



MANUEL DES OMNIPRATICIENS BROCHURE NO 1

MISE À JOUR : 47
NOVEMBRE 2003

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 décalages de pages

Amendement n° 82 et n° 84 + autres documents officiels et modifications administratives

Amendement n° 82 (signé le 13 juin 2003)

- **Lettres d'entente** (en vigueur le 1^{er} janvier 2003)
 - L.E. n° 77, article 4, région 09 : ajout d'un établissement.
- Page :** [44](#)

Amendement n° 84 (en vigueur le 1^{er} octobre 2003, sauf mention contraire)

- **Entente générale**
 - Modification au troisième alinéa du paragraphe 15.01 (en vigueur le 1^{er} juin 2003)
Page : [12](#)
 - Modification au paragraphe 30.05, alinéa a)
Page : [22](#)
 - Annexe II, article 1 : modification du tableau «Taux annuels de rémunération» et remplacement de l'article 4
Page : [27](#)
 - Annexe IX : modification du paragraphe 5.1.
Page : [64](#)
 - L'Annexe XII est remplacée.
Pages : [69](#) à 79
 - L'Annexe XII-A est ajoutée.
Pages : [80](#) et [81](#)
 - L'Annexe XIV :
 - Section I, paragraphe 5.10 : Modification de l'alinéa a) (en vigueur le 1^{er} juin 2003)
 - Section II : Modification des articles 1.00 et 4.00.**Pages :** [84](#) et [85](#)
 - L'Annexe XVIII:
 - Modification du paragraphe 2.01
 - Modification du paragraphe 2.10 (en vigueur le 1^{er} juin 2001)**Pages :** [101](#) et [102](#)

- **Lettres d'entente**

- Lettre d'entente n° 20 : modification des tarifs

Page : [14](#)

- **Ententes particulières (E.P.)**

- Grand-Nord :

- . paragraphe 1.00, article 1.01 : le Centre de santé de la Basse-Côte-Nord est retiré de l'entente;
- . modification du 2^e alinéa au paragraphe 9.04

Pages : [3](#) et [5](#)

- Unités de soins coronariens ou intensifs en CHSGS : les paragraphes 1.01 et 3.02.1 sont remplacés

Page : [12](#)

- Garde en disponibilité, CLSC / Réseau de garde intégré : modification du paragraphe 3.00

Page : [16](#)

- Garde dans CLSC / Réseau de garde intégré / Service d'urgence 1^{re} ligne : modification du paragraphe 3.03

Page : [20](#)

- Assurance responsabilité professionnelle est remplacée (*en vigueur le 1^{er} janvier 2003*)

Pages : [48](#) à 51

- Centre de santé Chibougamau : les paragraphes 6.03 et 6.06 a) sont remplacés

Pages : [113](#) et [114](#)

- Garde sur place / urgence 1^{re} ligne / CHSGS désignés / Réseau de garde intégré : article 5.00, paragraphes 5.04, 5.05 5.06 et 5.08 sont modifiés

Page : [123](#)

- Garde en disponibilité auprès de certains établissements (*maintien à domicile*) : le paragraphe 3.03 est modifié

Page : [130](#)

- Chef de département clinique de médecine générale- CHSGS : modification du paragraphe 6.03

Page : [147](#)

- Malades admis- CHSGS : Majoration des pourcentages au paragraphe 4.02 sous le Régime A et au sous-paragraphe 4.06.02

Pages : [154](#) et [155](#)

- Garde en disponibilité en CHSGS : modification du paragraphe 3.03

Page : [162](#)

- 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) : modification du titre et du paragraphe 1.00

Page : [170](#)

- Groupe de médecine de famille (GMF) : modification du paragraphe III de l'annexe V

Page : [180](#)

- Provisoire / Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables

Page : [183](#)

- Garde sur place en régions universitaires - Service d'urgence de 1^{re} ligne en CHSCD

Est abrogée par l'Amendement n° 84

Autres documents officiels

- Lettres d'entente

- Signature des lettres d'entente n^{os} : 121, 122 et 123 en date du 12 mars 2003
Pages : [78](#), [81](#) et [84](#)
- Modifications à la signature des lettres d'entente n^{os} : 124, 125, 126, 127, 128, 131, 133 et 134 en date du 13 juin 2003
Pages : [85](#), [87](#), [89](#), [91](#), [93](#), [94](#), [101](#), [102](#), [108](#) et [109](#)
- Ajout des lettres d'entente n^{os} : 136, 137, 138, 139 140, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153 et 154
Pages : [112](#) à 117, [130](#) à 146
- Signature des lettres d'entente n^{os} : 135, 136, 137, 138, 139 et 140 en date du 8 octobre 2003
Pages : [110](#) à 117

- Accord

- Ajout des accords n^{os} : 490, 495, 496, 497, 498, 500, 501, 502, 503, 504 et 506
Pages : [112](#), [114](#) à 116

- Ententes particulières (E.P.)

- Unité de soins coronariens ou intensifs en CHSGS : Annexe 1
Page : [14](#)
- Programme en toxicomanie : Annexe 1
Page : [54](#)
- Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée CHSLD : Annexe 1
Page : [65](#)
- Soins palliatifs / Établissement qui exploite un CHSGS ou maison privée liée par entente : Annexe 1
Page : [100](#)
- Planning-sexualité : Annexe 1
Page : [105](#)
- Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS : Annexe 1
Page : [109](#)
- Centre de santé Chibougamau : nouvelle version
Pages : [112](#), [113](#) et [115](#)
- Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés - réseau intégré : Annexe 1
Pages : [126](#) à 128
- Garde en disponibilité auprès de certains établissements (maintien à domicile) : Annexe 1
Pages : [132](#), [136](#) et [142](#)
- Malade admis - CHSGS : Annexe 1
Pages : [160](#)
- Garde en disponibilité en CHSGS : Annexe 1
Pages : [164](#) et [165](#)

Suite au verso

Modifications d'ordre administratif

INTRODUCTION

Page : [2](#)

TABLE DES MATIÈRES

Pages : [3](#) à 5

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

Onglet « Entente générale » :

Pages : [12](#), [21](#), [71](#) à 74, [78](#), 81, [84](#), [85](#) et [101](#)

Onglet « Lettres d'entente » :

Pages : [42](#), [44](#), [45](#), [65](#), [74](#), [77](#), [80](#), [83](#), [93](#), [96](#), [104](#), [105](#), [119](#), [122](#), [127](#), [130](#) à 135, [137](#) et [140](#)

Onglet « Ententes particulières (E.P.) » :

Pages : [5](#), [12](#), [15](#), [55](#), [109](#), [118](#), [122](#), [128](#), [130](#), [147](#), [154](#), [166](#), [176](#), [181](#), [182](#) et [184](#)

Onglet « Protocole d'accord » :

Pages : [4](#)

NOTE : *Cette mise à jour comprend les informations publiées dans les communiqués suivants :
048 / 2003-06-30, 057 / 2003-07-24, 075 / 2003-09-23*

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 **formulaires** 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 ou télécopieur :

- Québec (418) 643-8210 ou Télécopieur : (418) 646-9251

- Montréal (514) 873-3480 ou Télécopieur : (514) 873-5951

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

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 47 / novembre 2003 / 99

MAJ = Mise à jour**47** = 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. **84** indique que des modifications ont été apportées en fonction de l'**Amendement n° 84** 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.

