particulière Autre » : chef de département clinique de médecine générale (forfait)

Rémunération à tarif horaire (par. 1.02) : La Régie accepte les nominations couvrant une période de 2 ans.

Nombre d'heures hebdomadaires : Inscrire cinq (5) heures. Indiquer dans la case « Entente particulière - Autre » : chef de département clinique de médecine générale (tarif horaire)

5.00 ANNEXE IX

5.01 La rémunération versée pour les activités visées aux présentes n'est pas sujette à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

6.00 MONTANT FORFAITAIRE ET TARIF HORAIRE

6.01 Au 1^{er} novembre de chaque année, les parties déterminent le montant forfaitaire accordé au médecin visé au paragraphe 1.01 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 1^{er} juin de l'année en cours;

6.02 Sauf pour les règles d'application prévues au paragraphe 6.04, une période annuelle d'application visée aux présentes débute le 1^{er} janvier de chaque année.

L'annexe I ci-jointe fait état du montant forfaitaire qui est alloué en regard de chaque établissement concerné;

6.03 Le montant forfaitaire, sur base hebdomadaire, pour une période de 52 semaines par année, est déterminé 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	Forfait hebdomadaire
Entre 1 et 24 médecins	309 \$
Entre 25 et 74 médecins	412 \$
Entre 75 et 99 médecins	515 \$
Cent (100) médecins ou plus	618 \$

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement–Vacation et honoraires forfaitaires », n° 1215 en inscrivant ces données:

- PROFESSIONNEL : les prénom, nom et numéro du médecin;
- ÉTABLISSEMENT : les nom et numéro de l'établissement (0XXX3) désigné;
- PÉRIODE : la date (pour la semaine débutant le dimanche et se terminant le samedi);
- QUANTIÈME : la date du jour se situant dans la semaine indiquée dans « Période »;
- ACTIVITÉS – MODE DE RÉMUNÉRATION= PD, cocher une des quatre périodes dans la « Plage horaire »;
- CODE D'ACTIVITÉS : inscrire le code d'activités selon le montant forfaitaire hebdomadaire alloué à l'établissement désigné, soit : 013007 (forfait de 309 \$), 013008 (forfait de 412 \$), 013009 (forfait de 515 \$) ou 013010 (forfait de 618 \$);
- SECTEUR DISP : ne rien inscrire;
- HEURES TRAVAILLÉES : inscrire 0100;
- TOTAL DES HEURES TRAVAILLÉES : inscrire 00100;
- Signer la demande de paiement et faire compléter la section « Attestation de l'établissement ».

6.04 Pour le médecin visé au paragraphe 1.02, les activités prévues aux présentes sont rémunérées à tarif horaire.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité suivant :

- **013043** : Tâches médico-administratives et hospitalières.

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.

AVIS : **Tarif horaire** : Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) et le code d'activité régulier mentionné ci-haut (6.04).

Un dépassement spécifique est, pour l'exercice des activités prévues à la présente entente, autorisé jusqu'à concurrence de 220 heures par année, 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.

AVIS : **Tarif horaire** : Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) et le code d'activité régulier mentionné ci-haut (6.04).

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 oeuvre et du suivi de la présente entente particulière.

8.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

8.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} septembre 1999 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^e 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

ANNEXE 1

Ayant pour objet la désignation des établissements et la détermination du montant forfaitaire alloué au chef du département de médecine générale 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).

N°	Établissement	Forfait hebdo. \$
Région 01 : Bas St-Laurent		
03403	Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup	412
03313	Les CH et CHSLD de Matane	412
03043	Réseau santé Kamouraska	309
03333	Réseau de santé du Témiscouata	309
03253	Centre hospitalier d'Amqui	309
03343	Centre hospitalier Régional de Rimouski	412
Région 02 : Saguenay / Lac-Saint-Jean		
02473	Complexe hospitalier de la Sagamie	412
02503	Centre Maria-Chapdelaine	412
02453	Centre Le Jeannois	412
02483	CH, CHSLD, CLSC Cléophas-Claveau	412
02523	Hôtel-Dieu de Roberval	412
02513	Centre hospitalier Jonquière	412
Région 03 : Québec		
02103	Centre hospitalier Universitaire de Québec	618
02343	Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré (Accord n° 390)	309
02053	L'Hôpital Jeffery Hale (Accord n° 390)	309
02313	Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie	309
02323	Corporation du Centre hospitalier Chauveau	412
02033	CH affilié universitaire de Québec	618
02373	Centre hospitalier de Charlevoix	309
02063	Hôpital Laval	412
02353	Centre régional d'hébergement et de santé de Portneuf	309

N°	Établissement	Forfait hebdo. \$
Région 04 : Mauricie / Centre-du-Québec		
01753	Regroupement Cloutier-du-Rivage	309
02783	Complexe Santé et Services sociaux Nicolet-Yamaska	309
01773	Carrefour de SSS de la St-Maurice	309
01783	Regroupement SSS MRC Maskinongé	412
01853	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie	412
01823	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	412
02753	Hôtel- Dieu d'Arthabaska	412
02773	Hôpital Ste- Croix	412
Région 05 : Estrie		
01103	Centre universitaire de santé de l'Estrie	618
01063	CLSC et CH et d'hébergement de Memphrémagog	412
01003	Les CLSC, CH et CHSLD de la MRC d'Asbestos	309
01123	Corporation CH Lac Mégantic	412
Région 06 : Montréal-Centre		
00363	Centre hospitalier Angrignon	412
00203	CH de l'Université de Montréal	618
00403	Hôpital Général du Lakeshore	412
00353	Hôpital Santa-Cabrini	412
00273	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	412
00183	Hôpital Général de Montréal	412
00053	Centre hospitalier Fleury	412
00103	Hôpital Jean-Talon	412
00113	L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	412
00283	Centre hospitalier de Lachine	412
00153	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	515
00253	Hôpital Royal Victoria	412
00313	Centre hospitalier de St-Mary	412
00143	Centre hospitalier de La Salle	412
Région 07 : Outaouais		
01303	Le CLSC, le CHSLD et le CH du Pontiac	309
07693	CH des Vallées de l'Outaouais	618
01333	CLSC - CH - CHSLD des Forestiers	309
01253	CH - CHSLD de Papineau	412
01313	Centre hospitalier Gatineau Memorial	309
Région 08 : Abitibi / Témiscamingue		
01523	Réseau Santé et Services Sociaux des Aurores boréales	412
01543	Centre hospitalier de Val-d'Or	412
01503	Centre hospitalier Hotel-Dieu d'Amos	412
01533	Centre hospitalier Rouyn-Noranda	412
Région 09 : Côte-Nord		
02693	Centre hospitalier régional de Sept-Iles	412
07543	Centre hospitalier régional Baie-Comeau	412
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine		
03283	Centre hospitalier de Gaspé	412
03413	CLSC - CHSLD - CH de la MRC Denis-Riverin	309
03303	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs	412
03273	Centre hospitalier de Chandler	412

N°	Établissement	Forfait hebdo. \$
Région 12 : Chaudière-Appalaches		
02854	Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert	412
03003	Hôtel-Dieu de Lévis	412
02803	Centre hospitalier de la Région de l'Amiante	412
03033	Hôtel-Dieu de Montmagny	412
02873	Centre hospitalier Beauce-Etchemin	412
Région 13 : Laval		
00443	Cité de la santé de Laval	618
Région 14 : Lanaudière		
01413	Centre hospitalier le Gardeur	412
00853	Centre hospitalier régional De Lanaudière	515
Région 15 : Laurentides		
01423	CH et Centre de réadaptation Antoine-Labelle	412
01433	Centre hospitalier Laurentien	412
01443	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	515
01453	Centre hospitalier St-Eustache	515
01273	L'Hôpital d'Argenteuil	309
Région 16 : Montérégie		
00943	Réseau Santé Richelieu-Yamaska	515
01083	L'Hôpital Barrie Memorial	309
01133	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins	412
00423	Hôpital du Haut-Richelieu	412
01033	Centre hospitalier de Granby	412
00953	Hôpital Charles Lemoyne	515
01143	Centre hospitalier Régional du Suroît	412
00923	Hôtel-Dieu de Sorel	412
07533	Centre hospitalier Pierre-Boucher	515

AVIS : Les établissements et les forfaits sont déterminés par l'Accord n° 353. Certains sont modifiées par l'Accord n° 432.

Le tarif du forfait a été modifié par l'Amendement n° 84.

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS AUPRÈS DU CENTRE HOSPITALIER AMBULATOIRE DE LA RÉGION DE LAVAL (CHARL)****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 1^{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:**1.00 OBJET**

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce auprès du Centre hospitalier ambulatoire de la région de Laval (CHARL);

1.02 Cette entente particulière a également pour objet la détermination des programmes de l'établissement qu'elle couvre ainsi que les conditions spécifiques qui s'appliquent à chacun de ces programmes;

1.03 Les programmes visés par la présente entente sont désignés par accord et inscrits à l'annexe des présentes.

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 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉS

3.01 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 que le médecin consacre au travail multidisciplinaire et qui sont reliées à la dispensation des soins;
- c) les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient;
- d) les activités professionnelles d'expertise que le médecin est appelé à dispenser auprès du médecin traitant ou auprès du patient à la demande du médecin traitant;
- e) la planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention.

AVIS : *Utiliser les codes d'activités selon le programme couvert. Les 2e et 3e chiffres du code d'activités sont déterminés selon le programme couvert :*

- **0690XX** pour le programme en soins palliatifs à domicile
- **0730XX** pour programme en gériatrie (Accord n° 434)

0XX030 : Services cliniques

0XX032 : Rencontres multidisciplinaires

0XX037 : Planification, programme et évaluation (+élaboration et implantation de programmes/services)

0XX055 : Communications (rencontres avec les proches)

0XX056 : Activités cliniques - encadrement (encadrement thérapeutique)

0XX067 : Expertise professionnelle

0XX098 : Services de santé durant le délai de carence

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.

5.00 NOMBRE D'HEURES ALLOUÉ

5.01 Un nombre d'heures est alloué, sur base annuelle, pour les fonctions précisées au sous-paragraphe e) du paragraphe 3.01 ainsi que, de façon distincte, pour chacun des programmes visés par la présente entente;

5.02 Le nombre d'heures alloué est déterminé par le comité paritaire prévu à l'article 7.00 des présentes;

5.03 La répartition de ce nombre d'heures est déterminée par le chef de département de médecine générale ou, le cas échéant, le médecin coordonnateur du programme;

5.04 L'établissement informe la Régie du nom des médecins visés par la présente entente ainsi que de leur mode de rémunération.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité est rémunérée selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, selon les dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération de la 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, notamment :

- a) il précise les conditions spécifiques, s'il y a lieu, s'appliquant à chacun des programmes;
- b) il détermine la banque d'heures allouée, sur base annuelle, pour les activités et les programmes visés par les présentes et en informe l'établissement;
- c) il fait les recommandations aux parties quant à l'ajout ou au retrait d'un programme de l'application de la présente entente.

8.00 AJOUT ET RETRAIT

8.01 Toute demande d'ajout ou de retrait d'un programme à la présente entente est formulée conjointement par l'établissement et la majorité des médecins qui dispensent des services dans le programme en cause. Cette demande est transmise par écrit à la Ministre et à la Fédération;

8.02 Suite à l'acceptation par les parties de l'ajout d'un programme, l'établissement procède aux nominations prévues au paragraphe 4.01;

8.03 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 22 octobre 1999 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale. EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 9^e 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

ANNEXE

Liste des programmes désignés aux fins de l'entente particulière relative à la rémunération des services professionnels dispensés auprès du Centre hospitalier ambulatorio de la région de Laval .

Programmes désignés :

1. Programme de gériatrie

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 1^{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 :**1.00 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 un établissement 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 le centre hospitalier 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;

1.04 L'adhésion d'un établissement 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;

1.05 L'annexe I ci-jointe fait état de la liste des établissements désignés par accord des parties 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'établissement.

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 8h00 et 13h00 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 régulier quotidien de 500 \$, auquel s'ajoute 41,5 % 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.

Régime B :

Le médecin soumis à l'application de la présente entente est rémunéré selon un forfait régulier quotidien de 300 \$, auquel s'ajoute 74,5 % 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;

AVIS : Pour la facturation du forfait (**Régime A ou Régime B**) utiliser la « demande de paiement » n° 1200 en y inscrivant ces données dans les cases appropriées :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **9778** (forfait régulier- Régime A), ou **19018** (forfait régulier - Régime B) dans la case CODE de la section « Actes »;
- le code d'établissement à l'exception des unités exclues (0XXX1, 0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX7, 0XXX8 et celles mentionnées à l'avis d'adhésion);
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS.