	Page
ANNEXE V :	
TARIF DES ACTES MÉDICAUX (<i>Voir manuel des médecins omnipraticiens</i>)	28
ANNEXE VI :	
AVANTAGES SOCIAUX	29
1.00 CONGÉ DE MATERNITÉ	29
2.00 VACANCES	38
3.00 CONGÉS FÉRIÉS	41
4.00 CONGÉS SPÉCIAUX ET CONGÉS SANS RÉMUNÉRATION	43
5.00 PERFECTIONNEMENT	45
6.00 DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE	46
7.00 DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE SUR LA VIE	49
8.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU TRAITEMENT EN CAS D'INVALIDITÉ	51
9.00 DISPOSITIONS RELATIVES AU RÉGIME DE RETRAITE	55
10.00 RÉGIME DE CONGÉ À TRAITEMENT DIFFÉRÉ	55
ANNEXE VII :	
LISTE DES ARTICLES ET PARAGRAPHES DE L'ENTENTE DÉTERMINANT LA PARTIE CONTRE LAQUELLE LE DIFFÉREND DOIT ÊTRE SOULEVÉ (<i>Abrogée par l'Amendement n° 17, 1983</i>)	60
ANNEXE VIII :	
FORMULE DE DIFFÉREND (<i>Amendement n° 17, 1983</i>)	61
ANNEXE IX :	
CONDITIONS D'APPLICATION DES TARIFS	62
ARTICLE 1 ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE	62
ARTICLE 2 MONITORING	63
ARTICLE 3 VÉRIFICATION FINALE	64
ARTICLE 4 RÉSERVE	64
ARTICLE 5 PLAFOND TRIMESTRIEL	64
ARTICLE 6 FINANCEMENT ADDITIONNEL	67
ARTICLE 7 MONTANT FORFAITAIRE (<i>Abrogée par l'Amendement n° 67, 1999</i>)	67
ARTICLE 8 NON-ATTEINTE	67
ANNEXE X :	
LISTE DES ÉTABLISSEMENTS OU PARTIE D'ÉTABLISSEMENTS OÙ LES MÉDECINS À TEMPS PLEIN OU À DEMI-TEMPS SONT OBLIGATOIREMENT RÉMUNÉRÉS À HONORAIRES FIXES <i>Remplacée par l'Annexe I de l'Accord n° 1 (Voir sous l'onglet Accords page 1)</i>	68
ANNEXE XI :	
LISTE DES FORMULAIRES VISÉS À L'ARTICLE 1.1.4 DU « PRÉAMBULE GÉNÉRAL » DE L'ANNEXE V . . .	68
# ANNEXE XII :	
RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	69
SECTION I - RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DÉSI- GNÉS PAR ARRÊTÉ DE MINISTRE CONFORMÉMENT AU 5 ^e ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI	69
Article 1 - Conditions d'application des majorations	71
Article 2 - Majorations de rétention	72
Article 3 - Pratique principale	72
Article 4 - Pratique principale continue	73
Article 5 - Dépannage	73

	<i>Page</i>
SECTION II - AUTRES MESURES INCITATIVES	74
Article 1 - Primes d'éloignement ou d'isolement	74
Article 2 - Frais de sortie	75
Article 3 - Frais de déménagement	76
Article 4 - Assurance responsabilité professionnelle	77
Article 5 - Frais de ressourcement	77
SECTION III - AUTRES DISPOSITIONS	79
Article 1 - Comité paritaire	79
# ANNEXE XII-A : RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES NON DÉSIGNÉS PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE CONFORMÉMENT AU 5 ^e ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI ..	80
ANNEXE XIII : RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ...	82
ANNEXE XIV : RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE ET DISPOSITIONS TARIFAIRES AFFÉRENTES	82
I. RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE	82
II. DISPOSITIONS TARIFAIRES	85
ANNEXE XV : PROGRAMMES D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE ET DE DÉPART ASSISTÉ	86
CHAPITRE I : PROGRAMME D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE	86
CHAPITRE II : PROGRAMME DE DÉPART ASSISTÉ	90
CHAPITRE III : L'ADMINISTRATION DES PROGRAMMES	94
CHAPITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES	95
ANNEXE XVI : PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ OU D'ADOPTION AU BÉNÉFICE DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE, À TARIF HORAIRE OU À LA VACATION	96
1. Conditions d'admissibilité	96
2. Détermination de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption et de la période couverte	96
3. Comité paritaire	97
4. Autres dispositions	97
5. Mise en vigueur	97
ANNEXE XVII : PROGRAMME RELATIF À LA RÉORGANISATION VOLONTAIRE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN PORTANT SUR DES ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES AUTREMENT QU'À HONORAIRES FIXES ..	98
1. Conditions d'admissibilité	98
2. Engagement et bénéfices	98
3. Plafond semestriel individualisé	99
4. Rajustement	99
5. Résiliation et pénalité	99
6. Comité paritaire	100
7. Terminaison	100
8. Reconnaissance	100
9. Accord	100

	<i>Page</i>
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	101
1.00 Dépannage dans un service d'urgence	101
2.00 Dépannage dans une unité de soins de courte durée	101
3.00 Dépannage en obstétrique et en anesthésie.	102
4.00 Dispositions générales.	102
5.00 Comité paritaire	102
6.00 Équipe intra-régionale	102
7.00 Mise en vigueur	102
ANNEXE XIX :	
PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE (Amendement n° 72).	104
2. LETTRES D'ENTENTE (<i>Voir l'index au début de cette section</i>)	1
3. ACCORDS.	1
4. ENTENTES PARTICULIÈRES (<i>Voir l'index au début de cette section</i>)	1
5. DÉCRETS ET RÈGLEMENTS.	1
6. PROTOCOLES D'ACCORD (<i>Voir l'index au début de cette section</i>)	1

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

AVIS : Voir formulaire «AVIS DE SERVICE - RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES» (no 1897).

13.02 Période supplémentaire d'activités professionnelles

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

La détermination de toute période supplémentaire d'activités professionnelles pour un médecin, l'horaire y afférent, ainsi que la détermination du caractère exceptionnel et temporaire des circonstances visées à l'alinéa précédent relève du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La période régulière d'activités professionnelles d'un médecin rémunéré à honoraires fixes exerçant dans un établissement ou partie d'établissement énuméré à l'annexe I de l'Accord n° 3 de l'Entente ou à l'«entente particulière relative à la rémunération de la prestation de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques», est répartie entre 8.00 et 18.00 heures du lundi au vendredi inclusivement.

14.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

AVIS : Indiquer sur le formulaire *AVIS DE SERVICE - RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES (n° 1897)*, si le médecin est tenu d'effectuer la garde sur place. Les codes d'activités relatifs à la garde sont intégrés aux *AVIS* appropriés.

15.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES À LA RÉMUNÉRATION

15.01 Période supplémentaire d'activités professionnelles

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

La remise de temps s'effectue à l'intérieur de la période régulière d'activités professionnelles du médecin. Elle est sujette à l'approbation du chef du département de médecine générale ou, dans un établissement autre qu'un centre hospitalier, du médecin qui assume ces fonctions. Lorsque le médecin utilise son droit de remise en temps pour compenser une partie ou la totalité de sa période régulière d'activités professionnelles, il indique le nombre d'heures supplémentaires d'activités professionnelles qu'il entend utiliser à cette fin sur le relevé d'honoraires qui couvre la période au cours de laquelle s'opère cette compensation.

- + Lorsque la réquisition de services médicaux curatifs ou préventifs entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière, le chef de département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable de l'établissement peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser au bénéfice d'un médecin rémunéré à honoraires fixes sur une base de 35 heures par semaine d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire et cela, malgré le caractère exclusif du mode de rémunération, pour un maximum de 440 heures par année. Cette disposition s'applique également au médecin qui détient la qualité de demi-temps dans deux établissements.

AVIS : L'établissement doit faire parvenir à la Régie un avis de service identifiant le médecin et la période concernée. Utiliser le formulaire «Demande de paiement - Vacation et honoraires forfaitaires» (n° 1215) en inscrivant les lettres *TH* dans la case *MODE DE RÉMUNÉRATION* et le code d'activité régulier dans la case *CODE D'ACTIVITÉS*. Voir (Brochure n° 2) l'onglet «Rédaction de la demande de paiement - Vacation - Tarif horaire».

15.02 Garde dans l'établissement

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

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)
- # - 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 les frais réels de transport (avion, train, taxi⁽¹⁾ ou location de voiture)⁽²⁾

OU

+ au taux de 0,72 \$ par kilomètre (distance unidirectionnelle), pour l'usage de son automobile. On compte la distance du point de sortie de la municipalité de laquelle 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.

Il présente les pièces justificatives.

Elle 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.

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).

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, une allocation d'une heure pour l'aller et le retour 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 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 y compris la location de voiture dans les cas prévus au paragraphe 30.05. 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. 141100 du 28 septembre 1982 et telle qu'amendée lors de la demande de remboursement.

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

(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.

(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.

ANNEXE II

TARIF DE RÉMUNÉRATION À HONORAIRES FIXES

1. Les échelles de rémunération suivantes s'appliquent au médecin rémunéré à honoraires fixes nommé à plein temps pour une période régulière d'activités professionnelles de trente-cinq (35) heures par semaine, au cours des périodes ci-après indiquées :

+

Taux annuels de rémunération

Expérience *	2003-04-01 au 2003-09-30	À compter du 2003-10-01
	\$	\$
Moins d'un an	75 335	77 595
1 an mais moins de 2 ans	77 493	79 818
2 ans mais moins de 3 ans	81 809	84 263
3 ans mais moins de 4 ans	84 618	87 157
4 ans mais moins de 5 ans	87 465	90 089
5 ans mais moins de 6 ans	90 445	93 158
6 ans et plus	93 522	96 328

* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.

2. Le taux annuel de rémunération est réduit de 50 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes nommé à demi-temps, pour une période régulière d'activités professionnelles de dix-sept heures et demie (17 1/2) par semaine.
3. Le taux annuel de rémunération du médecin rémunéré à honoraires fixes, avec qualité de plein temps, pour une période régulière d'activités professionnelles qui, sur base hebdomadaire, est supérieure à dix-sept heures et demie (17 1/2), mais inférieure à trente-cinq (35) heures, correspond à la fraction que représente le nombre d'heures apparaissant à la période régulière d'activités professionnelles de ce médecin, divisé par trente-cinq (35).
- + 4. Un montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 est versé au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes le ou vers le 30 octobre 2003 selon les modalités à convenir par les parties.
- Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 octobre 2003.
- + Un second montant forfaitaire sur la base des données préliminaires couvrant la période s'échelonnant du 6 juillet au 30 septembre 2003 est versé au médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes le ou vers le 30 janvier 2004 selon les modalités à convenir par les parties.
- + Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 janvier 2004.
- + Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

ANNEXE III
FORMULE DE DÉSENGAGEMENT, NON-PARTICIPATION
ET RÉENGAGEMENT

..... 19.....

Le Directeur général de la
 Régie de l'assurance maladie du Québec
 Case postale 6600
 Québec (Québec) G1K 7T3

Monsieur,

Je, soussigné

(nom et prénom en lettres moulées)

médecin exerçant ma profession à

(lettres moulées)

à titre de :

- médecin soumis à l'application d'une entente (.....)
- médecin désengagé (.....)
- médecin non-participant (.....)
 pointez (X) la mention utile)

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

- médecin soumis à l'application d'une entente (.....)
- médecin désengagé (.....)
- médecin non-participant (.....)
 pointez (X) la mention utile)

le tout suivant la Loi de l'assurance maladie.

.....

(signature)

ANNEXE IV
DISPOSITIONS RELATIVES À LA PARTICIPATION AU
RÉGIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION.

Abrogée par l'Amendement n° 17 (1983).

ANNEXE V
TARIF DES ACTES MÉDICAUX

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

1.4 Sans limiter la généralité de ce qui précède, la rémunération des services apparaissant ci-après est assumée à même une enveloppe budgétaire déterminée aux paragraphes 1.1 et 1.3, savoir ;

- tous les services qui, considérés comme assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie et de ses règlements, sont rendus par les médecins;
- les services médicaux dispensés par les médecins dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- les services rendus par les médecins à la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal-Métropolitain de même que les activités reliées au témoignage des médecins;
- les activités professionnelles effectuées, au bénéfice d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, en qualité de chef du département clinique de médecine générale ou effectuées, en vertu d'un protocole d'accord, au bénéfice du Conseil médical du Québec ou d'une régie régionale;
- les traitements psychiatriques dispensés en clinique au sens de la Lettre d'entente n° 8;
- l'examen d'évaluation médicale (patient en perte d'autonomie) ainsi que les autopsies;
- les services rendus dans le cadre de la Lettre d'entente n° 20, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse;
- les activités du médecin relativement au prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévu au Code criminel;
- les services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public;
- les services professionnels rendus, hors-Québec, par des médecins omnipraticiens inscrits au régime d'assurance maladie ainsi que les remboursements aux personnes assurées pour des services médicaux dispensés hors-Québec par des médecins omnipraticiens non inscrits au régime;
- les remboursements effectués dans le cadre de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, jusqu'à concurrence d'un montant de 1 750 000 \$.

1.5 Est cependant exclue de l'enveloppe budgétaire, la rémunération versée aux médecins pour les services médico-administratifs rendus par ceux-ci dans le cadre des programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Sont également exclus de l'enveloppe budgétaire le montant visé au sous-paragraphe 3 du paragraphe 1.1 ainsi que les montants d'allocation reliés aux programmes d'allocation de fin de carrière et de départ assisté.

Sont de plus exclus de cette enveloppe budgétaire, les montants versés aux médecins à titre de bourses d'étude ou de recherche, de même que les bourses de formation spécialisée et les primes d'installation versées notamment en vertu du décret 691-90 du 16 mai 1990.

Est enfin exclue de cette enveloppe, pendant une période annuelle d'application donnée, la contribution, tenant lieu de contribution de l'employeur, versée par la Régie, à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, au bénéfice du médecin rémunéré à honoraires fixes.

ARTICLE 2 MONITORING

2.1 Dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application visée au paragraphe 1.1, un suivi du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est, aux conditions prévues ci-après, effectué par les parties.

À cette fin, la Régie prépare et transmet aux parties des prévisions budgétaires pour chaque période annuelle d'application.

Elle effectue tout d'abord une prévision initiale, au cours du mois de janvier précédant chaque période annuelle d'application.

Cette prévision est, par la suite, révisée au cours des mois de mai, septembre et janvier de la période annuelle d'application sous étude, en fonction de la rémunération versée jusqu'alors aux médecins.

2.2 Sur réception de ces prévisions, les parties procèdent à leur analyse en y apportant, s'il y a lieu, les corrections qu'elles jugent opportunes.

L'analyse tient compte des tendances observées et, le cas échéant, de l'effet prévisible sur la rémunération des mesures introduites dans le but d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale.

2.3 Si, au terme de leur analyse, l'évaluation des parties laisse prévoir un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour la période annuelle d'application en cours, les mesures correctrices requises peuvent être apportées par les parties, afin d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale pour cette période.

ARTICLE 3 VÉRIFICATION FINALE

3.1 Une vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de cette annexe est effectuée par les parties au cours du mois de septembre suivant la fin d'une période annuelle d'application, en vue d'assurer le respect de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour chacune des périodes annuelles d'application prévues à cette annexe.

3.2 La vérification est effectuée sur la base des données statistiques établies par la Régie au cours du mois de septembre suivant chacune des périodes d'application prévues à la présente annexe, en incluant le coût des demandes de paiement au Fichier des erreurs en attente de traitement (FERAT) rajusté selon le paragraphe 3.3. Ces données sont considérées comme représentant la totalité des honoraires ou des remboursements versés pour les services rendus au cours d'une période d'application.

3.3 Aux fins de cet article, les données inscrites au FERAT sont, pour une période annuelle d'application de l'Entente, prises en compte à raison de 85 % de leur valeur. Le pourcentage de prise en compte est, pour toute période annuelle d'application postérieure à celles prévues au paragraphe 1.1, convenu entre les parties.

3.4 En ce qui a trait au calcul du coût relatif aux remboursements aux personnes assurées pour lesquelles aucune imputation n'a été effectuée par la Régie, les parties fixent la part du résiduel imputable à une enveloppe budgétaire visée aux présentes à un montant équivalent à 25 % du coût de ces services médicaux tel qu'établi par la Régie.

3.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à cette annexe, les parties, en tenant compte des dispositions de l'article 4 de cette annexe, introduisent les mesures correctives appropriées afin d'une part, d'assurer le remboursement de ce dépassement et, d'autre part, d'éviter tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

3.6 S'il y a, pendant une période annuelle d'application donnée, non atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour cette période, les montants ainsi rendus disponibles sont alors affectés aux fins retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent.

ARTICLE 4 RÉSERVE

4.1 Cet article a pour objet d'assurer une application rigoureuse de l'annexe IX de l'Entente, à l'égard d'une période annuelle d'application de l'Entente visée à cet article.

4.2 Ainsi, pour assurer la résorption d'un éventuel dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prévue pour chacune des années d'application prévue ci-après, les parties conviennent donc de l'établissement d'une réserve constituée d'un montant équivalent à un pour cent (1 %) de l'enveloppe budgétaire globale applicable.

4.3 Pour pallier un éventuel dépassement de l'enveloppe budgétaire globale établie pour l'année 2000-2001, les parties dégagent une somme non récurrente de 10,8 M\$. Cette somme provient de l'application rétroactive des paramètres consentis pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 mars 2000.

4.4 Pour pallier la récurrence d'un éventuel dépassement de l'enveloppe budgétaire établie pour l'année 2000-2001 ou, selon le cas, 2001-2002, les parties conviennent qu'une somme équivalant à un pour cent (1 %) de l'enveloppe budgétaire applicable sera dégagée, à ces fins, sur base récurrente, à même les paramètres consentis au 1^{er} janvier 2001, pour l'année 2000-2001 ou, selon le cas, au 1^{er} janvier 2002, pour l'année 2001-2002.

4.5 Toute somme mise en réserve, mais toutefois non utilisée pour combler un dépassement, est réaffectée aux fins retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent.

ARTICLE 5 PLAFOND TRIMESTRIEL

5.1 Un médecin est rémunéré, selon les tarifs applicables, en autant que son revenu fait en provenance du régime soit inférieur au montant du plafond trimestriel applicable à un trimestre donné.