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

Tous les services médicaux rendus dans le cadre de la présente entente particulière doivent être facturés dans la section « Actes » de la Demande de paiement n° 1200, en y inscrivant :

- le modificateur **126** (Régime A) ou **151** (Régime B) ou un de leurs multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en les calculant à **41,5 %** (Régime A) ou à **74,5 %** (Régime B) du tarif de base du service rendu ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu. Les multiples des modificateurs 126 et 151 sont les suivants :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050 - 126	MOD = 270	0,2075
093 - 126	MOD = 271	0,4150
094 - 126	MOD = 272	0,4150
050 - 151	MOD = 292	0,3725
093 - 151	MOD = 293	0,7450
094 - 151	MOD = 294	0,7450

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'établissement à la présente entente particulière, et implique, de la part du comité paritaire une réévaluation du nombre de forfaits accordés à l'établissement 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 de 250 \$ en vertu du régime A et de 150 \$ en vertu du régime B;

AVIS : 1) Veuillez utiliser la « demande de paiement - Médecin » no 1200 en y inscrivant , dans les cases appropriées, les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19007** (demi-forfait - Régime **A**) ou le code d'acte **19019** (demi- forfait - Régime **B**) dans la section « ACTES » pour la facturation du demi-forfait;
- le code d'établissement à l'exception des unités exclues (0XXX1, 0XXX2, 0XXX4, 0XXX5, 0XXX7, 0XXX8 et celles mentionnées à l'avis d'adhésion);
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- Ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS.

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

- 2)** Voir les AVIS sous les articles 4.02 (Régime A ou Régime B), 4.05.01, 4.05.02, 4.05.03, 4.09.01 et 4.11 de cette entente pour les services dispensés durant cette période.

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 8h00 et 13h00 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 codes des actes d'obstétrique à 100 % sont les suivants : 6901; 6903; 6907; 6914; 6916; 6919; 6921; 6922; 6923; 6925; 6933; 6935; 6942; 6943; 6944; 9705 et 9776.

4.05.02 les services immédiatement requis dispensés lors de déplacements pendant une période de garde en disponibilité;

AVIS: Inscrire la lettre « **E** » dans la case C.S.

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;

AVIS: Inscrire la lettre « **N** » dans la case C.S. (voir 4.2.7, « Rédaction de la demande de paiement » de votre manuel).

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;

4.06 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'établissement à l'exception de l'entente relative aux soins intensifs et coronariens. Les modalités de rémunération prévues à cette entente sont soumises, selon le régime choisi, à l'application des modificateurs de 41,5 % ou de 74,5 % apparaissant au paragraphe 4.02 de la présente entente;

4.06.02 il est rémunéré, selon le régime choisi, à 41,5 % ou 74,5 % du tarif des actes qu'il pose dans une unité exclue de l'application de la présente entente;

4.06.03 malgré les sous-paragraphe 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'établissement en dehors de la période de 8 h 00 à 16 h 00 ou après 12 h 00 dans le cas où il serait rémunéré en vertu du demi-forfait;

4.06.04 en dehors de la période de 8 h 00 à 17 h 00, le médecin peut exercer en cabinet ou dans 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 00 à 13 h 00, dans un service ou une unité non visé par l'entente actuelle, dans un autre établissement ou en cabinet;

4.07 Tout médecin d'un établissement adhérent à la présente entente ne peut être rémunéré, pour sa pratique dans les unités couvertes par l'adhésion de l'établissement 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 ni se prévaloir du supplément de responsabilité. Cette disposition vaut également pour le médecin qui ne se prévaut jamais des dispositions des paragraphes 4.02, 4.03 et 4.04. Les restrictions prévues au présent paragraphe ne s'appliquent pas, en ce qui concerne l'entente particulière relative à la garde en disponibilité assurée auprès d'une unité de soins de courte durée d'un CHSGS, à un médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en obstétrique dans le cadre des services visés au paragraphe 6.00 de cette dernière entente;

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 la rémunération versée, forfait et pourcentage du tarif des examens et consultations, continue d'être majorée de 10 % dans le cadre de la tournée quotidienne lorsque celle-ci s'effectue un samedi, un dimanche ou un jour férié conformément aux dispositions du sous-paragraphe 2.2.9A du Préambule général au tarif;

AVIS: Pour la majoration de 10 % du forfait 9778, 19007, 19018 ou 19019, veuillez utiliser le modificateur **045**.
Pour les services cités au sous-paragraphe 2.2.9A du Préambule général, veuillez utiliser les modificateurs suivants :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
045 - 126	MOD = 273	0,4565
045 - 094 - 126	MOD = 306	0,4565
045 - 151	MOD = 295	0,8195
045 - 094 - 151	MOD = 312	0,8195

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 9778 ou 19018 selon le cas, veuillez utiliser le modificateur **145**.

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 Régie un avis de service; le médecin visé par ces dispositions doit retenir sa facturation jusqu'à la réception d'une lettre de confirmation d'inscription par la Régie.

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'établissement 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'établissement à la présente entente;

5.02 Un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire en vertu d'une entente particulière autre que la présente entente peut, avec l'autorisation de l'établissement et du comité paritaire, choisir de maintenir son mode de rémunération malgré le retrait de son établissement de cette 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'établissement s'est retiré. 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'établissement à la présente entente;

5.03 Un médecin qui détient une nomination spécifique dans l'établissement en vertu du paragraphe 10.09A de l'entente générale ou qui détient une nomination en vertu de l'entente particulière relative aux unités de médecine familiale, 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'établissement 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'établissement doit mentionner sur l'avis de service transmis à la Régie, l'article en vertu duquel le médecin s'est prévalu des droits acquis.

HONORAIRES FIXES: Utiliser les codes d'activités suivants et préciser l'établissement dans la partie « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES » de votre demande de paiement :

A) Du lundi au vendredi (excluant les journées fériées) :

- 070015, Examens relatifs à l'hépatite C
- 070016, Examens et consultations d'urgence, sans déplacement
- 070017, Examens et consultations d'urgence, avec déplacement
- 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 /obstétricaux exempts du plafond trimestriel (article 5 de l'annexe IX)
- 070098, Services de santé durant le délai de carence

B) Les samedi, dimanche et les journées fériées :

SELON les conditions de 15.05 b) de l'entente rencontrées :

- Les heures donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci.
- Utiliser le secteur de dispensation 15 et les codes d'activités suivants :
 - 070015, Examens relatifs à l'hépatite C
 - 070016, Examens et consultations d'urgence, sans déplacement
 - 070017, Examens et consultations d'urgence, avec déplacement
 - 070030, Services cliniques
 - 070063, Garde sur place

SANS les conditions de 15.05 b) rencontrées : Vous référer aux instructions décrites en A).

N.B. : Cette facturation accompagne la facturation habituelle du médecin, selon le contrat qu'il détient en CLSC.

Le comité paritaire tient compte de cette situation dans la détermination du nombre de forfaits accordés à l'établissement.

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^{os} 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'établissement.

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.

AVIS: - Pour les modalités de facturation des codes 9778 (forfait régulier - Régime **A**) et 19018 (forfait régulier- Régime **B**), se référer aux paragraphes 4.02, 4.05.02 et 4.09.01.
- Tous les services doivent être facturés dans la section ACTES de la demande de paiement n° 1200, **y compris les examens et consultations.**

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: Lorsque la prestation de services ne couvre qu'une partie de la période de 24 heures (réf. : article 2.03 de l'Annexe XVIII), suivre l'Avis concernant le code 9778 (forfait régulier- Régime **A**) ou 19018 (forfait régulier- Régime **B**) (voir paragraphe 4.02), avec les modifications suivantes :
- inscrire les honoraires au prorata des heures effectuées;
- ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS;
- inscrire, **de façon distincte**, les heures effectuées pour le service sur place ou en disponibilité (**heure de début et de fin de chacun**) dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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 établissements et des modalités d'application de la présente entente. Le comité précise également à l'établissement les conditions spécifiques qui s'appliquent à sa désignation;
- 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 un établissement 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'un établissement de la présente entente particulière requiert, outre l'assentiment de l'établissement et celui de la majorité des médecins concernés, l'accord des parties.

10.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente entente entre en vigueur le 1^{er} 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 _____, ce ____^e jour de _____ 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 visés à l'entente particulière « Malades admis en certains CHSGS »

AVIS : Les établissements sont désignés par les Accords n^{os} 403, 413, 453 et 508 ou par lettres du comité paritaire. Les médecins rémunérés à l'acte, honoraires fixes ou tarif horaire sont inscrits aux accords n^{os} 398 et 453.

	Région Nom de l'établissements	Unité(s) ou service(s) exclu(s)	Entente particulière inopérante	Régime	Nombre forfaits quotidiens	Date d'application
Région 01 : Bas St-Laurent						
03253	Centre hospitalier d'Amqui	- hébergement et soins de longue durée	Gériatrie en CHSGS (gériatrie active)	A	2	2002-07-01
03313	Les CH et CHSLD de Matane : Centre hospitalier de Matane	- hébergement et soins de longue durée		A	2	2002-07-01
03333	Réseau de santé du Témiscouata : CH Notre-Dame-du-Lac			A	2	2003-04-01
Région 03 : Québec						
02103	Centre hospitalier universitaire du Québec : Pavillon Saint-François d'Assise	- clinique externe - gériatrie - planning-sexualité - toxicomanie		A	2	2003-09-15
Région 05 : Estrie						
01103	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : C.H. universitaire de Sherbrooke-Hôtel-Dieu	- services gériatriques	Soins palliatifs	A	6	2003-07-01
01123	Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC) : CH-CLSC-CHSLD Lac Mégantic	- clinique externe - hébergement et soins de longue durée		A	2	2002-07-01
Région 06 : Montréal-Centre						
+ 00283	Centre hospitalier de Lachine	- clinique externe		A	2	2003-09-01
00103	Hôpital Jean-Talon	- clinique externe - gériatrie - psychiatrie - soins palliatifs		A	2	2003-04-01
Région 07 : Outaouais						
01333	Centre de santé Vallée-de-la- Gatineau : Centre hospitalier Maniwaki	- soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	A	2	2002-07-01

4. ENTENTES PARTICULIÈRES

Brochure n° 1 - Omnipraticiens

	Région Nom de l'établissement	Unité(s) ou service(s) exclu(s)	Entente particulière inopérante	Régime	Nombre forfaits quotidiens	Date d'application
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue						
01533	CH Rouyn-Noranda		Soins psychiatriques	A	4	2002-07-01
Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores Boréales :						
01523	Centre hospitalier La Sarre	- clinique externe - soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	A	3	2002-07-01
Région 09 : Côte-Nord						
02693	Centre hospitalier régional de Sept-Iles	- clinique externe(suivi de l'urgence) - hébergement et soins de longue durée		A	4	2002-07-01
Région 11 : Gaspésie - Îles-de-la Madeleine						
03273	Centre hospitalier de Chandler	- services gériatriques		A	3	2002-07-01
03303	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs	- services gériatriques - soins psychiatriques		A	4	2002-07-01
Centre de santé de la Haute-Gaspésie :						
03413	Hôpital des Monts	- clinique externe - soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	A	2	2002-07-01
03283	Centre hospitalier de Gaspé : Pavillon Hôtel-Dieu	- clinique externe de l'UMF	Gériatrie en CHSGS	A	2	2002-07-01
Région 15 : Laurentides						
01423	Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle: Centre de Mont-Laurier	- Clinique externe (suivi de l'urgence)	Gériatrie en CHSGS Soins palliatifs	A	4 (jrs de semaine) 3 (sam. dim. jrs. fériés)	2002-07-01

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EFFECTUÉE AUPRÈS D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)****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 la 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 de rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès des patients admis dans un établissement 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. Cet établissement est désigné par accord des parties et inscrit à l'annexe I des présentes.

1.02 Cette annexe précise, pour l'établissement qui y est désigné, le nombre de forfaits quotidiens alloués à chacun des établissements en cause ainsi que, le cas échéant, la couverture de l'unité d'hébergement et de soins de longue durée.

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 qui dispense des services de garde en disponibilité auprès des malades admis d'un CHSGS visé aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES**3.01 Participation**

Le médecin qui désire participer à la garde en disponibilité prévue à cette entente particulière doit être détenteur d'une nomination au sein du département clinique de médecine générale de l'établissement visé aux présentes.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service (formulaire n° 3547) pour chaque médecin concerné. Cocher la case **GARDE** et inscrire la période couverte par l'avis de service. Sous la section « Situations d'entente », cocher la case **ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE** et inscrire : garde en disponibilité CHSGS.*

3.02 Unités de l'établissement visées

À l'exception de la garde assumée en obstétrique, sous réserve toutefois des dispositions de l'article 6.00 des présentes, la garde en disponibilité visée aux présentes peut être rémunérée selon les dispositions de la présente entente pour toutes les unités de soins de courte durée et, également, pour l'unité d'hébergement et de soins de longue durée si elle n'est pas déjà couverte par l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité en CHSLD.

3.03 Rémunération

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 0 h 00 au dimanche suivant à 24 h 00 et les jours fériés de 0 h 00 à 24 h 00.

La garde en disponibilité effectuée par un médecin régi selon la présente entente particulière est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte, prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits quotidiens de cinquante et un dollars et quatre-vingt-dix cents (51,90 \$) additionné de la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période.

AVIS : Les week-end et jours fériés, pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité :

- utiliser une «Demande de paiement» n° 1200 distincte pour chaque personne assurée;
- pour les services reliés à cette garde: inscrire la lettre « E » dans la case C.S.;
- pour les services non reliés à la garde en disponibilité, (ex. tournée des malades) : ne pas inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

En vertu de la présente entente, un médecin peut se voir allouer quotidiennement au plus six (6) forfaits de garde en disponibilité comprenant, le cas échéant, ceux alloués spécifiquement pour l'obstétrique en vertu de l'article 6.00 des présentes.