+ À compter du 1^{er} septembre 2003, le plafond trimestriel applicable, à un trimestre donné, est de 54 285 \$. À compter du 1^{er} décembre 2003, le plafond trimestriel sera de 54 800 \$.

5.2 Lorsque le médecin reçoit une rémunération différente selon le territoire desservi, conformément à l'article 19 de la Loi, les services ainsi rémunérés sont comptés, pour les fins de calcul du revenu brut, comme ayant été payés par la Régie selon le tarif de base prévu par l'Entente.

+

ANNEXE XII

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

SECTION I - RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS FOURNIS DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DÉSIGNÉS PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE CONFORMÉMENT AU 5^e ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI

Sous réserve des conditions et spécifications apparaissant aux différents articles de la présente section, les majorations sont applicables selon les groupes suivants :

Groupe 1

- Secteurs isolés I et II à l'exception de Chibougamau et du territoire de la Côte-Nord à l'est de la Rivière Moisie jusqu'à Havre-St-Pierre inclusivement;
- Secteurs isolés III, IV et V à l'exception des régions 17 et 18 et du territoire de la Côte-Nord à l'est de Havre-St-Pierre;
- Territoires désignés autres que les secteurs isolés à l'exception des secteurs géographiques d'Alma et de Rimouski et des municipalités régionales de comté d'Antoine Labelle, de Kamouraska et de Rivière-du-Loup excluant les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix.

Groupe 2

- Secteur isolé I : Chibougamau et le territoire de la Côte-Nord à l'est de la Rivière Moisie jusqu'à Havre-St-Pierre inclusivement.

Groupe 3

- Secteurs isolés III, IV et V : régions 17 et 18 et territoire de la Côte-Nord à l'est de Havre-St-Pierre jusqu'à la limite du Labrador y compris l'île d'Ansticosti.

Groupe 4

- Secteurs géographiques d'Alma et de Rimouski.

Groupe 5

- Municipalité régionale de comté d'Antoine-Labelle.

Groupe 6

- Municipalités régionales de comté de Kamouraska et de Rivière-du-Loup excluant les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix.

Les différents niveaux de rémunération majorée, selon les groupes, sont les suivants :

Groupe 1	cabinet *	établissement **
Rémunération incluant la majoration générale	120 %	130 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4 ^e année de pratique	125 %	135 %
7 ^e année de pratique	125 %	135 %
20 ^e année de pratique	125 %	140 %

Groupe 2	cabinet *	établissement **
Rémunération incluant la majoration générale	120 %	135 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4 ^e année de pratique	125 %	140 %
7 ^e année de pratique	125 %	140 %
20 ^e année de pratique	125 %	140 %
Groupe 3		
Rémunération incluant la majoration générale	120 %	130 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4 ^e année de pratique	120 %	130 %
7 ^e année de pratique	120 %	130 %
20 ^e année de pratique	120 %	130 %
Groupe 4		
Rémunération incluant la majoration générale	115 %	120 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4 ^e année de pratique	115 %	120 %
7 ^e année de pratique	115 %	120 %
20 ^e année de pratique	115 %	125 %
Groupe 5		
Rémunération incluant la majoration générale	105 %	120 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4 ^e année de pratique	105 %	125 %
7 ^e année de pratique	105 %	130 %
20 ^e année de pratique	105 %	130 %
Groupe 6		
Rémunération incluant la majoration générale	105 %	115 %
Rémunération incluant la majoration de rétention		
4 ^e année de pratique	105 %	115 %
7 ^e année de pratique	105 %	115 %
20 ^e année de pratique	105 %	115 %

* Les majorations apparaissant sous la colonne « cabinet » s'appliquent pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, dans un CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services dispensés en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché.

** Les majorations apparaissant sous la colonne « établissement » s'appliquent pour les services dispensés dans un centre hospitalier à l'exception des services en santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché, dans un centre de réadaptation, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde dans cet établissement.

Article 1 - Conditions d'application des majorations

Sous réserve des autres dispositions de la présente section, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

1.1 Le médecin reçoit la majoration appliquée à la rémunération de base apparaissant sous la colonne « établissement » selon le préambule de la présente section, quel que soit son mode de rémunération, pour les services assurés qu'il fournit dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans un centre hospitalier à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché ou dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde dans cet établissement.

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que l'établissement a transmis les informations suivantes à la Régie au Service de l'admissibilité et de la révision : participation à la garde dans le cas d'un CLSC du réseau de garde intégré ou statut de membre actif dans le cas d'un centre hospitalier auquel il est rattaché pour les services en santé publique. Ces informations sont transmises soit par l'Avis de service si le mode de rémunération du médecin est à tarif horaire ou à honoraires fixes, soit par lettre spécifique si le médecin est rémunéré à l'acte pour l'ensemble de sa pratique dans l'établissement.*

1.2 Le médecin reçoit la majoration appliquée à la rémunération de base apparaissant sous la colonne « cabinet » selon le préambule de la présente section, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés en cabinet, au domicile, dans un CLSC non dans le réseau de garde intégré, dans un CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin ne participe pas à la garde, pour les services dispensés en santé publique lorsque le médecin ne détient pas de nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché si :

- a) il a obtenu son permis de pratique du Collège des médecins du Québec depuis vingt (20) ans ou plus ;
- b) Il exerce sa profession principalement dans un lieu de pratique situé à une distance carrossable supérieure à quarante (40) kilomètres du centre hospitalier et du point de service du réseau de garde intégré le plus rapproché. Lorsque le centre local de services communautaires responsable du point de service de garde ne peut offrir de périodes de garde au médecin qui en fait la demande, ce dernier est dispensé de la deuxième condition prévue précédemment et seule la distance de son lieu de pratique au centre hospitalier est considérée. Aux fins de la présente disposition, les périodes de garde susmentionnées doivent compter parmi les périodes de garde qui, sur une base régulière, sont offertes par le centre en dehors des heures régulières d'ouverture du point de service visé ;

Si le médecin exerce sa profession principalement dans une municipalité autre que celle où est situé ce centre hospitalier, la distance se calcule selon la publication « Distances routières » du ministère des Transports du gouvernement du Québec ;

Si le médecin exerce principalement sa profession dans la même municipalité que celle où est situé ce centre hospitalier, la distance retenue correspond à la distance réelle existant entre le lieu de pratique du médecin et ce centre hospitalier ;

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que l'établissement a fourni au Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie, les lieux et distances pertinents aux critères établis.*

- c) il participe à la garde dans un point de service du réseau de garde intégré où il détient une nomination de membre actif dans un centre hospitalier ;

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que l'établissement a transmis les informations suivantes à la Régie au Service de l'admissibilité et de la révision : participation à la garde dans le cas d'un CLSC du réseau de garde intégré ou statut de membre actif dans le cas d'un centre hospitalier. Ces informations sont transmises soit par l'Avis de service si le mode de rémunération du médecin est à tarif horaire ou à honoraires fixes, soit par lettre spécifique si le médecin est rémunéré à l'acte pour l'ensemble de sa pratique dans l'établissement.*

- d) il exerce à honoraires fixes ou à tarif horaire et détient une nomination de plus de 17 heures et demie par semaine d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires ou d'un établissement n'exploitant qu'un centre d'hébergement de soins de longue durée, ou détient deux nominations de 17 heures et demie par semaine de deux de ces établissements ou détient en centre d'hébergement de soins de longue durée une nomination de 17 heures et demie par semaine en assurant sa part de garde en disponibilité et, sous réserve des dispositions du paragraphe 1.3 ci-après, détient une nomination spécifique en centre hospitalier ;

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que le centre hospitalier où il détient sa nomination spécifique, en informe la Régie. Cette information doit être transmise par le biais de l'Avis de service prévu à cet effet.*

- e) il exerce, selon le mode de l'acte ou celui du tarif horaire, dans un ou plusieurs établissements n'opérant qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, sous réserve des dispositions du paragraphe 1.3 ci-après, détient une nomination spécifique dans un centre hospitalier ;

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que le centre hospitalier où il détient sa nomination spécifique, en informe la Régie. Cette information doit être transmise par le biais de l'Avis de service prévu à cet effet.*

- f) il exerce dans une localité ou une partie de territoire situé à moins de quarante (40) kilomètres d'un centre hospitalier ou du point de service du réseau de garde intégré le plus rapproché. Sa pratique dans cette localité ou cette partie de territoire doit être reconnue comme essentielle par la régie régionale qui agit sur recommandation du département régional de médecine générale ;

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que la régie régionale informe le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ que sa pratique est considérée comme essentielle.*

1.3 Lorsque la nomination spécifique du médecin en centre hospitalier a pour objet exclusif l'octroi de privilèges de pratique en obstétrique, cette nomination, sauf recommandation en ce sens du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre, n'emporte pas l'application de la majoration sur la pratique du médecin visée au premier alinéa du paragraphe 1.2 ci-dessus.