AVIS : Les week-end et les jours fériés, veuillez utiliser la «demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 9847(garde en disponibilité) ou 9705 (garde en disponibilité en obstétrique) dans la section « Actes », le samedi, le dimanche ou un jour férié de 0 h 00 à 24 h 00 (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés);
- le code d'établissement 0XXX3;
- le nombre de forfaits dans la case UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES;

4.00 NOMBRE DE FORFAITS

4.01 Le comité paritaire détermine le nombre de forfaits quotidiens requis pour assumer l'ensemble des gardes en disponibilité visées aux présentes en tenant compte, notamment, des critères 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

4.02 Un dépassement du nombre de forfaits alloué à un établissement peut être autorisé préalablement par le comité paritaire, de façon ponctuelle, en cas de circonstances exceptionnelles et temporaires nécessitant une augmentation du nombre de lits de courte durée.

4.03 Advenant une modification permanente du nombre de lits couverts par la présente entente, le comité paritaire peut procéder à une réévaluation du nombre de forfaits quotidiens.

4.04 Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas à la rémunération de la garde en disponibilité en obstétrique.

5.00 RÉPARTITION DES FORFAITS

5.01 Le chef de département clinique de médecine générale détermine ce que constituent, pour les journées visées par la présente entente, les responsabilités associées à chacune des gardes en disponibilité selon les différentes unités.

5.02 Le chef de département procède, ensuite, à la répartition des forfaits de gardes en disponibilité entre les médecins étant entendu que les forfaits peuvent être cumulés jusqu'au maximum prévu au 3^e alinéa du paragraphe 3.03.

5.03 Le chef de département a la responsabilité de s'assurer du respect du nombre total de forfaits quotidiens alloué par le comité paritaire et doit valider la demande de paiement de chacun des médecins.

6.00 OBSTÉTRIQUE

6.01 Un établissement 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.

6.02 Les modalités de rémunération de cette garde en disponibilité sont celles apparaissant au paragraphe 3.03 des présentes sous réserve des dispositions apparaissant au paragraphe suivant.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'acte 9705 pour le forfait de garde en disponibilité et voir le 2^e AVIS sous 3.03 pour autres instructions.*

6.03 Trois (3) forfaits par jour sont octroyés à l'établissement qui se prévaut des dispositions du présent article.

6.04 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 faite en obstétrique en vertu des dispositions de l'article 9 du préambule particulier de l'obstétrique de l'annexe V.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un AVIS DE SERVICE (n° 3547). La case GARDE doit être cochée et la période couverte par l'avis de service doit être inscrite. Sous la section SITUATIONS D'ENTENTE, la case ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE doit être cochée et la mention « Garde en disponibilité CHSGS en obstétrique » doit être inscrite.*

7.00 COMITÉ PARITAIRE

7.01 Toute question relative à la mise en oeuvre et au suivi de la présente entente particulière, notamment en cas de rajustement ou de dépassement du nombre de forfaits alloué, est soumise au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Le comité paritaire fait aux parties les recommandations appropriées.

8.00 MISE EN VIGUEUR

8.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} octobre 2000 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 28^e 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

ANNEXE I

Liste des établissements visés à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

	Région Établissement désigné	Nbre de forfaits quotidiens	Date ou période de mise en application
Région 01 : Bas St-Laurent			
03343	Centre hospitalier régional de Rimouski	24	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-10-01
03403	Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup :		
	- Centre hospitalier régional du Grand-Portage	12	00-10-01
	- Obstétrique	3	02-01-01
03333	Réseau de Santé du Témiscouata :		
	- Centre hospitalier Notre-Dame du Lac : Obstétrique	3	01-07-01
03043	Réseau Santé Kamouraska :		
	- Hôpital Notre-Dame de Fatima	7	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-07-01
03253	Centre hospitalier d'Amqui : Obstétrique	3	02-10-01
Région 02 : Saguenay - Lac St-Jean			
02513	Centre hospitalier Jonquière	15	00-10-01
02503	Centre Maria-Chapdelaine :- Centre hospitalier de Dolbeau	7	00-10-01
02473	Complexe hospitalier de la Sagamie	23	00-10-01
02523	Hôtel-Dieu de Roberval	15	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-10-01
02453	Centre Le Jeannois :		
	- Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma	15	01-02-02
	- Obstétrique	3	01-07-01
02483	CH, CHSLD, CLSC Cléophas-Claveau : - Hôpital de La Baie des Ha! Ha!	4	00-10-01
Région 03 : Québec			
	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec :		
02033	- Pavillon Enfant-Jésus	10	00-10-01
02123	- Pavillon Saint-Sacrement	4	00-10-01
02313	Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie	7	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-07-01
02063	Hôpital Laval	2	00-10-01
02103	CHUQ : Pavillon St-François d'Assise	6	02-04-26
Région 04 : Mauricie Centre-du-Québec			
01773	Carrefour de Santé et Services sociaux de la Saint-Maurice	7	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-07-01
01853	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie :		
	- Centre hospitalier régional de la Mauricie	24	00-10-01
02773	Hôpital Ste-Croix	18	00-10-01
02753	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	19	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-10-01
	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :		
#01823	- Pavillon St-Joseph	16	00-10-01
01833	- Pavillon Ste-Marie : Obstétrique	3	01-10-01
Région 05 : Estrie			
01003	Centre hospitalier d'Asbestos	2	01-02-16
01063	CH et CHSLD de Memphrémagog	6	00-10-01
01123	Carrefour Santé du Granit: CH Lac Mégantic- Obstétrique	3	02-07-15

	Région Établissement désigné	Nbre de forfaits quotidiens	Date ou période de mise en application
Région 06 : Montréal-Centre			
00363	Centre hospitalier Angrignon	18	00-10-01
00183	Centre universitaire de santé McGill :		
00253	- Centre universitaire de santé McGill	2	01-03-09
	- Hôpital Royal Victoria	11	03-04-24
	Centre hospitalier de l'université de Montréal :		
00063	- Hôtel-Dieu du CHUM	3	03-01-13
00303	- Hôpital Saint-Luc du CHUM	3	00-10-01
00203	- Hôpital Notre-Dame du CHUM	3	00-10-01
00313	Centre hospitalier de St. Mary	14	00-10-01
00053	Centre hospitalier Fleury	16	00-10-01
00273	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	10	03-11-14
00103	Hôpital Jean-Talon	8	02-04-29
00153	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	10	00-12-04
00353	Hôpital Santa-Cabrini	27	01-07-06
00113	Hôpital Juif Sir Mortimer B. Davis	6	00-10-01
00143	Centre hospitalier de LaSalle	10	00-12-18
	- Obstétrique	3	03-01-01
00403	Hôpital général du Lakeshore	6	03-12-04
Région 07 : Outaouais			
	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais :		
01263	- Pavillon de Hull	19	00-10-01
+ 07693	- Pavillon de Gatineau	20	04-02-09
01313	Centre hospitalier Gatineau Memorial	2	00-10-01
01253	CH - CHSLD de Papineau :		
	- Pavillon du Centre hospitalier	9	00-10-01
01303	Le CLSC, le CHSLD et le CH du Pontiac :		
	- Centre hospitalier du Pontiac	6	00-10-01
	- Obstétrique	3	02-01-01
01333	Centre hospitalier Maniwaki - Obstétrique	3	01-07-01
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue			
01503	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	10	00-10-01
01523	Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores boréales		
	- CH La Sarre : Obstétrique	3	01-07-01
01533	Centre hospitalier de Rouyn-Noranda : Obstétrique	3	04-01-01
01543	Centre hospitalier de Val-d'Or	9	00-10-01
01553	Centre de santé Sainte-Famille	3	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-10-01
Région 09 : Côte-Nord			
07543	Centre hospitalier régional de Baie-Comeau : Pavillon Le Royer	12	00-12-11
	- Obstétrique	3	01-07-01
02693	Centre hospitalier régional de Sept-Iles : Obstétrique	3	01-07-01
Région 11 : Gaspésie- Iles-de la-Madeleine			
03303	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs : Obstétrique	3	02-01-01
	Les CH et CHSLD de Matane :		
03313	- Centre hospitalier de Matane : Obstétrique	3	02-10-01
	Centre de santé de la Haute Gaspésie :		
03413	- Hôpital des Monts : Obstétrique	3	02-10-01

	Région Établissement désigné	Nbre de forfaits quotidiens	Date ou période de mise en application
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02873	Centre hospitalier Beauce-Etchemin	17	01-12-18
02803	Centre hospitalier de la région de l'Amiante	10	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-07-01
03003	Hôtel-Dieu de Lévis	2	00-10-01
03033	Hôtel-Dieu de Montmagny	10	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-07-01
Région 13 : Laval			
00443	Cité de la Santé de Laval	47	00-10-01
Région 14 : Lanaudière			
01413	Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur	33	03-07-01
00853	Centre hospitalier régional de Lanaudière	32	00-11-27
Région 15 : Laurentides			
01433	Centre hospitalier Laurentien	13	01-05-01
	- Obstétrique	3	01-07-01
01453	Centre hospitalier Saint-Eustache	31	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-10-01
	CH et Centre de réadaptation Antoine-Labelle :		
00783	- Centre de L'Annonciation	3	00-10-01
01423	- Centre de Mont- Laurier : Obstétrique	3	01-07-01
01443	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	10	00-10-01
01273	L'Hôpital d'Argenteuil	11	00-10-01
Région 16 : Montérégie			
07763	Centre hospitalier Anna-Laberge	25	00-10-01
	- Obstétrique	3	02-07-01
01033	Centre hospitalier de Granby	19	02-05-10
07533	Centre hospitalier Pierre-Boucher	38	00-10-01
01143	Centre hospitalier régional du Suroît	21	01-12-03
	- Obstétrique	3	01-09-01
00953	Hôpital Charles Lemoyne	14	00-10-01
00423	Hôpital du Haut-Richelieu	40	00-10-01
00923	Hôtel-Dieu de Sorel	21	00-10-01
01083	L'Hôpital Barrie Memorial	7	00-10-01
00943	Réseau Santé Richelieu-Yamaska :		
	- Centre hospitalier Honoré-Mercier	31	00-10-01
01133	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	13	00-10-01

AVIS : Les établissements de cette liste ont été désignés par l'Accord n° 414 et par la suite, d'autres modifications ont été apportées par les Accords n°s 441, 451, 477, 490, 512 et 526 ou par lettre du comité paritaire.

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE AU PROJET D'EXPÉRIMENTATION DU CENTRE HOSPITALIER 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 1^{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 :**1.00 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 du Centre hospitalier 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 du CH 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'un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux que le CH Pierre-Janet;
- e) la participation du médecin au programme de formation élaboré et organisé par le CMDP, qui lui est offert par le CH 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 annuel de 400 \$ 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 du CH Pierre-Janet;

AVIS : Utiliser la « demande de paiement » (n° 1200), inscrire les données suivantes :

- numéro d'assurance maladie de la personne assurée;
- code d'établissement;
- date et code d'acte 9006;
- honoraires de 200,00 \$.

La demande de paiement doit être contresignée dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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 : Utiliser la « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 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 CH Pierre-Janet et le médecin doivent convenir d'une entente de services précisant les engagements de l'un et de l'autre. Le CH Pierre-Janet octroie une nomination spécifique au médecin sur la base de l'entente de services ainsi conclue;

AVIS : L'établissement doit transmettre à la Régie un avis de service pour chaque médecin concerné. Le médecin visé par ces dispositions doit retenir sa facturation jusqu'à la réception d'une lettre de confirmation d'inscription par la Régie.

8.02 Le modèle d'entente de services préparée par le CH Pierre-Janet 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 au CH 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, le Centre hospitalier 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 1^{er} mars 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17^e jour de juillet 2001.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I**Caractéristiques de la personne visée par le projet de démonstration du CH Pierre-Janet**

- La personne souffrant de troubles mentaux graves et persistants visée par l'entente relative au projet de démonstration du CH 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.
-

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)

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 de la Basse Côte-Nord (09).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue le 1^{er} 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 Sous réserve du paragraphe 4.02 ci-dessous, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, selon un per diem de 1000 \$ pour la prise en charge de l'ensemble des services cliniques pendant une période de 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 douze (12) heures de services cliniques ou de moins de neuf (9) heures de services sur place, le médecin est alors rémunéré au prorata du per diem de 1000\$ en fonction des heures faites sur place relativement à l'exigence de base de neuf (9) heures de services sur place;

AVIS : Vacation, honoraires forfaitaires : Utiliser la demande de paiement **no 1215**, le code d'activité **074030** (Services cliniques) et le mode de rémunération per diem : **PD**.

- Heures travaillées : pour fins de facturation, inscrire un maximum de 9 heures (forfait de 1 000\$); **si moins de 9 heures, inscrire les heures réelles travaillées.**

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 de cent dollars (100 \$);

AVIS : Utiliser le code d'activité **074095** : Forfait de garde (sur place ou en disponibilité) et identifier le mode de rémunération per diem comme suit : **PD**; dans la case Heures travaillées: inscrire le nombre de forfaits travaillés.