Cette recommandation est effectuée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre lorsque la pratique obstétricale du médecin dans le centre est importante, compte tenu de la vocation de l'établissement qui exploite ce centre, du volume d'activités obstétricales du centre, du nombre de médecins s'adonnant à la pratique de l'obstétrique et de la localisation géographique du centre hospitalier visé.

Dans les quinze (15) jours de son adoption, le directeur des services professionnels du centre hospitalier transmet à la Régie de l'assurance maladie du Québec, une recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ayant pour objet l'application de la majoration sur la rémunération de base de la pratique du médecin visée au premier alinéa du paragraphe 1.2 ci-dessus.

1.4 Le médecin reçoit la majoration appliquée à la rémunération de base apparaissant sous la colonne « établissement » selon le préambule de la présente section, quel que soit son mode de rémunération, pour les services assurés qu'il dispense dans les municipalités régionales de comté de Kamouraska, Antoine-Labelle et Rivière-du-Loup (excluant les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix) s'il répond à une des conditions prévues au paragraphe 1.2. Toutefois, cette majoration de la rémunération ne s'applique qu'à l'égard des services dispensés en centre hospitalier, centre d'hébergement de soins de longue durée, centre de réadaptation, et dans tout centre local de services communautaires.

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe le Service de l'admissibilité et de la révision de la RAMQ relativement aux conditions prévues au paragraphe 1.2 si une telle condition exige confirmation.*

Article 2 - Majorations de rétention

2.1 Sous réserve du paragraphe 2.2 des présentes, les majorations de rétention s'appliquent au médecin qui a, selon la définition apparaissant à l'article 3 de la présente section, sa pratique principale dans un territoire désigné.

2.2 Le médecin qui compte vingt années de pratique et plus à compter de la date d'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec est admissible aux majorations de rétention applicables à la vingtième année de pratique à la condition que ce médecin soit également admissible aux majorations s'appliquant à la septième année de pratique selon la définition apparaissant à l'article 3 de la présente section.

Article 3 - Pratique principale

3.1 Un médecin est considéré avoir sa pratique principale dans un territoire désigné lorsqu'il effectue, dans un ou plusieurs territoires désignés incluant les secteurs isolés tel qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe, au moins 75 % de sa pratique totale dans le cadre du régime d'assurance maladie en termes de jours de pratique. Le calcul se fait sur la base de l'année civile et, pour les années d'arrivée et départ dans un territoire désigné, en ne considérant que les mois suivant la date d'arrivée ou antérieurs à la date de départ.

Aux fins du présent paragraphe, la pratique faite en cabinet incluant les visites à domicile dans le territoire des MRC d'Antoine Labelle, de Kamouraska et Rivière-du-Loup est réputée être faite en territoire désigné et comptabilisée dans le calcul des jours de pratique.

AVIS : *La vérification de la pratique principale s'effectuera une fois par année, après le délai de facturation habituellement accordé au médecin. Le médecin doit aviser la Régie de son arrivée en territoire désigné en remplissant le formulaire n° 3789 « Déclaration de la pratique principale continue dans les territoires désignés » ou de son départ par le biais d'une lettre adressée à la Régie.*

3.2 La pratique faite dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale n'est pas considérée dans le calcul de la pratique principale en région désignée tel que décrit au sous-paragraphe précédent.

Article 4 - Pratique principale continue

4.1 Sous réserve du paragraphe 4.2, une pratique principale est dite continue, aux fins d'application de la présente section, lorsqu'elle est exercée sans interruption de plus de vingt-quatre (24) mois dans une ou plusieurs régions visées à la présente annexe.

4.2 N'est pas considérée comme une interruption toute absence d'au plus douze (12) mois, située à l'intérieur d'une pratique principale en région désignée et pendant laquelle le médecin ne reçoit aucune autre rémunération pour des services professionnels dispensés à moins d'autorisation du comité paritaire.

Toutefois, lorsque cette absence s'étend sur deux années civiles, on considère chaque année civile séparément, de sorte que la partie de l'absence est reconnue si le médecin a une pratique principale en région désignée au cours de l'année civile comprenant cette partie d'absence.

4.3 Aux fins du cumul des années de pratique principale continue visé au présent article, une année de pratique est comptabilisée, comme telle, sur la base de l'année civile, lorsque les exigences décrites au sous-paragraphe 3.1 de la présente section en termes de pourcentage de jours de pratique sont rencontrées. Pour les années d'arrivée et de départ dans une région désignée, sont cumulés aux fins du calcul des années de pratique les mois de pratique principale dans une région désignée.

Toute absence ou partie d'absence au sens du paragraphe 4.2 est réputée être une période de pratique principale et comptabilisée aux fins du calcul des années de pratique principale continue.

Sont également considérées comme des périodes de pratique principale continue et comptabilisées à ce titre aux fins du présent article, les périodes de travail effectuées en tant que directeur des services professionnels d'un établissement situé dans un territoire désigné.

AVIS : *Le médecin doit s'assurer que l'établissement informe le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie des périodes de travail effectuées en tant que directeur des services professionnels.*

4.4 Aux fins de la comptabilisation des années de pratique, toute interruption de plus de vingt-quatre (24) mois annule les années de pratique cumulées antérieurement à cette interruption sous réserve d'une dérogation autorisée par le comité paritaire prévu à la section III de la présente annexe.

4.5 Pour bénéficier des dispositions relatives aux majorations de rétention prévues à la présente section, le médecin doit en faire la demande à la Régie et lui préciser par le biais d'une déclaration le nombre d'années cumulées aux fins du présent article.

AVIS : *Le médecin qui débute sa pratique principale en territoire désigné doit informer la Régie en remplissant le formulaire 3789 « Déclaration de pratique principale continue dans les territoires désignés ».*

Article 5 - Dépannage

5.1 Sous réserve du paragraphe 5.2 de la présente section, le médecin qui exerce dans le cadre du dépannage en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale est rémunéré à 115 % du tarif de base s'il est dépêché auprès d'un établissement situé dans une région désignée excluant les secteurs isolés III, IV ou V tels qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe ou à 120 % s'il est dépêché dans un établissement situé dans les secteurs isolés III, IV ou V tels qu'énumérés à l'article 1 de la section II de la présente annexe.

AVIS : *Le médecin est payé à 115 % s'il se rend dans les secteurs I et II de la section II de l'Annexe XII et dans les autres territoires désignés excluant les secteurs III, IV ou V où il est alors payé à 120 %.*

5.2 Le médecin qui exerce dans le cadre du dépannage en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale et dont la pratique principale se situe dans une région désignée selon les conditions apparaissant à l'article 3 de la section I de la présente annexe est rémunéré comme s'il exerçait, de façon régulière, dans l'établissement auprès duquel il est dépêché comme dépanneur.

AVIS : *Le médecin se réfère aux groupes décrits au début de la section I de l'Annexe XII.*

SECTION II - AUTRES MESURES INCITATIVES

AVIS : Veuillez utiliser le formulaire n° 3336 pour demander le remboursement des mesures incitatives - Voir Brochure n° 3.

Article 1 - Primes d'éloignement ou d'isolement

1.1 Les secteurs suivants sont considérés comme isolés aux fins du présent article :

SECTEUR V :

Les localités de Tasiujak, Ivujivik, Kangiqsualujuaq, Aupaluk, Quaqtaq, Akulivik, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Salluit, Tarpangajuk;

SECTEUR IV :

Les localités de Wemindji, Eastmain, Fort-Rupert (Waskagheganish), Nemiscau (Nemaska), Inukjuak, Povungnituk;

SECTEUR III :

Le territoire situé au nord du 51e degré de latitude incluant Mistassini, Kuujuaq, Umiujaq, Kuujuarapik, Poste-de-la-Baleine (Whapmagoostoo), Chisasibi, Baie James (Radisson), Schefferville, Kawawachikamach et Waswanipi à l'exception de Fermont et des localités spécifiées aux secteurs IV et V;

Les localités de Parent, Champlain, partie Rivière Windigo (Sanmaur) et Abitibi, partie Obedjiwan (Clova);

Le territoire de la Côte-Nord, s'étendant à l'est de Havre St-Pierre, jusqu'à la limite du Labrador, y compris l'île d'Anticosti.

SECTEUR II :

La municipalité de Fermont;

Le territoire de la Côte-Nord, situé à l'est de la Rivière Moisie et s'étendant jusqu'à Havre St-Pierre inclusivement;

Les Îles-de-la-Madeleine.

SECTEUR I :

Les localités de Chibougamau, Chapais, Matagami, Baie James (Joutel), Lebel-sur-Quévillon, Témiscaming et Ville-Marie.

1.2 Le médecin qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans l'un ou l'autre des secteurs mentionnés ci-dessus reçoit, après une période continue d'au moins dix (10) mois, la prime d'éloignement ou d'isolement annuelle suivante :

Secteurs		Taux 2000-07-01 au 2000-12-31 \$	Taux 2001-01-01 au 2001-12-31 \$	Taux 2002-01-01 \$
Avec dépendants	Secteur V	15 510	15 898	16 295
	Secteur IV	13 147	13 476	13 813
	Secteur III	10 110	10 363	10 622
	Secteur II	8 034	8 235	8 441
	Secteur I	6 497	6 659	6 825
Sans dépendants	Secteur V	8 798	9 018	9 243
	Secteur IV	7 459	7 645	7 836
	Secteur III	6 320	6 478	6 740
	Secteur II	5 355	5 489	5 626
	Secteur I	4 544	4 658	4 774

Aux fins d'application des présentes, est réputé avoir sa résidence principale dans la localité ou la municipalité ci-haut mentionnée le médecin qui a sa résidence principale à moins de cinquante (50) kilomètres de cette localité ou municipalité.

1.3 Le médecin à demi-temps exerçant dans un des secteurs ci-haut mentionnés reçoit la moitié de cette prime.

1.4 La prime prévue ci-dessus est payée trimestriellement au prorata de la durée du séjour dans chaque secteur donné.

AVIS : *Les trimestres se répartissent comme suit :*

1^{er} - mai, juin, juillet;

2^e - août, septembre, octobre;

3^e - novembre, décembre, janvier;

4^e - février, mars, avril.

Le paiement de la prime est effectué dans le mois qui suit le trimestre. Il appartient au médecin qui s'installe en région, de faire la première demande de prime à la Régie, par lettre ou en utilisant le formulaire n° 3336. Par la suite, les autres primes lui seront versées automatiquement.

1.5 Sous réserve du paragraphe précédent, la Régie cesse de verser la prime d'isolement ou d'éloignement établie en vertu de la présente section si le médecin et ses dépendants quittent délibérément le territoire lors d'un congé ou d'une absence rémunérée de plus de trente (30) jours, sauf s'il s'agit de congé annuel, de congé férié, de congé de maladie, de congé de maternité ou d'adoption, d'un séjour de ressourcement, d'une reprise de temps supplémentaire, d'absence pour accident du travail, maladie professionnelle ou retrait préventif.

1.6 Les paragraphes 1.3 et 1.5 s'appliquent au médecin rémunéré à l'acte incluant la vacation ou au tarif horaire en faisant les adaptations appropriées.

1.7 Dépendant :

Le conjoint et, le cas échéant, l'enfant à charge tels que définis à l'article sur le régime d'assurances et tout autre dépendant au sens de la Loi sur les impôts, à condition que celui-ci réside avec le médecin. Cependant, aux fins de la présente annexe, les revenus tirés d'un emploi par le conjoint du médecin n'ont pas pour effet de lui enlever son statut de dépendant. Le fait pour un enfant de fréquenter une école secondaire dans un autre endroit que le lieu de résidence du médecin ne lui enlève pas son statut de dépendant.

1.8 Lorsque les conjoints, au sens de l'article sur les régimes d'assurances sont deux médecins, un (1) seul des deux (2) peut, s'il y a un dépendant autre que le conjoint, se prévaloir de la prime applicable au médecin avec dépendant. S'il n'y a pas d'autre dépendant que le conjoint, chacun a droit à la prime sans dépendant.

1.9 Point de départ :

Domicile au sens légal du terme au moment de la nomination, dans la mesure où ce domicile est situé dans une localité du Québec. Sous réserve qu'il soit situé dans une localité du Québec, ce point de départ peut être modifié par entente entre l'établissement et le médecin.

1.10 Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui exerce sa profession dans un territoire énuméré au paragraphe 1.1 de la section II de l'annexe XII bénéficie, selon les modalités qu'il convient avec son établissement, des congés que lui octroie l'article 3.00 de l'annexe VI de l'Entente.

Pourvu que les congés en cause soient pris dans l'année pour laquelle ils ont été prévus, ces modalités comprennent notamment, malgré l'article 3.00 précité, toute condition afférente au report de ces congés, leur cumul ou leur prise par anticipation.

L'établissement informe la Régie des modalités arrêtées selon le présent paragraphe.

Article 2 - Frais de sortie

2.1 Le médecin et, s'il en est, ses dépendants, ont droit aux sorties suivantes, aller-retour, et aux frais inhérents :

a) quatre (4) sorties par année pour le médecin sans dépendant et trois (3) sorties par année pour le médecin avec dépendants (entre le 1^{er} mai et le 30 avril) s'il a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités des secteurs III, sauf celles énumérées au paragraphe b) suivant, dans les localités des secteurs IV et V et celle de Fermont;

b) une (1) sortie par année (entre le 1^{er} mai et le 30 avril) s'il a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les localités de Parent, Champlain, partie Rivière Windigo (Sanmaur) et Abitibi, partie Obedjiwan (Clova), Havre St-Pierre, celles des Iles-de-la-Madeleine et les localités du secteur I et du secteur II non mentionnées au paragraphe a).

2.2 Ces frais sont remboursés au médecin, au plus tard quarante-cinq (45) jours de la réception des pièces justificatives, pour lui-même et ses dépendants jusqu'à concurrence, pour chacun, de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour, vol régulier de la localité où il exerce ses fonctions, jusqu'au point de départ situé au Québec ou jusqu'à Montréal. Toute réclamation doit normalement être facturée dans les quatre-vingt-dix (90) jours de l'événement.

2.3 Le droit d'une sortie octroyé au médecin et à ses dépendants peut être utilisé par un conjoint non-résident, un parent non-résident ou un ami pour rendre visite au médecin habitant une des régions mentionnées au paragraphe 1.1. Les dispositions du présent article s'appliquent quant au remboursement de frais.

2.4 Sous réserve du paragraphe 2.2, les frais de transport lui sont remboursés par la Régie, sur présentation de pièces justificatives, selon les frais réels encourus par l'utilisation d'un transport en commun (avion, train, taxi ...)^(*) ou pour la location d'une voiture^(**) ou au taux de 0,72 \$ du kilomètre (distance unidirectionnelle) pour l'utilisation de sa voiture personnelle.

2.5 Le bénéfice de ces frais de sortie ne peut être reporté d'une année à l'autre. Exceptionnellement, sous réserve d'une entente avec le chef du département ou celui qui en assume les fonctions relativement aux modalités de récupération, le médecin visé par les présentes peut, avec ses dépendants, anticiper une sortie dans le cas du décès d'un proche parent qui résidait à l'extérieur de la localité dans laquelle le médecin exerce.

Au sens du présent paragraphe, un proche parent est défini comme suit : conjointe ou conjoint, enfant, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, gendre et bru. Toutefois, en aucun cas, cette anticipation ne peut conférer au médecin ou à ses dépendants un nombre de sorties supérieur à celui auquel il a droit.

2.6 Sauf dans le cas prévu au paragraphe 2.3, un droit de sortie selon le présent article est un droit qui est rattaché à la personne de son bénéficiaire, qu'il s'agisse du médecin ou, le cas échéant, d'un dépendant.

Ce droit peut être exercé par un dépendant sans la présence du médecin, ou vice versa.

Lorsque le sous-paragraphe précédent reçoit application, la sortie effectuée n'est débitée, par la Régie, qu'au seul bénéficiaire qui s'en est prévalu.

Article 3 - Frais de déménagement

3.1 Le médecin qui s'installe dans une localité des secteurs I à V visés au paragraphe 1.1 de la présente section pour y exercer sa profession sur une base régulière a droit au remboursement des frais de déménagement, celui-ci comprenant l'aller ainsi que le retour. Ces frais couvrent, aller-retour :

- a) le coût du transport du médecin déplacé et de ses dépendants qui lui est remboursé conformément à l'article 2.4. Le coût de l'utilisation de sa voiture personnelle lui est remboursé à demi-tarif;
- b) le coût du transport de ses effets personnels et de ceux de ses dépendants jusqu'à concurrence de :
 - 228 kilogrammes pour chaque adulte ou chaque enfant de 12 ans et plus;
 - 137 kilogrammes pour chaque enfant de moins de 12 ans;
- c) le coût du transport de ses meubles meublants s'il y a lieu;
- d) le coût du transport du véhicule motorisé s'il y a lieu et ce par route, par bateau ou par train;
- e) le coût d'entreposage de ses meubles meublants s'il y a lieu.