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;

AVIS : *Rémunération à l'acte : Utiliser la demande de paiement n° 1200 pour les services médico-administratifs.*

4.04 Lorsque le déplacement du médecin d'une installation à une autre de l'établissement du territoire se fait au cours d'une journée où il dispense des services, son temps de déplacement est considéré au même titre que les services cliniques et comptabilisé pour le calcul du per diem;

4.05 La rémunération versée selon le per diem continue d'être majorée de 10 % pour les services cliniques lorsque ceux-ci sont dispensés un samedi, un dimanche ou un jour férié conformément au sous-paragraphe 2.2.9 du préambule général de l'Entente.

AVIS : - Utiliser le secteur de dispensation **14 en CLSC** et **15 en CH**;

- Les activités donnant droit à ces majorations sont celles codées **074030** et **009030** (services cliniques).

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 : *Veillez utiliser les codes d'activités suivants :*

- 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.

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, par accord, 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;

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 est rémunéré selon les dispositions prévues à la présente entente à l'exception de celles relatives aux mesures de continuité apparaissant à l'article 9.00 des présentes;

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » (n° 1215) :

- *Services cliniques* : inscrire le code d'activité **009030** et le mode de rémunération *per diem* comme suit : **PD**
- *Heures travaillées* : pour fins de facturation, inscrire un **maximum 9 heures**, (forfait de 1 000 \$), si moins de 9 heures, 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**, et, dans la case 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 60 \$ par per diem payé;
- b) Le médecin qui a reçu 180 per diem pour ses activités professionnelles reçoit un second supplément de 60 \$ par per diem payé;

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-paragraphe a) et b) du présent paragraphe.

AVIS : Si vous êtes concerné par l'une de ces situations, vous devez **aviser** la Régie afin de prolonger votre période de référence; **préciser** qu'il s'agit de l' E.P. du Nunavik et de la Baie James, la raison de l'absence et de la période couverte; **joindre** les pièces justificatives appropriées. Vous pouvez **transmettre** ces renseignements **par télécopieur** au numéro (418) 646-8110 ou par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie
Service de l'admissibilité et de l'inscription des professionnels
case postale 15000
Sillery Qc G1K 9H9

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 1^{er} 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 Régie effectuera 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 ouverts.

AVIS : L'établissement doit transmettre à la Régie, un avis de service (**n° 3547**), cocher la case **ENTENTE PARTICULIÈRE AITRE** et inscrire la mention « Article 10.00 de l'Entente particulière concernant le Nunavik et la Baie-James ».

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 1^{er} février 2002. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 22^e 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 de la Basse Côte-Nord (09) 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 : Les établissements ont été désignés par les accords n° 464 et 509.

RÉGIONS ET ÉTABLISSEMENTS	PER DIEM	FORFAITS DE GARDE
Région 09 - Centre de santé de la Basse-Côte-Nord 02603 : CHSGS 93322 : CLSC	2312	3890
Région 17 - Centre de santé Tulattavik de l'Ungava 01603 : CHSGS 95172 : CLSC 07813 : Maison de transit - Centre de santé Inuulitsivik 07523 : CHSGS 95182 : CLSC	996 1684	2912 3692
Région 18 - Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James 01623 : CHSGS 95192 : CLSC	3228	8996

ENTENTE PARTICULIÈRE

AYANT 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 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 régie régionale 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 ci-jointe fait état de la liste des GMF désignés aux fins des présentes par accord des parties, de leur date respective d'adhésion à cette entente et, par période annuelle d'application donnée, du nombre d'heures alloué ainsi que du nombre de forfaits de garde en disponibilité autorisé.

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'édicté 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* (L.R.Q. c. 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.

6.00 ADMISSIBILITÉ

6.01 Pour se prévaloir des dispositions de cette entente particulière, le médecin doit faire partie d'un GMF qui, accrédité par le ministre, répond aux exigences apparaissant à l'annexe IV des présentes.

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: *Tarif horaire* : Utiliser la demande de paiement n° 1215 en inscrivant les données suivantes :

- sous **quantième** : la journée de l'activité;
- sous **mode de rémunération** : le mode **TH**;
- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;
- sous **code d'activité** : le code **072101** (Activités de fonctionnement en GMF);
- sous **secteur disp.**; ne rien inscrire;
- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures;
- sous **total des heures travaillées** : la somme des heures.

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 désire maintenir le mode de rémunération à honoraires fixes pour les activités de fonctionnement GMF doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie de l'assurance maladie par le biais d'une lettre.
- Utiliser la demande de paiement n° 1216 et le code d'activité **072101** (Activités de fonctionnement en GMF).

7.04 Lorsque requise aux termes d'un dispositif contractuel, la garde en disponibilité est également rémunérée;

7.05 Les activités administratives du médecin responsable sont également rémunérées de la façon prévue à l'article 8.00 ci-après;

7.06 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;

7.07 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 UMF, à la date de départ qui est celle de ce GMF;

AVIS : *Tarif horaire et honoraires fixes :*

- Utiliser la demande de paiement n° 1215 ou n° 1216
- inscrire le code d'activité **072103** (Activités cliniques en GMF).

NOTE : Les activités cliniques en GMF et hors du GMF 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 allouées ainsi que les forfaits accordés pour la garde en disponibilité;

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 déferée au comité paritaire visé au paragraphe 9.05, accompagnée des documents pertinents à son étude notamment la convention conclue avec la régie régionale. 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'édicté 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 ainsi que, le cas échéant, le nombre de forfaits de garde en disponibilité;
- c) informer la régie du nom des médecins rattachés à chacun des GMF inscrit à l'annexe I ci-jointe;
- d) 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;

10.03 La rémunération susmentionnée de la garde en disponibilité est cependant conditionnelle à ce que celle-ci soit, pendant la période de réorientation visée, effectivement assurée.

11.00 DURÉE

11.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} juin 2002;

11.02 Elle demeure en vigueur jusqu'au 31^e jour du mois de mai 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 4^e jour de novembre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I

Liste des GMF désignés par accord des parties et mentions pertinentes

Nom du GMF	Date d'adhésion	Nombre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 01 : Bas-St-Laurent				
RSSS des Basques	2002-11-29	-	1 639	2002-11-29
Lafontaine	2003-07-25	-	966	2003-07-25
Région 02 : Saguenay-Lac-St-Jean				
Jonquière	2002-11-29	3 (2003-03-24)	713	2002-11-29
Clinique médicale d'Alma	2004-01-06	3	1 324	2004-01-06
+ Clinique de médecine familiale Montcalm	2004-03-15	-	758	2004-03-15
Région 03 : Québec				
Centre médical Beauport	2002-11-14	-	1 244	2002-11-14
+ St-Vallier	2002-11-14	3 (2002-11-14)	892	2002-11-14
+ UMF Enfant-Jésus	2002-11-29	3 (2002-11-29)	1 835	2003-11-29
+ Saint-Louis	2003-07-25	-	1 607	2003-07-25
			1 638	2004-07-25
+ Carrefour	2003-07-25	-	829	2003-07-25
			852	2004-07-25
+ Clinique médicale Pierre-Bertrand	2003-07-17	3 (2003-07-17)	1 184	2003-07-17
+ Orléans du Centre de santé Orléans, mission CLSC, secteur Beauport	2003-07-25	-	1 201	2003-07-25
			1 278	2004-07-25
Région 04 : Mauricie-Centre-du-Québec				
Centre médical St-Léonard	2003-01-15	-	445	2003-01-15
Bois-Francis n° 1	2003-02-24	-	2 137	2003-02-24
Bois-Francis n° 2	2003-02-24	-	2 137	2003-02-24
Bois-Francis n° 3	2003-02-24	-	675	2003-02-24
+ Clinique médicale de Shawinigan-Sud	2004-01-06	-	633	2004-01-06
+ Clinique médicale de Nicolet	2004-01-06	-	994	2004-01-06
+ Centre médical Saint-François	2004-02-17	-	765	2004-02-17
+ Centre de santé	2004-02-17	-	1 171	2004-02-17
			1 162	2005-02-16
+ Centre médical AJC	2004-02-17	-	775	2004-02-17
+ Clinique médicale St-Nicéphore	2004-02-17	-	590	2004-02-17
Région 05 : Estrie				
Grandes-Fourches	2002-12-18	-	2 432	2002-12-18
+ Vimy	2004-01-06	3 (2004-01-06)	873	2004-01-06
+ Plateau Marquette	2004-02-17	-	1 767	2004-02-17
+ Des Cantons	2004-02-17	-	623	2004-02-17
+ Centre médical Robinson	2004-03-15	-	1 233	2004-03-15

Nom du GMF	Date d'adhésion	Nbre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 06 : Montréal-Centre				
+ Verdun	2003-03-19	3 (2003-03-19)	1 821	2004-03-19
+ Notre-Dame	2003-03-25	-	1 232	2004-03-25
+ Centre médical St-André	2004-01-06	-	857	2004-01-06
+ Faubourg	2003-03-25	-	1 640	2003-03-25
+ Herzl	2003-06-25	3 (2003-06-25)	2 024	2003-06-25
			1 971	2004-06-25
+ Côte-des-Neiges	2004-01-06	-	2 156	2004-01-06
Région 07 : Outaouais				
Aylmer	2002-11-29	-	887	2002-11-29
Hull	2003-07-11	-	1 017	2003-07-11
+ Wakefield	2004-01-06	-	739	2004-01-06
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
Centre de santé de Témiscamingue	2003-07-02	-	731	2003-07-02
+ Des Aurores Boréales	2003-07-23	3 (2003-07-23)	910	2003-07-23
Région 09 : Côte-Nord				
+ Polyclinique Boréale	2003-03-28	3 (2003-03-28)	988	2003-03-28
+ Sept-Iles	2004-01-06	-	1 256	2004-01-06
Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine				
+ Haute-Gaspésie	2003-04-07	2 (2003-04-07)	550	2003-04-07
+ Matapédia	2004-01-06	-	754	2004-01-06
Région 12 : Chaudière-Appalaches				
Etchemins	2003-01-24	-	1 020	2003-01-24
Clinique médicale de Lauzon	2003-07-17	-	1 126	2003-07-17
Centre médicale Christ-Roi,	2003-07-02	-	1 137	2003-07-02
Clinique médicale de Pintendre et				
Clinique médicale St-David				
Clinique médicale du Vieux-Fort	2003-07-17	-	709	2003-07-17
Clinique médicale de Lévis	2003-07-17	-	1 332	2003-07-17
Montmagny	2003-07-23	-	1 564	2003-07-23
Sainte-Croix/Saint-Patrice	2003-07-17	-	760	2003-07-17
Centre médical Saint-Rédempteur	2003-08-28	-	824	2003-08-28
Clinique médicale Saint-Étienne	2003-07-23	-	1 140	2003-07-23
Région 13 : Laval				
+ Laval	2003-04-04	3 (2003-04-04)	1 465	2004-04-04
+ Centre médical Laval	2004-02-17	-	1 672	2004-02-17
+ Concorde	2004-03-15		(à venir)	

Nom du GMF	Date d'adhésion	Nbre de forfaits quotidiens (Garde en disponibilité)	Banque d'heures annuelle	Début période d'application (Banque d'heures)
Région 14 : Lanaudière				
Lavaltrie-Lanoraie	2003-01-21	3 (2003-03-31)	1 141	2004-01-21
+ L'Assomption	2003-06-25	3 (2003-06-25)	948	2003-06-25
+ Haut-Saint-Laurent	2004-01-06	-	554	2004-01-06
+ Mascouche	2004-01-06	-	1 027	2004-01-06
+ Saint-Donat	2004-03-15	-	607	2004-03-15
Région 15 : Laurentides				
+ Mont-Tremblant	2003-04-11	3 (2003-04-11)	916	2003-04-11
+ La Rouge	2003-04-11	-	901	2004-04-11
+ Lorraine	2004-02-17	-	950	2004-02-17
Région 16 : Montérégie				
+ Salaberry	2003-07-02	3 (2003-07-02)	965	2003-07-02
+ Richelieu St-Laurent	2004-01-06	-	816	2004-01-06
+ Bedford	2004-02-17	-	1 147	2004-02-17
+ Lac Brome-Cowansville	2004-02-17	-	1 022	2004-02-17
+ Centre de médecine familiale de Granby	2004-03-15	-	1 028	2004-03-15
+ Sutton-Cowansville	2004-02-17	-	1 201	2004-02-17
+ Médicentre Pincourt	2004-03-15	-	940	2004-03-15
+ Rigaud	2004-03-15	-	586	2004-03-15
+ Trois Lacs	2004-03-15	-	-	2004-03-15
+ Vaudreuil-Dorion	2004-03-15	-	658	2004-03-15
+ Centre médical Saint-Jacques	2004-03-15	-	-	2004-03-15
+ Clinique médicale Centrale	2004-03-15	-	819	2004-03-15
+ Waterloo-Bromont	2004-02-17	-	977	2004-02-17
+ Farnham	2004-02-17	-	1 590	2004-02-17

AVIS : Les établissements de cette liste ont été désignés par l'accord n° 527 et par la suite, par lettre du comité paritaire.

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'une unité d'enseignement en médecine familiale 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 membre d'un groupe de médecine de famille (n° 3876 - MSSS)

AVIS: *Ce formulaire d'inscription ne peut être complété que dans Internet. De type dynamique, il a été conçu pour vous permettre d'éviter les principales erreurs de remplissage. Vous devez **conserver une copie papier dûment signée par les deux parties** du formulaire n° 3876 transmis à la Régie. **ATTENTION, le formulaire n° 3876 vous permet d'inscrire les patients de 0 à 5 ans et les codes développés pour identifier les clientèles vulnérables.** Donc, vous ne devez plus utiliser de formulaires n° 3889 ou n° 1200 pour inscrire vos patients GMF présentant ces caractéristiques.*

ANNEXE IV

À des fins d'adhésion à cette entente particulière, contenu d'un dispositif contractuel

Convention (régie régionale/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 la régie régionale 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 de sept dollars (7,00 \$) que le médecin exerce en cabinet ou en CLSC ou UMF(CH). Par période annuelle d'application, ce forfait n'est payable qu'une seule fois, lors de la première visite du patient inscrit accompagnant ou suivant son inscription.

AVIS: *Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée
- le code d'acte **08875**
- les HONORAIRES de 7 \$ (soumis à la rémunération différente)
- le code d'établissement ou le code de GMF(cabinet) 54XXX dans la case ÉTABLISSEMENT. Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer 0XXX3

II. Banque d'heures

Les paramètres généraux suivants s'appliquent à la détermination d'une banque d'heures destinée à la rémunération des activités visées aux paragraphes 7.02 et 7.03 de cette entente particulière, savoir :

- activités professionnelles requises par le fonctionnement en GMF :
 - octroi, par médecin ETP, d'une demi-journée par semaine, soit trois (3) heures/semaine. Multiple : cinquante-deux (52) semaines.

III. Garde en disponibilité

a) Modalités de rémunération

La garde en disponibilité est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait de cinquante et un dollars et quatre-vingt-dix cents (51,90 \$) par quart de huit (8) heures de garde, additionné à la rémunération à l'acte prévue à l'Entente, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés pendant cette période.

Pour donner droit à la rémunération prévue au paragraphe précédent, la garde en disponibilité doit être assurée tous les jours de la semaine, en horaires défavorables. Cependant, elle n'est rémunérée qu'à compter du samedi à 0 h 00 au dimanche suivant 24 h 00 ainsi que les journées fériées de 0 h 00 à 24 h 00.

AVIS: *Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112 dans la case réservée au NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code **19016** dans la case CODE de la section ACTES, le samedi, dimanche ou jour férié de 0 h 00 à 24 h 00 (voir P.G. 2.4.7.6 jours fériés);
- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente);
- le code d'établissement ou le code de GMF(cabinet) 54XXX dans la case ÉTABLISSEMENT. Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer 0XXX3;
- la lettre « E » dans la case C.S.;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

Pour les services médicaux rendus durant la garde en disponibilité, inscrire la lettre « E » dans la case C.S. Ces services doivent être facturés pour chaque personne assurée, sur des demandes de paiement distinctes.

b) Garde concomitante

Lorsque les circonstances l'exigent, notamment à cause de l'étendue du territoire qu'il doit couvrir, un GMF peut se voir allouer, par le comité visé à l'article 9.00, pour une même journée donnée, plus d'un forfait par quart de huit (8) heures de garde en disponibilité. Dans ce cas, la convention liant la régie régionale et le GMF doit prévoir que, pour une même journée donnée, des gardes en disponibilité peuvent être assurées de façon concomitante.

IV. 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: Veuillez utiliser le code d'activité mentionné au point 7.02 et 7.03.

Si requis, l'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service n° 3547, identifiant le médecin et la période concernée en mentionnant qu'il s'agit de l'Entente particulière GMF.

- c) assujettir, à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente, la rémunération versée pour les activités professionnelles visées aux sections I, II et III et VI de cette annexe.

V. 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.

VI. Rémunération du médecin responsable

Les fonctions du médecin responsable d'un GMF sont, de façon exclusive, rémunérées selon une formule prévoyant, sur base hebdomadaire, le versement d'un montant forfaitaire de trois cents dollars (300,00 \$). Le multiple applicable est de cinquante-deux (52) semaines/année.

AVIS: Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes:

- le code XXXX01010112 dans la case réservée au NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code 19017 dans la case CODE de la section ACTES;

- le montant demandé dans la case HONORAIRES (soumis à la rémunération différente)

- le code d'établissement ou le code de GMF(cabinet) 54XXX dans la case ÉTABLISSEMENT. Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer 0XXX3

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

VII. Clientèles vulnérables

Le médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) et également dans un cabinet ou établissement non reconnu comme GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions de la présente entente et des dispositions de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables. Les dispositions de la présente annexe prévalent à moins que le médecin se retire du GMF et que le médecin responsable, en vertu du paragraphe 7.07 de la présente entente, en ait avisé le comité paritaire.

- a) Aux fins du présent article, un patient inscrit fait partie de la clientèle vulnérable du médecin s'il répond à une ou à plusieurs des exigences suivantes :

Il est âgé de 70 ans ou plus;

Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes :

- Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme des psychoses;
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
- Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);
- Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
- Diabète avec atteinte d'organe cible;
- Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
- VIH/SIDA;
- Maladies dégénératives du système nerveux central.

AVIS: Si vous souhaitez inscrire pour l'EP GMF un patient que vous avez déjà identifié à la Régie comme clientèle vulnérable ou patient de 0 à 5 ans à titre de médecin responsable, vous devez obligatoirement remplir un formulaire Internet n° 3876. Veuillez conserver une copie papier dûment signée par les deux parties du formulaire n° 3876 transmis à la Régie.

- b) Modalités de rémunération

En sus de la bonification de la rémunération prévue à l'article 1 de la présente annexe, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent au patient inscrit qui répond aux conditions de vulnérabilité énoncées à l'alinéa précédent :

1. Le médecin qui exerce en cabinet au sein d'un GMF reçoit à l'occasion d'un examen fait en cabinet ou à domicile le forfait de responsabilité de 7,00 \$ à chaque examen;

AVIS: Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée ;
- le code d'acte **15038**;
- les HONORAIRES de 7,00 \$ (soumis à la rémunération différente) ;
- le code de GMF (cabinet) **54XXX** ou le code de localité si fait à domicile dans la case ÉTABLISSEMENT.

2. Le médecin qui exerce en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un GMF reçoit, à l'occasion d'un examen, le forfait de responsabilité de 14,00 \$ une fois par année;

AVIS: Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **15039**;
- les HONORAIRES de 14,00 \$ (soumis à la rémunération différente) ;
- Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3** ou s'il s'agit d'un CLSC, indiquer **9XXX2** dans la case établissement.

3. Le médecin qui exerce en cabinet privé et en établissement (CLSC ou UMF-CH) au sein d'un ou de plusieurs GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des modalités de rémunération prévues aux points 1. et 2. ci-dessus. Il doit opter pour l'une ou pour l'autre des modalités. Il peut, le cas échéant, modifier son option à la date anniversaire de sa première option. La date anniversaire de l'option correspond à la date de facturation du premier forfait de responsabilité suivant l'inscription du patient.

ENTENTE PARTICULIÈRE PROVISOIRE**RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE ET AU SUIVI DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES ENTRE LE MINISTÈRE 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 paragraphe 4.04 de l'entente générale 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.

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, de façon provisoire, au médecin qui dispense des services auprès d'une clientèle vulnérable au sens du paragraphe suivant;

1.02 Aux fins de la présente entente, un patient fait partie de la clientèle vulnérable s'il répond à une ou plusieurs des exigences suivantes:

- a) Il est âgé de 70 ans ou plus;
- b) Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes:
 - Psychoses ou sevrage de drogues dures ou d'alcool;
 - Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme modéré ou sévère, pneumopathies professionnelles;
 - Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);
 - Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
 - Diabète avec complication d'organe cible;
 - Toxicomanie sous traitement à la méthadone;
 - VIH / SIDA;
 - Maladies dégénératives du système nerveux central.

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

3.01 Pour se prévaloir des dispositions de la présente entente, le médecin doit avoir été identifié par le patient qui répond aux conditions décrites au paragraphe 1.02 ci-dessus comme étant son seul médecin de famille régulier au moyen du formulaire d'identification apparaissant en annexe des présentes.

4.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

4.01 Les activités rémunérées, de façon spécifique, par les dispositions de la présente entente sont celles découlant d'une prise en charge et d'un suivi plus complets du patient visé aux présentes notamment par des relances plus fréquentes, par des interventions multi-disciplinaires, par une meilleure coordination avec les ressources institutionnelles ou autres du milieu ou par des démarches complémentaires, laboratoires, consultations etc.

5.00 RÉMUNÉRATION ET PAIEMENT

5.01 Sur la base des modalités de rémunération qui s'appliqueront dans le cadre des dispositions permanentes soit:

- pour le médecin qui exerce en cabinet, le versement d'un forfait de responsabilité de 7,00 \$ à l'occasion d'un examen fait, en cabinet ou à domicile, auprès d'un patient visé aux présentes;
- pour le médecin qui exerce en établissement (CLSC ou UMF-CH), un forfait de responsabilité annuel de 15 \$ pour un patient visé aux présentes versé à l'occasion d'un examen;

Un forfait est versé, dans l'année 2003-2004, en tenant compte du nombre d'identifications par le patient accumulées au 1^{er} avril 2003 et, pour le médecin qui exerce en cabinet, du nombre d'examens faits auprès du patient qui l'a identifié comme médecin de famille à compter de la date d'identification;

AVIS : Cette entente provisoire a pris fin le 31 mars 2003 et a été remplacée par celle présentée dans la page suivante.

5.02 La date d'identification du médecin de famille par le patient est la date apparaissant sur le formulaire d'identification dûment complété par le patient et par le médecin;

5.03 Un médecin qui exerce en cabinet et en établissement ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions s'appliquant pour les services dispensés en cabinet et pour ceux dispensés en établissement. Dans le cas où deux formulaires d'identification sont complétés, la Régie retient le formulaire qui porte la date d'identification la plus récente. La même règle prévaut pour le médecin qui exerce dans le cadre d'un GMF (cabinet ou établissement) et qui exerce dans un cabinet ou établissement hors GMF et qui aurait complété, pour un même patient, un formulaire d'inscription et un formulaire d'identification.

5.04 Dans le cas où un patient a complété plus d'un formulaire d'identification de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire d'identification porte la date la plus récente.

6.00 DURÉE

6.01 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} janvier 2003 et se termine le 31 mars 2003

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^e jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE ET AU SUIVI DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES ENTRE LE MINISTÈRE 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 paragraphe 4.04 de l'entente générale 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.

1.00 OBJET

1.01 Cette entente particulière a pour objet la détermination des règles applicables au médecin qui dispense des services auprès d'une clientèle vulnérable présentant une condition complexe ou nécessitant de plus longues évaluations, des relances plus fréquentes et des interventions multidisciplinaires, ou des démarches complémentaires : labo, consultations, service social, etc.;

1.02 Aux fins de la présente entente, un patient fait partie de la clientèle vulnérable s'il répond à une ou plusieurs des exigences suivantes:

- a) Il est âgé de 70 ans ou plus;
- b) Il est âgé de moins de 70 ans et présente l'une ou plusieurs des conditions suivantes :
 - Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme des psychoses;
 - Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient ayant présenté un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles;
 - Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS);
 - Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative;
 - Diabète avec atteinte d'organe cible;
 - Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone;
 - VIH / SIDA;
 - Maladies dégénératives du système nerveux central.

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

3.01 *ABROGÉ par l'Amendement n° 85;*

3.02 *ABROGÉ par l'Amendement n° 85;*

3.03 Pour se prévaloir des dispositions de la présente entente, le médecin doit avoir été identifié par le patient comme étant son médecin de famille qui assure la prise en charge et le suivi des soins requis par son état de santé incluant, le cas échéant, les examens périodiques;

3.04 N'est pas présumé répondre aux critères prévus au paragraphe 3.03 le médecin qui n'assure la prise en charge que pour un ou des épisodes de soins ponctuels;

3.05 L'identification du médecin de famille par le patient se fait au moyen du formulaire prescrit par les parties apparaissant à l'annexe I des présentes.

AVIS : *En GMF, vous ne pouvez vous prévaloir des dispositions de la présente entente. Voir section VII de l'Annexe V de l'E.P. GMF.*

Hors GMF, veuillez remplir et transmettre le formulaire Internet n° 3889 ou une Demande de paiement - médecin n° 1200 (papier ou informatique). Si vous optez pour le formulaire n° 1200, veuillez suivre les instructions d'identification décrites ci-après. **Important :** Vous devez conserver un exemplaire de formulaire n° 3889 dûment signé par les deux parties pour chacun de vos patients identifiés à la Régie que vous utilisiez le formulaire Internet n° 3889 ou le formulaire n° 1200.