3.2 Pour avoir droit à ces frais de déménagement et d'entreposage, le médecin doit soumettre au préalable à la Régie deux (2) estimés ou évaluations des coûts de chacune de ces dépenses.

3.3 Le médecin doit avoir sa résidence principale et exercer sa profession dans l'un ou l'autre des territoires ou localités ci-dessus mentionnés pour une période d'au moins un (1) an. À défaut, le médecin doit rembourser à la Régie un montant des frais de déménagement qu'il a reçu équivalant au prorata du temps non complété.

3.4 Dans le cas où le médecin admissible aux dispositions des sous-paragraphe b), c) et d) du paragraphe 3.1 décide de ne pas s'en prévaloir immédiatement, en totalité ou en partie, il y demeure admissible pendant l'année qui suit la date de sa nomination.

^(*) 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.

^(**) 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.

3.5 Aux fins du présent article, ces frais sont assumés par la Régie entre le point de départ et le lieu où le médecin s'installe et sont remboursés au médecin au plus tard quarante-cinq (45) jours de la réception des pièces justificatives.

Dans le cas du médecin recruté à l'extérieur du Québec, ces frais sont assumés par la Régie sans excéder l'équivalent des coûts entre Montréal et la localité où le médecin est appelé à exercer ses fonctions.

Dans le cas où les deux (2) conjoints, au sens de l'article sur les régimes d'assurances, sont deux (2) médecins, un (1) seul des deux (2) conjoints peut se prévaloir des bénéfices accordés à la présente section. Dans le cas où un des conjoints a reçu, pour ce déménagement, des bénéfices équivalents de la part d'une autre source, la Régie n'est tenue de rembourser que la différence entre le montant qu'elle aurait versé au médecin et le montant versé au conjoint.

3.6 Le poids de 228 kilogrammes prévu au sous-paragraphe b) du paragraphe 3.1 est augmenté de 45 kilogrammes par année d'exercice passée sur le territoire et ce jusqu'à un maximum de 90 kilogrammes. Cette disposition couvre exclusivement le médecin.

3.7 Une fois les estimés ou évaluations soumises à la Régie, le médecin peut obtenir une avance dont le montant ne saurait excéder 80 % du montant agréé par la Régie.

Article 4 - Assurance responsabilité professionnelle

4.1 Le médecin rémunéré à honoraires fixes, au tarif horaire, à la vacation au per diem ou à forfait qui a sa résidence principale et exerce sa profession dans certains secteurs isolés énumérés à la section II de la présente annexe (secteurs II à V) a droit au remboursement par la Régie de la différence entre la prime totale qu'il a acquittée et la franchise prévue pour l'année en cours selon les dispositions de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle.

Le montant du remboursement visé au présent article ne peut excéder le montant de la différence entre le montant de la prime annuelle maximale fixée par l'Association canadienne de protection médicale et le montant de la franchise déterminée pour la même année.

Article 5 - Frais de ressourcement

5.1

- a) Le médecin qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre conformément au 5^e alinéa de l'article 19 de la Loi bénéficie d'un séjour d'un maximum de vingt (20) jours de ressourcement après chaque période de douze (12) mois où il a exercé sa profession sur une base régulière dans ces territoires.

Dans les trente (30) jours suivant sa date d'installation dans les territoires déterminés par arrêté du Ministre, conformément au 5^e alinéa de l'article 19 de la Loi, ou de la réception d'un avis à cet effet, la Régie transmet au médecin, déjà rémunéré à honoraires fixes, l'état des jours de perfectionnement accumulés et utilisés, calculés au prorata des mois ouvrés du 1^{er} mai précédant jusqu'à son arrivée dans les territoires visés ainsi que des jours reportés.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui s'installe dans un territoire déterminé doit faire la demande de son bilan à la Régie.*

Le médecin rémunéré à honoraires fixes pourra utiliser, au cours de sa première année d'exercice dans les territoires déterminés, ces jours accumulés. Le médecin qui ne peut utiliser durant sa première année d'exercice dans les territoires déterminés, le solde de ces jours accumulés, pourra reporter à l'année suivante et pour cette seule année, les jours accumulés non utilisés.

Le médecin, peu importe son mode de rémunération, qui ne bénéficie d'aucun jour de perfectionnement accumulé ou qui bénéficie de moins de dix (10) jours peut au cours de la première année, utiliser par anticipation les journées de ressourcement jusqu'à concurrence d'un nombre maximum de jours lui permettant d'obtenir au total dix (10) jours de ressourcement au cours de la première année.

AVIS : *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit utiliser les codes de congé suivants :*

- code 09 : Perfectionnement
- code 18 : Ressourcement anticipé

Si le médecin avait, au moment de son arrivée, utilisé plus de jours de perfectionnement que le nombre accumulé, les jours pris en trop seront considérés comme anticipés.

Les jours reportés au 1^{er} mai précédant son arrivée dans les territoires déterminés sont utilisés jusqu'au 1^{er} mai suivant préalablement à toute anticipation.

- b) Le médecin régi par l'« Entente particulière relative au Grand-Nord » ou par l'entente particulière relative aux régions 17, 18 et Centre de santé de la Basse Côte-Nord peut toutefois, par période de douze (12) mois où il exerce sa profession sur une base régulière, bénéficier du séjour de ressourcement visé au premier alinéa du présent paragraphe. Il peut s'en prévaloir en tout temps. Advenant un départ avant la fin de la période de douze (12) mois, il aura eu droit au nombre de jours de ressourcement correspondant au prorata des mois ouverts.

Dans les trente (30) jours suivant la date de son installation dans les territoires visés au présent alinéa ou de la réception d'un avis à cet effet, la Régie transmet au médecin, déjà rémunéré à honoraires fixes, l'état des jours de perfectionnement accumulés et utilisés, calculés au prorata des mois ouverts du 1^{er} mai précédant jusqu'à son arrivée, ainsi que des jours reportés.

- # **AVIS :** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes qui s'installe dans un territoire déterminé doit faire la demande de son bilan à la Régie.*

Le médecin rémunéré à honoraires fixes pourra, au cours de sa première année d'exercice, utiliser le solde des jours accumulés au moment de son arrivée. Le médecin qui ne peut les utiliser durant sa première année d'exercice, pourra reporter à l'année suivante et pour cette seule année, les jours non utilisés.

Si le médecin rémunéré à honoraires fixes a, au moment de son arrivée dans les présents territoires, utilisé plus de jours de perfectionnement que le nombre accumulé, les jours pris en trop seront déduits des vingt (20) jours de ressourcement auquel il a droit pour sa première période de douze (12) mois.

Les jours reportés au 1^{er} mai précédant son arrivée peuvent être utilisés jusqu'au 1^{er} mai suivant.

- 5.2** Le séjour de ressourcement doit s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement ou dans le cadre d'un congrès de perfectionnement offert au Québec.

Toutefois, le médecin peut, une fois par année, avec l'accord préalable du Comité consultatif sur la répartition, se prévaloir d'un séjour de ressourcement à l'extérieur du Québec. Ne sont pas considérés comme séjours de ressourcement à l'extérieur du Québec ceux effectués à Ottawa, Campbellton (Nouveau-Brunswick) et dans la province de Terre-Neuve.

L'accord du Comité de répartition porte limitativement sur la durée du séjour de ressourcement projetée ainsi que sur le mérite scientifique du programme ou du congrès de perfectionnement visé.

- 5.3** Le médecin qui bénéficie d'un séjour de ressourcement ou d'un séjour de perfectionnement selon les modalités du paragraphe 5.1 a droit au remboursement des frais suivants :

- a) un montant de trois cent soixante-et-onze (371,00 \$) à compter du 1^{er} janvier 2002. Le médecin rémunéré à honoraires fixes reçoit son traitement ;

- # **AVIS :** *Le médecin rémunéré à honoraires fixes doit utiliser le code de congé 19.*

- b) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de ressourcement (maximum 4 fois par année), selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la présente section ;

Toutefois, lorsque le séjour de ressourcement est effectué à l'extérieur du Québec, les frais de transport alloués sont limités au montant équivalent au remboursement des frais de transport, aller-retour du lieu de résidence du médecin à Montréal, selon les dispositions prévues au paragraphe 2.4 de la présente section ;

- c) une allocation forfaitaire de cent quatre-vingt dollars (180,00\$) par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) ;

- d) lorsque le médecin se prévaut de l'anticipation de ses jours de ressourcement les transports aller-retour sont déduits du nombre maximum prévu à l'alinéa b).