Instructions pour l'identification à la RAMQ via le formulaire n° 1200 (Clientèle vulnérable et/ou patient de 0-5 ans) :

Veuillez fournir les informations usuelles en tenant compte des précisions suivantes :

- Inscrire le numéro d'assurance maladie de la personne assurée.
 - Dans le cas d'un enfant de moins d'un an sans carte, fournir le nom et prénom de l'enfant ainsi que la date de naissance et son sexe. De plus, fournir obligatoirement le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.
- Inscrire sur la première ligne de la section ACTES les éléments suivants :
 - La date d'inscription dans les champs généralement utilisés pour la date des services. La date d'inscription doit correspondre à la date de signature du formulaire n° 3889 par la personne assurée (ou son représentant).
 - Une seule des valeurs comprises entre 99500 et 99509 dans le champ CODE en vous référant au tableau plus bas.
 - La valeur 1 dans le champ R (pour rôle).
 - La valeur 0 dans le champ HONORAIRES.
- Ne rien inscrire sur les deux autres lignes de la section ACTES. Ne facturer aucun service ou forfait sur cette demande de paiement. Si vous le faites, cela entraînera la coupure de ces services ou forfaits à l'état de compte ET l'annulation de l'identification.
- Ne rien inscrire dans la section VISITES.
- Inscrire zéro dans la section TOTAL (pour total des honoraires).

Code d'acte	Condition d'admissibilité de la personne assurée	États pathologiques correspondant à la condition d'admissibilité
99500	01	Psychoses, étant entendu que la majorité des dépressions ne sont pas considérées comme des psychoses.
99501	02	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient présentant un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.
99502	03	Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS).
99503	04	Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.
99504	05	Diabète avec atteinte d'organe cible.
99505	06	Sevrage de drogues dures ou d'alcool, toxicomanie sous traitement à la méthadone.
99506	07	VIH/SIDA.
99507	08	Maladies dégénératives du système nerveux central.
99508	98	Enfant de 0 à 5 ans inclusivement et qui ne présente aucun des états pathologiques précédents.
99509	99	Personne de 70 ans ou plus qui ne présente aucun des états pathologiques précédents.

IMPORTANT

Si la personne assurée présente l'un des états pathologiques numérotés de 01 à 08, vous devez inscrire le code d'acte qui correspond à cette condition d'admissibilité, peu importe son âge.

Si la personne assurée ne présente aucun des états pathologiques numérotés de 01 à 08, vous devez inscrire le code d'acte correspondant à l'une ou l'autre des conditions d'admissibilité reliées à l'âge de la personne assurée (98 ou 99).

Lorsque la condition d'un enfant de 0 à 5 ans passe du code 98 à l'un des états pathologiques numérotés de 01 à 08, veuillez :

- *procéder à une nouvelle identification à la Régie en acheminant un nouveau formulaire n° 1200 (papier ou informatique) ou en transmettant un formulaire n° 3889 dynamique via Internet. La date d'identification à inscrire est celle de la date de prise d'effet de la condition pathologique. Prière d'inscrire le code relié à la pathologie du patient sans répéter celui relié à l'âge.*
- *ajouter le code de pathologie et sa date de prise d'effet sur votre formulaire papier n° 3889 signé antérieurement par votre client et conservez-le pour vos dossiers.*

Même procédure pour une personne de 70 ans ou plus qui passerait du code 99 à l'un des états pathologiques numérotés de 01 à 08.

Ne jamais inscrire plus d'un code compris entre 99500 et 99509 pour une même personne assurée.

REMARQUES :

Les formulaires n° 1200 servant à l'identification de la clientèle vulnérable et/ou âgée de 0 à 5 ans ne feront pas l'objet de frais de 0,50 \$ de traitement et ne paraîtront pas à votre état de compte.

Si vous nous les transmettez informatiquement, vous pouvez le faire dans le même lot que vos demandes de paiement régulières. Vous devrez OBLIGATOIREMENT consulter votre rapport d'erreurs car c'est ainsi que la Régie vous indiquera si votre demande d'identification a été rejetée. Vous pourrez la soumettre à nouveau avec les corrections appropriées pour finaliser le tout. Veuillez noter que les demandes d'identification acceptées ne figureront pas au rapport d'erreur.

Si vous nous les acheminez par courrier, vous pouvez les expédier seules ou en même temps que vos formulaires n° 1200 réguliers. Vous serez avisé par courrier des erreurs détectées sur vos demandes d'identification et devrez les soumettre à nouveau.

4.00 RÈGLES D'APPLICATION

4.01 Un médecin qui exerce en cabinet et en établissement ne peut se prévaloir, pour un même patient, des deux forfaits prévus aux dispositions des paragraphes 5.01 et 5.02 de la présente entente.

Il doit opter pour l'un ou l'autre desdits forfaits. Il peut, le cas échéant, modifier son option à la date anniversaire de sa première option. La date anniversaire de l'option correspond à la date de facturation du premier forfait de responsabilité suivant l'identification du médecin de famille par le patient;

4.02 Un médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF) et dans un cabinet ou établissement non reconnu comme un GMF ne peut se prévaloir, pour un même patient, des dispositions de la présente entente et des dispositions de l'entente particulière relative aux GMF s'appliquant en phase transitoire. Il doit opter pour l'une ou pour l'autre des ententes particulières.

Dès que le médecin opte pour l'entente particulière s'appliquant, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille, cette option prévaut à moins que le médecin se retire du GMF;

4.03 Dans le cas où un patient aurait complété plus d'un formulaire d'identification de plus d'un médecin, est considéré comme le médecin de famille le médecin pour lequel le formulaire d'identification porte la date la plus récente.

5.00 MODALITÉS DE PAIEMENT DU FORFAIT

5.01 Le médecin qui exerce en cabinet reçoit à l'occasion d'un examen fait en cabinet ou à domicile le forfait de responsabilité suivant :

- 7,00 \$ à chaque examen

AVIS : Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code d'acte **08894**.

5.02 Le médecin qui exerce en CLSC ou en UMF-(CH) à l'occasion d'un examen reçoit le forfait de responsabilité suivant :

- 15,00 \$: forfait annuel;

AVIS : Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code d'acte **08895**;

Lorsqu'il s'agit d'une unité de médecine familiale, indiquer **0XXX3** ou s'il s'agit d'un CLSC, indiquer **9XXX2** dans la case établissement.

5.03 Le médecin qui exerce en CLSC ou en UMF-CH doit fournir à la Régie de l'assurance maladie du Québec selon les modalités déterminées par le comité paritaire, la date des visites du patient visé par la présente entente.

6.00 ÉVALUATION

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente est responsable du suivi de la présente entente particulière. Il a la responsabilité notamment :

- d'en évaluer annuellement les dépenses encourues et qui sont reliées aux conditions d'admissibilité prévues par les dispositions des articles 1.00 et 3.00 des présentes;
- de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

7.00 DURÉE

- + **7.01** La présente entente particulière prend effet le 1^{er} avril 2003. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

+

ANNEXE 1

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE (Formulaire n° 3889)

Régie de
l'assurance maladie

Québec



Identification du médecin de famille

Clientèles vulnérables et examen
médical périodique des enfants
entre 0 et 5 ans inclusivement

IMPRIMER LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE ICI

Remplir en lettres majuscules

Identification de la personne assurée Remplir cette section ou imprimer la carte d'assurance maladie ci-dessus.

Nom de famille à la naissance										Prénom usuel									
Numéro d'assurance maladie										Date de naissance									
										Année Mois Jour									
										Sexe ☐ M ☐ F									

Déclaration de la personne assurée

J'identifie le professionnel de la santé mentionné ci-dessous comme mon unique médecin de famille et annule, le cas échéant, toute identification antérieure.

Signature										Date									
										Année Mois Jour									

Identification du représentant de la personne assurée de moins de 14 ans ou inapte

Nom du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur, du mandataire ou du curateur										Prénom usuel									
Le représentant agit à titre de :										☐ Titulaire de l'autorité parentale ☐ Tuteur ☐ Mandataire ☐ Curateur									
Dans le cas d'un enfant de moins d'un an sans carte, inscrire le numéro d'assurance maladie du père ou de la mère.										Numéro d'assurance maladie									
Signature										Date									
										Année Mois Jour									

Identification du médecin de famille

Code

Nom										Prénom usuel										Numéro de pratique									
J'accepte, conformément à mon code de déontologie, d'être le médecin de famille de la personne assurée identifiée ci-dessus.																													
Signature																													

Un seul formulaire doit être complété pour la prise en charge et toute la durée du suivi par le médecin, sauf dans le cas d'un changement de code pour un enfant entre 0 et 5 ans inclusivement.

Transmettre à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500, Terminus postal
Québec (Québec) G1K 7B4
Télécopieur : (418) 646-8110

ANNEXE I (suite)

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE - Verso (Formulaire n° 3889)

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE
Clientèles vulnérables et examen médical périodique
des enfants entre 0 et 5 ans inclusivement

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu d'une entente qui vise à faciliter la prise en charge et le suivi des clientèles dites *vulnérables* et le suivi périodique des enfants entre 0 et 5 ans inclusivement.

Dans le cadre de cette entente, votre médecin doit vous demander de compléter le présent formulaire. Celui-ci vous permet d'identifier votre médecin de famille, celui qui vous prend en charge et qui assure le suivi de votre dossier, en d'autres termes, votre médecin habituel.

Voici les conditions pour pouvoir remplir ce formulaire. Aux fins de la prise en charge et du suivi des clientèles vulnérables, vous devez

- avoir 70 ans ou plus;
- ou avoir entre 6 et 69 ans, et vous trouver dans une situation qui répond à certains critères prévus à l'entente (ce que seul votre médecin a le droit de déterminer);
- et, **dans les deux cas**, posséder une carte d'assurance maladie valide.

Aux fins de l'examen médical périodique de l'enfant, ce dernier doit

- avoir entre 0 et 5 ans inclusivement;
- et, à partir d'un an, posséder une carte d'assurance maladie valide.

Vous devez identifier comme **votre médecin de famille** un seul médecin omnipraticien. Vous pouvez cependant changer de médecin de famille si vous le désirez. Pour ce faire, vous n'avez qu'à signer un nouveau formulaire chez le médecin que vous voulez identifier comme votre médecin de famille. Vous ne devez pas vous adresser à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour effectuer ce changement.

Signer ce formulaire n'a pas pour effet de vous empêcher de consulter d'autres médecins omnipraticiens ou spécialistes et vous demeurez libre de signer ou non le formulaire.

AVIS : Pour les codes d'état pathologique, veuillez vous référer à l'avis figurant sous l'article.

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)****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 1^{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 :**1.00 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 admissible à la présente entente tout centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui répond aux conditions suivantes :

- a) Il opère un service d'urgence ouvert 24 heures par jour, tous les jours de la semaine;
- b) Il dispense des services en anesthésie et en chirurgie;
- c) Il a obligatoirement un département clinique de médecine générale conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

1.03 Exceptionnellement, malgré le sous-paragraphe 1.02 b), l'installation d'un établissement qui opère un service d'urgence distinct et qui ne dispense pas de services en anesthésie et en chirurgie peut, avec l'approbation du comité paritaire, être admissible à la présente entente si le chef du département de médecine générale de l'établissement n'est pas déjà rémunéré en vertu de l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale ou 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* (L.R.Q., c. 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).

4.00 MODE DE RÉMUNÉRATION

4.01 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 cinquante dollars (50 \$);

AVIS : *Utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19040** dans la case CODE de la section « Acte »;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);
- 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.

4.02 Un nombre de forfaits est alloué, sur une base annuelle, à chaque établissement selon le groupe auquel il 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. Le nombre de forfaits alloués, par groupe, est le suivant :

- Établissements du groupe I : 520 forfaits par année
- Établissements du groupe II : 312 forfaits par année
- Établissements du groupe III : 208 forfaits par année

4.03 Sous réserve du paragraphe 4.04, 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;

4.04 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'établissement;

4.05 Tout médecin qui se prévaut des dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération du chef du département clinique de médecine générale ne peut se prévaloir de plus de 50 % des forfaits alloués à l'établissement en vertu du présent article;

4.06 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 de la présente entente.

AVIS : *L'établissement doit informer la Régie de l'identité du médecin concerné en transmettant un avis de service à la Régie; ne pas inscrire d'heure puisqu'il s'agit d'un forfait hebdomadaire; indiquer l'entente particulière : chef du service d'urgence et préciser la période pour laquelle l'avis de service est en vigueur.*

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 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 prend effet le 1^{er} janvier 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^e jour de novembre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RAYNALD DUTIL, 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.

ANNEXE II

Établissements admissibles à l'entente particulière relative à la rémunération du chef d'urgence

No	Nom de l'établissement	Groupe
Région 01 : Bas St-Laurent		
03047	Centre N-D-de Fatima	3
03257	CH d'Amqui	3
03317	CH de Matane	3
03337	Hôpital N-D-du-Lac	3
03347	CH régional de Rimouski	1
03407	CH régional Grand-Portage	2
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean		
02457	Hôtel-Dieu d'Alma	2
02477	CH Sagamie	1
+ 02487	CH, CHSLD, CLSC Cléophas-Claveau	3
02507	CH de Dolbeau (<i>modifié le 03-11-16</i>)	2
02517	CH Jonquière	2
02527	Hôtel-Dieu de Roberval	2
Région 03 : Québec		
02037	Hôpital de l'Enfant-Jésus	1
02047	Pavillon Hôtel-Dieu de Québec	1
02067	Hôpital Laval (1975)	1
02107	Hôpital St-François d'Assise	1
02127	Pavillon St-Sacrement	1
02137	CHUL	1
02317	CH St-Joseph la Malbaie	3
02377	CH de Charlevoix	3
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs		
01777	Hôpital St-Joseph La Tuque	3
01827	Pavillon St-Joseph	1
01857	CH régional la Mauricie	1
02757	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	1
02777	Hôpital Ste-Croix	1
Région 05 : Estrie		
01067	CHSLD Memphremagog	2
01107	CHU Estrie-Bowen	1
01127	CH Lac-Mégantic	3
01167	CHU Estrie-Fleurimont	1
Région 06 : Montréal-Centre		
00057	CH Fleury	1
+ 00067	Hôtel-Dieu de Montréal	1
00107	Hôpital Jean-Talon	1
00117	Hôpital Général Juif Sir Mortimer B Davis	1
00147	Pavillon Lasalle (<i>modifié le 03-11-16</i>)	2
00157	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1
00187	Hôpital Général de Montréal	1
00207	CHUM (Pavillon Notre-Dame)	1
00257	Hôpital Royal Victoria	1

No	Nom de l'établissement	Groupe
Région 06 : Montréal-Centre (suite)		
00277	Hôpital Sacré-Coeur Montréal	1
00287	CH de Lachine	2
00307	Hôpital St-Luc	1
00317	CH de St. Mary	1
00357	Hôpital Santa Cabrini	1
00367	Pavillon Verdun	1
00407	Hôpital Général du Lakeshore	1
Région 07 : Outaouais		
01257	CH de Buckingham	2
01267	CH régional Outaouais	1
01307	CH du Pontiac	3
01337	CH de Maniwaki	3
07697	CH de Gatineau (<i>modifié le 03-11-16</i>)	1
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue		
01507	CH Hôtel-Dieu d'Amos	2
01527	CH la Sarre	3
01537	CH Rouyn-Noranda	2
01547	CH de Val-d'Or	2
01557	Centre de Santé Sainte-Famille	3
Région 09 : Côte-Nord		
02697	Hôpital de Sept-Iles	2
07547	Pavillon le Royer	2
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine		
03277	CH de Chandler	2
03287	Hôtel-Dieu de Gaspé	3
03307	CH Baie-des-Chaleurs	2
03417	Hôpital des Monts	3
Région 12 : Chaudière-Appalaches		
02757	Point de service Charny	3
02807	CH régional de l'Amiante	2
02877	CH Beauce-Etchemin	1
03007	Hôtel-Dieu de Lévis	1
+ 03037	Hôtel-Dieu de Montmagny	2
Région 13 : Laval		
00447	Cité de la Santé de Laval	1
Région 14 : Lanaudière		
00857	CH régional de Lanaudière	1
01417	CH Le Gardeur	1

No	Nom de l'établissement	Groupe
Région 15 : Laurentides		
00787	Centre Annonciation	3
01277	Hôpital d'Argenteuil	3
01427	Centre Mont-Laurier (<i>modifié : 03-11-16</i>)	2
01437	CH Laurentien	1
01447	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	1
01457	CH St-Eustache	1
Région 16 : Montérégie		
00427	Hôpital Haut-Richelieu	1
00927	Hôtel-Dieu de Sorel	1
00947	Richelieu-Yamaska	1
00957	Hôpital Charles Lemoyne	1
01037	CH de Granby	1
01087	Hôpital Barrie Mémorial	3
01137	Hôpital Brome-Missisquoi	2
01147	CH de Valleyfield	1
07537	CH Pierre-Boucher	1
07767	CH Anna-Laberge	1

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX (PREM)****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 1^{er} 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 maladie (L.R.Q., c. A-29) et l'article 377.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., 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).

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue en date du 1^{er} septembre 1976, telle qu'amendée subséquemment, demeurent en vigueur sous réserve des stipulations ci-après déterminées.

3.00 AVIS DE CONFORMITÉ

3.01 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) d'une régie régionale un avis de conformité au PREM applicable dans le territoire de cette régie régionale.

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* et sous réserve des paragraphes 3.04, 3.05 et 3.06 un médecin ne peut obtenir un avis de conformité au PREM applicable dans un territoire de régie régionale que si ce plan n'a pas encore atteint le niveau approuvé par le ministre aux termes de ce même article de la Loi.

3.03 De plus, tout médecin, pour obtenir un avis de conformité au PREM d'un DRMG de régie régionale, doit s'engager auprès du DRMG à effectuer, dans le territoire de cette régie régionale, 55 % et plus de sa pratique totale, en termes de journées de facturation, dans le cadre du régime d'assurance maladie.

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 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 où il a exercé pendant une période continue d'au moins trois ans et que, de plus, il s'engage à effectuer dans la région visée 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation. Aux fins des présentes, une pratique est dite continue si elle rencontre les critères énoncés à l'article 4 de l'annexe XII de l'Entente.

3.05 À compter de la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière, le médecin qui débute sa pratique en vertu d'un avis de conformité dûment délivré, dans l'un des territoires, ou parties de ceux-ci, inscrits à l'annexe I de la présente entente, peut, à l'expiration d'une période continue de cinq (5) ans, obtenir un avis de conformité délivré par le DRMG d'une autre région, et ce, malgré que le PREM de cette dernière région ait été atteint.

Pour se prévaloir du présent paragraphe, le médecin doit avoir complété, annuellement, durant cette période, 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation. Il doit, de plus, s'engager à effectuer dans la région où il veut s'installer 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journée de facturation. Les parties, par accord, désignent les territoires, ou partie de ceux-ci, sur recommandation du comité paritaire. Elles peuvent, de la même manière, modifier l'annexe I pour en retirer, y substituer ou y ajouter des territoires ou parties de ceux-ci.

3.06 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, dès lors que, d'une part, il détient depuis 20 ans et plus son permis de pratique du Collège des médecins du Québec et que, d'autre part, il s'engage à y effectuer 55 % et plus de sa pratique totale en termes de journées de facturation.

3.07 Aux fins des présentes, le calcul de la répartition de la pratique du médecin en fonction de ses différents territoires de pratique se calcule sur la base des journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie, et ce, par territoire de régie régionale.

Le nombre de journées de facturation par territoire se calcule 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 1^{er} mars au 28 ou 29 février de l'année suivante. Une journée de facturation dans une région, aux fins des présentes, n'est comptabilisée que si la facturation est supérieure à 200 \$.

Ne sont considérés, aux fins de l'application du présent paragraphe, que les services dispensés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec.

N'entrent pas dans le calcul de la répartition de la pratique du médecin, les journées de facturation effectuées auprès d'une instance à vocation nationale reconnue par le Ministre ou dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

3.08 La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément aux articles 8.00 et 9.00 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique à la régie régionale concernée et au comité paritaire prévu aux présentes.

3.09 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, le nombre total de journées que pourra facturer le médecin ne devra pas, pour l'année ou la partie d'année en cause, dépasser 45 % du nombre total de journées de facturation de ce médecin au cours de l'année, ou partie équivalente d'année, précédant 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 des présentes, 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 .

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.

4.00 ACTIVITÉS EFFECTUÉES AUPRÈS D'UNE INSTANCE À VOCATION NATIONALE OU DANS LE CADRE DU MÉCANISME DU 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 obtenir du comité paritaire une dérogation au paragraphe 3.01 des présentes. Cette dérogation tient lieu d'avis de conformité.

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 de la totalité des journées de facturation du médecin au cours d'une année d'application.

4.04 Les dispositions applicables au médecin qui détient un avis de conformité s'appliquent au médecin visé au présent article.

4.05 Le médecin visé au présent article en ce qui a trait aux activités faites auprès d'une instance nationale peut obtenir l'autorisation du Ministre, après consultation du comité paritaire et du DRMG duquel le médecin détient son avis de conformité au début de sa pratique dans les activités visées au présent paragraphe, de maintenir la validité de cet avis de conformité. Cette autorisation est accordée pour une période pouvant aller jusqu'à deux ans. Après consultation du DRMG et du comité paritaire, le Ministre peut prolonger le maintien de l'avis de conformité.

4.06 Le médecin visé au présent article en ce qui a trait aux activités faites dans le cadre du mécanisme de dépannage peut obtenir l'autorisation du comité paritaire, après consultation du DRMG duquel le médecin détient l'avis de conformité au début de sa pratique dans les activités visées au présent paragraphe, de maintenir la validité de cet avis de conformité. Cette autorisation est accordée pour une période pouvant aller jusqu'à deux ans. Après consultation du DRMG, le comité paritaire peut prolonger le maintien de l'avis de conformité.

5.00 PROCÉDURE D'OBTENTION D'UN AVIS DE CONFORMITÉ

5.01 Avant de débiter sa pratique dans le territoire d'une régie régionale ou de modifier la répartition interrégionale de sa pratique ayant pour effet d'invalidier un avis de conformité antérieur, un médecin présente une demande d'avis de conformité au PREM en précisant, au moyen du formulaire apparaissant en annexe II des présentes, les informations suivantes :

- la date à laquelle il entend débiter sa pratique ou, le cas échéant, modifier la répartition interrégionale de sa pratique;
- indiquer, s'il y a lieu, qu'il entend se prévaloir du paragraphe 3.04, 3.05 ou, selon le cas, 3.06;
- indiquer, si tel est le cas, qu'il détient déjà un avis de conformité du DRMG d'une autre régie régionale.

5.02 Le cas échéant, le médecin doit expédier simultanément une copie conforme du formulaire apparaissant en annexe II de la présente entente au dernier DRMG qui, antérieurement, lui a délivré un avis de conformité;

5.03 Le DRMG apprécie le contenu de la demande d'avis de conformité du médecin et, dans les soixante jours de la réception de la demande, répond, par écrit, en complétant 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 réitérant les exigences suivantes :
 - ce médecin devra déterminer la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Cette date doit être celle du début de sa pratique dans le territoire en cause ou, si tel est le cas, celle de la modification de la répartition interrégionale de sa pratique. Cette date ne peut excéder sept (7) mois suivant la date d'acceptation de sa demande d'avis de conformité par le DRMG.
 - s'il y a lieu, l'application, à son endroit, du paragraphe 3.04, 3.05 ou, selon le cas, 3.06;
- ou, dans le cas contraire, informer ce médecin du refus de sa demande d'avis de conformité.

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.

5.04 Un refus de délivrance d'un avis de conformité ne peut être fondé que sur l'atteinte du plan régional des effectifs médicaux, tel qu'approuvé par le ministre.

5.05 Dans les trente jours suivant l'acceptation de la demande d'avis de conformité, le médecin doit confirmer par écrit au DRMG qu'il se prévaut de l'avis de conformité qui lui a été délivré et quelle sera la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Le DRMG transmet à la Régie l'avis de conformité qu'il délivre au médecin.

Si le médecin ne confirme pas ainsi ses intentions à l'intérieur du délai imparti ou ne débute pas ses activités à la date effective de prise d'effet, il est réputé avoir refusé d'exercer ses activités dans le territoire de la régie régionale concernée. Dans pareil cas, le DRMG révoque l'avis de conformité délivré. Il en informe le médecin concerné et la Régie.

5.06 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 du début de pratique pour toute raison qu'il estime juste et équitable eu égard aux circonstances.

5.07 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 de prise d'effet, la révocation automatique du dernier avis de conformité antérieurement délivré par tout autre DRMG si tel est le cas.

5.08 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 de prise d'effet, et ce, selon les termes apparaissant au dernier avis délivré.

5.09 À la demande du DRMG ou d'un médecin, le comité paritaire peut, dans les cas exceptionnels et dans le respect du PREM de la région concernée, statuer relativement à toute situation mettant en cause, la délivrance, le refus de délivrance, la modification ou la révocation d'un avis de conformité.

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 des journées 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 en cabinet ou à domicile dans le cadre de sa pratique en cabinet, quel que soit son territoire de pratique, 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 1^{er} 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 des présentes, 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 où il exerce principalement, obtenir et respecter, pendant une période d'une durée de trois (3) 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.

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 où il exerce principalement.

6.06 Le comité paritaire peut exempter de la réduction de la rémunération un médecin qui ne respecte pas le pourcentage des journées de facturation apparaissant au paragraphe 3.03 dans les conditions suivantes :

- si la proportion des jours de facturation dans le territoire de la région régionale de laquelle il détient son avis de conformité se situe entre 50 % et 55 % du total de ses jours de facturation dans l'année;
- s'il n'a pu respecter les conditions se rattachant à son avis de conformité en raison de sa participation, dans une autre région, à des activités reconnues prioritaires par le ministre.

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 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 socio-sanitaires, dites régions à pratique partielle restreinte, sont désignées par accord des parties sur recommandation du comité paritaire. Sous réserve de l'article 8.00 des présentes, 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 III de la présente entente.

7.02 Sous réserve des dispositions de l'article 8.00 relatives aux dispositions transitoires et des paragraphes suivants, 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 en cabinet ou à domicile dans le cadre de sa pratique en cabinet 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 1^{er} août de chaque année les données sur la rémunération du médecin pour l'année allant du 1^{er} 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 des présentes, le comité paritaire demande à la Régie d'appliquer les modalités prévues au paragraphe 7.02.

8.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

8.01 Tout médecin en pratique entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 décembre 2003 est visé par le présent article.

8.02 Tout médecin visé au paragraphe 8.01 est réputé avoir complété une demande d'avis de conformité à un DRMG impliquant que la Régie de l'assurance maladie transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique à la régie régionale concernée et au comité paritaire prévu aux présentes

8.03 Il est réputé détenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerce pour plus de 50 % de ses journées de facturation, entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003, selon l'information transmise par la Régie de l'assurance maladie dans le cadre de l'application de la lettre d'entente n° 153.

8.04 Le médecin qui a débuté sa pratique après le 31 mars 2003 ou qui a modifié la répartition interrégionale de sa pratique au cours de l'année 2003 et qui considère que la répartition de sa pratique telle qu'elle lui a été signifiée par la Régie dans le cadre de l'application de la lettre d'entente n° 153 n'est plus valable ou ne reflète pas sa pratique régulière, doit s'adresser, au plus tard le 1^{er} mars 2004, au DRMG de la région où il exerce principalement pour obtenir un avis de conformité de ce DRMG.

Le DRMG doit lui répondre dans les trente jours sur la base de la répartition effective de sa pratique au cours de l'année 2003 et des premiers mois de l'année 2004. Cet avis de conformité est sujet à confirmation, au plus tard, le 1^{er} septembre 2004, sur la base des données sur la répartition interrégionale des journées de facturation de ce médecin transmises le 1^{er} septembre 2004 par la Régie pour l'année allant du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004.

Dans le cas où les données sur la répartition interrégionale des journées de facturation du médecin ne confirment pas l'avis de conformité qui lui a été délivré en vertu de l'alinéa précédent, le comité paritaire, après avoir consulté le DRMG concerné, peut révoquer cet avis de conformité. Le cas échéant, le médecin est réputé détenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerce principalement selon les données transmises par la Régie au 1^{er} septembre 2004.

8.05 Le médecin qui, au cours de l'année allant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, ou, dans le cas du médecin visé par le paragraphe précédent, au cours de l'année suivante, ne compte pas 55 % ou plus de ses journées de facturation dans le territoire d'une régie régionale

- soit parce qu'il compte entre 50 et 55 % de ses journées de facturation dans le territoire d'une régie régionale;
- soit parce qu'il exerce dans trois territoires de régie régionale ou plus et qu'il n'effectue pas 55 % et plus de ses journées de facturation dans le cadre du régime d'assurance maladie dans l'un de ces territoires de régie régionale,

est réputé respecter son avis de conformité tant que sa pratique, en termes de pourcentage de journées de facturation dans sa région principale de pratique, ne se situe pas, pour une année d'application, sous le pourcentage qui lui a été signifié par la Régie pour cette même région lors de la transmission d'information faites dans le cadre de la lettre d'entente n° 153 ou au 1^{er} septembre 2004 en vertu du paragraphe 8.04 des présentes.

8.06 Le médecin visé au paragraphe précédent, dont la pratique, pour une année d'application, se situe sous le pourcentage qui lui a été signifié par la Régie pour sa région principale de pratique lors de la transmission d'information faites dans le cadre de la lettre d'entente no 153, ou au 1^{er} septembre 2004 en vertu du paragraphe 8.04 des présentes, ne respecte pas son avis de conformité et est sujet à l'application des dispositions prévues à l'article 6.00 des présentes.

8.07 Le médecin visé au présent article et qui n'est pas réputé détenir ou ne détient pas, en vertu des paragraphes précédents, un avis de conformité d'une région à pratique partielle restreinte inscrite à l'annexe des présentes mais qui y a exercé au cours de l'année 2003 ne peut augmenter, ultérieurement, dans cette région à pratique partielle restreinte, sa pratique en termes de pourcentage de journées de facturation qui lui est reconnu sur la base des données transmises par la Régie dans le cadre de la lettre d'entente no 153 ou, le cas échéant, au 1^{er} septembre 2004.

Si, pour une année d'application, le médecin augmente cette pratique dans cette région, il est sujet à l'application de l'article 7.00 des présentes pour la partie de sa rémunération excédant le pourcentage de ses journées de facturation dans la région à pratique partielle restreinte qui lui est reconnu selon les dispositions de l'alinéa précédent. La Régie applique la réduction sur la rémunération versée lors des journées de facturation qui, chronologiquement dans l'année d'application, se situent une fois atteint le nombre de jours de facturation dans cette région auquel donne droit le pourcentage reconnu selon les dispositions de l'alinéa précédent.

Le comité paritaire peut toutefois exempter un médecin visé par le présent paragraphe de la réduction de la rémunération dans les conditions suivantes :

- si la proportion des journées de facturation dans le territoire de cette région à pratique partielle restreinte se situe à 10 % ou moins du seuil qui lui est reconnu en vertu du présent paragraphe;
- s'il n'a pu respecter le seuil qui lui est reconnu en vertu du présent paragraphe en raison de sa participation à des activités reconnues prioritaires par le ministre.

8.08 Le médecin qui répond, pour l'année 2003, aux dispositions prévues à l'article 4.00 des présentes en ce qui a trait aux activités effectuées auprès d'une instance nationale est réputé détenir son avis de conformité du DRMG de la région où il exerçait antérieurement. Il doit, au plus tard le 1^{er} février 2004, s'adresser à ce DRMG pour obtenir son avis de conformité. Au besoin, sur demande du DRMG, la Régie lui transmet ainsi qu'au médecin les données pertinentes sur la répartition interrégionale de la pratique du médecin pour la période antérieure.

Le médecin qui répond aux dispositions prévues à l'article 4.00 en ce qui a trait aux activités effectuées dans le cadre du dépannage depuis moins de quatre ans peut obtenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerçait antérieurement avec l'approbation du Ministre, après consultation du comité paritaire et du DRMG concerné.

8.09 Le médecin qui n'a pas exercé dans le cadre du régime d'assurance maladie au cours de l'année 2003 et, le cas échéant, des années précédentes et dont les activités, pendant cette période, sont considérées comme reliées à la dispensation ou à l'organisation des services médicaux peut obtenir un avis de conformité du DRMG de la région où il exerçait au cours de sa dernière année de pratique dans le cadre du régime d'assurance maladie à la condition que cette dernière année de pratique ne soit pas antérieure à 1998. Si le médecin a cessé d'exercer depuis plus longtemps, le comité paritaire doit accorder son autorisation à l'obtention d'un avis de conformité.

8.10 Aux fins de l'application des articles 6.00 et 7.00 de la présente entente particulière, la première année d'application débute le 1^{er} mars 2004.

9.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE

9.01 La Régie transmet, au 1^{er} 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 facturation apparaissant au paragraphe 3.03 des présentes ou, le cas échéant, selon les dispositions transitoires apparaissant à l'article 8.00 des présentes. Elle leur transmet également l'information concernant les médecins qui sont visés par les articles 4.00 et 7.00 et ce, sous réserve des dispositions transitoires apparaissant à l'article 8.00 des présentes.

9.02 Relativement à l'application de la réduction prévue à l'article 6.00 et 7.00 des présentes, la Régie doit :

- transmettre, au 1^{er} 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 des présentes, un avis de réduction selon les modalités prévues à l'article 6.00 ou 7.00 des présentes ou, le cas échéant, du paragraphe 8.06. 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 des présentes. Cet avis est également transmis au DRMG de la région duquel le médecin détient son avis de conformité ainsi qu'au comité paritaire.

9.03 Relativement au suivi de l'application des dispositions transitoires prévues à l'article 8.00 des présentes, la Régie doit :

- Transmettre au comité paritaire, au 1^{er} septembre 2004, les données sur la répartition interrégionale de la pratique de chaque médecin pour l'année allant du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2004.
- au 1^{er} septembre 2004, confirmer ou infirmer l'avis de conformité délivré à chaque médecin en vertu du paragraphe 8.03 des présentes ainsi que les pourcentages de journées de facturation de chaque médecin qui s'est prévalu des dispositions du paragraphe 8.03 et requis pour l'application des dispositions de l'article 8.00.
- faire l'inventaire des médecins visés par le paragraphe 8.07 et en transmettre la liste au comité paritaire. Aviser chaque médecin concerné.

9.04 La Régie transmet au 1^{er} septembre de chaque année au comité paritaire les données sur la répartition interrégionale de la pratique de chaque médecin 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 des médecins exerçant sur son territoire.

10.00 DISPOSITIONS APPLICABLES À UN DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

10.01 Outre les dispositions déjà prévues à la présente entente, un DRMG doit s'entendre avec le comité paritaire sur la nature de leurs interventions et sur leurs responsabilités respectives quant aux suites à donner à la transmission des informations faites dans le cadre des dispositions du paragraphe 9.01 des présentes;

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 DIFFÉREND

12.01 Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.

12.02 En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, une régie régionale peut être partie à un différend au sens du présent article.

12.03 Seule une décision du Ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou d'une régie régionale, peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions.

12.04 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément au paragraphe 12.07 de la présente entente.

12.05 Nonobstant les dispositions de l'article 12.06, 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.

12.06 Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin.

12.07 Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, son maintien ou sa modification, ce différend doit être dirigé contre la Régie de l'assurance maladie du Québec. La régie régionale en cause peut toutefois être partie à ces différends.

12.08 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.

12.09 Le Ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.

12.10 La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie de l'assurance maladie du Québec, une régie régionale, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.

12.11 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.

12.12 Le défaut par la Régie de l'assurance maladie du Québec de transmettre au médecin un avis relatif à une réduction de sa rémunération prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour un trimestre ou une année en cause, l'imposition de toute réduction de sa rémunération.

13.00 ÉVALUATION

13.01 Les parties conviennent de procéder, au cours du trimestre allant du 1^{er} mars au 31 mai 2005 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* relativement à la répartition interrégionale des effectifs médicaux et au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

13.02 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.

14.00 MISE EN VIGUEUR

14.01 La présente entente particulière entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce ____^e jour de _____ 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I

TERRITOIRES DONNANT LIEU À L'APPLICATION DU PARAGRAPHE 3.05

AVIS : *Annexe I : à venir*

+

ANNEXE II

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS DE CONFORMITÉ

AVIS DE CONFORMITÉ AU PLAN RÉGIONAL
DES EFFECTIFS MÉDICAUX RELATIF AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENSANNEXE II DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AU RESPECT
DES PLANS RÉGIONAUX DES EFFECTIFS MÉDICAUX

1. Identification du médecin										
Nom			Prénom				Numéro de pratique			
2. Coordonnées du lieu de pratique										
Nom du lieu de pratique										
Adresse										
Téléphone			Télécopieur				Courriel			
3. Déclaration de la situation actuelle										
☐ Nouveau médecin débutant en pratique ou nouveau facturant au Québec désirant obtenir un avis de conformité du DRMG auprès duquel la présente demande est adressée.										
☐ Médecin déjà en pratique au Québec désirant obtenir un avis de conformité du DRMG auprès duquel la présente demande est adressée.										
☐ Médecin déjà en pratique désirant obtenir un avis de conformité du DRMG auprès duquel la présente demande est adressée et ce, suite à son retour d'une région éloignée, au sens de l'annexe XII de l'Entente générale, après y avoir exercé de façon continue pendant au moins trois ans.										
☐ Médecin déjà en pratique désirant obtenir un avis de conformité en se prévalant du fait qu'il est de retour d'un territoire en pénurie d'effectif identifié à l'annexe I de l'entente particulière.										
☐ Médecin déjà en pratique désirant obtenir un avis de conformité en se prévalant du fait qu'il a vingt ans et plus de pratique.										
4. Avis de conformité antérieur										
☐ Je détiens actuellement un avis de conformité au PREM du DRMG de _____ et j'expédie à celui-ci une copie du présent formulaire. (indiquer l'agence régionale)										
☐ Je ne détiens pas d'avis de conformité au PREM délivré par un DRMG.										
5. Signature										
J'ai pris connaissance de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux des effectifs médicaux.										
Je m'engage à effectuer 55 % ou plus de mes activités, en termes de journées de facturation, dans votre région.										
J'ai pris également connaissance de l'article 3.08 de cette même entente: « La demande d'avis de conformité faite par un médecin à un DRMG implique que la Régie de l'assurance maladie, conformément aux articles 8.00 et 9.00 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente entente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence de santé et de services sociaux concernée et au comité paritaire prévu aux présentes ». Notez que les données concernant votre rémunération seront divulguées en termes de journées de facturation.										
Signature du médecin			Date de la présente demande		ANNÉE MOIS JOUR		Date prévue du début de pratique dans la région		ANNÉE MOIS JOUR	
6. Réponse du département régional de médecine générale										
Date de la Réponse du DRMG			ANNÉE MOIS JOUR		☐ Demande acceptée ☐ Demande refusée					
Chef du département régional de médecine générale (en lettres majuscules)				Signature			Date ANNÉE MOIS JOUR			
En cas d'acceptation de votre demande par le DRMG, vous devez confirmer dans les trente jours la date prévue du début de votre pratique dans notre région en complétant la section 7.										
7. Confirmation du médecin requérant et signatures										
Signature du médecin requérant				Date prévue du début de pratique dans la région ANNÉE MOIS JOUR			Date ANNÉE MOIS JOUR			
Chef du département régional de médecine générale (en lettres majuscules)				Signature			Date ANNÉE MOIS JOUR			

ANNEXE III
RÉGIONS À PRATIQUE PARTIELLE RESTREINTE

Région de Québec

Région de l'Estrie