Le médecin doit, pour obtenir rémunération et remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation du séjour de perfectionnement. Cette rémunération et ce remboursement se font selon la procédure prévue à l'article 19.02 de l'entente générale. Le médecin doit produire à la Régie les pièces justificatives au plus tard un (1) mois après la prise du congé ou lors de sa facturation.

- 5.4** Pendant le temps où il réside et exerce sa profession dans les territoires déterminés, les dispositions prévues aux paragraphes 5.01 et 5.02 de l'annexe VI ne s'appliquent pas.

- 5.5** Le cumul des journées de ressourcement ne peut excéder quatre-vingt (80) jours.

5.6 Les dispositions des paragraphes 5.1 à 5.5 ne s'appliquent pas au médecin qui a sa résidence principale ou exerce sa profession sur une base régulière dans les municipalités régionales de comté de Kamouraska, Rivière-du-Loup et Antoine-Labelle. (Rétroactif au 1^{er} juin 1990) à l'exception des municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix.

5.7 Malgré le paragraphe 5.07 de l'annexe VI, lorsque le médecin quitte les territoires visés par la présente annexe, ses journées accumulées doivent être prises dans l'année qui suit la date de son départ. Dans ce cas, il n'a droit qu'au remboursement prévu au paragraphe 5.3 a).

SECTION III - AUTRES DISPOSITIONS

Article 1 - Comité paritaire

1.1 Outre les fonctions prévues dans le cadre de l'article 32.00 de l'entente générale et celles déjà prévues dans le cadre de la présente annexe, le comité paritaire est responsable d'évaluer tout problème d'application des dispositions de cette annexe et de prendre les décisions relatives à l'application de certaines mesures qu'il juge pertinentes.

+

ANNEXE XII-A
CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTE POUR LES SERVICES ASSURÉS
FOURNIS DANS LES TERRITOIRES NON DÉSIGNÉS PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE
CONFORMÉMENT AU 5^E ALINÉA DE L'ARTICLE 19 DE LA LOI

1. Le médecin reçoit 115 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale, quel que soit son mode de rémunération, pour les services assurés qu'il fournit dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un centre de réadaptation, dans un centre hospitalier à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché ou dans un CLSC du réseau de garde intégré si le médecin participe à la garde dans cet établissement dans les territoires suivants :

- Région du Saguenay-Lac-St-Jean pour la partie de son territoire non désigné

2. Le médecin qui exerce en cabinet ou à domicile à l'Anse St-Jean dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean reçoit 115 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale s'il répond à une des conditions apparaissant à la section I de l'annexe XII, paragraphe 1.2.

3. Le médecin reçoit 105 % de la rémunération de base, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés dans un centre hospitalier à l'exception des services de santé publique sauf si le médecin détient une nomination de membre actif dans le centre hospitalier auquel il est rattaché s'il exerce dans un des centres hospitaliers suivants :

Région de Québec

- Centre hospitalier de Charlevoix (0237X)
- Centre hospitalier St-Joseph de la Malbaie (0231X)

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

- Hôpital Ste-Croix (0277X)
- Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (0185X et 0180X)
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska (0275X)
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (0182X et 0183X)

Région de l'Estrie

- Carrefour Santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC) (0112X)

Région de Chaudière-Appalaches

- Centre hospitalier Beauce-Etchemin (0287X)
- Centre hospitalier de la région de l'Amiante (0280X)
- Hôtel-Dieu de Montmagny (0303X)

Région de la Montérégie

- Hôtel-Dieu de Sorel (0092X)

4. Le médecin reçoit 105 % de la rémunération de base prévue à l'entente générale, quel que soit son mode de rémunération, pour les services dispensés dans le service d'urgence d'un des CLSC du réseau de garde suivants :

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

- Centre de santé Les Blés d'Or (90642)

Région de L'Outaouais

- CLSC-CHSLD de la Petite-Nation (90602)

Région de Chaudière-Appalaches

- Les CLSC et CHSLD de la MRC des Etchemins : point de service de Lac-Etchemin (90572)
- Les CLSC et CHSLD de la MRC de L'Islet : points de service de St-Jean-Port-Joli (91222) et de St-Pamphile (90662)
- Les CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny : point de service de St-Fabien-de-Panet (91322)

Région de Lanaudière

- Carrefour de la santé et services sociaux de la Matawinie : point de service de St-Michel-des-Saints (80025)

NOTE : Pour les médecins rémunérés à honoraires fixes et à tarif horaire : conformément aux instructions de facturation de l'alinéa 13) du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX, les secteurs de dispensation 07 et 12 doivent accompagner la facturation.

Médecins rémunérés à l'acte : les actes suivants, dispensés dans un service de consultation médicale physiquement dissocié du service d'urgence, **ne doivent pas être majorés** :

0005 – 0006 – 0056 – 0057 – 8807- 8808 – 0097 – 0098 – 8809 – 8810 –
8882 à 8885 - 9116 – 9117 – 9119 – 9120 – 8992 – 8993 – 8996 et 8897.

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

L'annexe XIII est remplacée par l'Amendement n° 76 modifiant l'Entente du 1^{er} septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Les services médicaux et médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles sont rémunérés conformément aux dispositions de l'Entente. Cet Amendement entre en vigueur le 1^{er} avril 2001 et prend effet le 1^{er} février 2002. Il se termine le 31 mars 2005. Il demeure néanmoins en vigueur jusqu'à son remplacement. (Voir Manuel des médecins omnipraticiens, sous l'onglet «CONSULTATION ET EXAMEN»).

ANNEXE XIV**RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE ET DISPOSITIONS TARIFAIRES AFFÉRENTES****I. RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU MODE DU TARIF HORAIRE****1.00 MODE**

1.01 Le tarif horaire constitue un mode distinct de rémunération.

1.02 Le médecin peut, dans les seuls cas prévus par entente, se prévaloir de ce mode.

1.03 Sauf dérogation expressément prévue par l'Entente, la rémunération selon le présent mode est assujettie aux dispositions de l'annexe IX de l'Entente.

2.00 DÉFINITION

2.01 Le tarif horaire emporte rémunération des activités professionnelles que le médecin effectue, par période continue de soixante (60) minutes.

2.02 Lorsque les activités professionnelles du médecin excèdent, dans une même journée, une durée continue de soixante (60) minutes, toute période excédentaire d'activités professionnelles devient, pour cette même journée, divisible. La rémunération selon le présent mode s'applique alors au prorata de la période additionnelle d'activités professionnelles visée.

3.00 NOMINATION ET AUTORISATION

3.01 Pour se prévaloir de la rémunération selon le mode du tarif horaire, le médecin doit être détenteur d'une nomination d'un établissement lui permettant, dans ou auprès du centre exploité par cet établissement, d'être rémunéré selon ce mode.

3.02 Cette nomination comporte la détermination du nombre d'heures que le médecin, sur une base hebdomadaire, consacre à des activités professionnelles dans ou auprès du centre. Cette nomination est attestée par un avis de service que l'établissement transmet à la Régie.

3.03 Seul le médecin pour lequel un nombre d'heures rémunérées selon le mode du tarif horaire a été autorisé peut se prévaloir des codes d'activités afférents à ce mode.

3.04 En matière de santé publique, une autorisation donnée par une régie régionale en conformité avec les dispositions de l'article 12.00 de l'Entente, est réputée constituer une nomination, aux fins de l'application du présent article.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération selon le tarif horaire couvre l'ensemble des activités professionnelles que le médecin effectue pendant qu'il est rémunéré selon ce mode.

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215 et le mode « TH »

5.00 MODIFICATEURS

5.01 Les modificateurs apparaissant ci-après s'appliquent au taux du tarif horaire.

01-07-00

Expérience *	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3
Moins d'un (1) an	84,3 %	79,3 %	60,6 %
Un (1) an mais moins de deux (2) ans	86,7 %	81,5 %	62,2 %
Deux (2) ans mais moins de trois (3) ans	90,1 %	84,7 %	64,7 %
Trois (3) ans mais moins de quatre (4) ans	93,1 %	87,6 %	66,9 %
Quatre (4) ans mais moins de cinq (5) ans	96,2 %	90,4 %	69,0 %
Cinq (5) ans mais moins de six (6) ans	98,9 %	93,0 %	71,0 %
Six (6) ans et plus	100,0 %	94,0 %	71,8 %

01-07-01

Expérience *	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3
Moins d'un (1) an	82,4 %	77,5 %	59,2 %
Un (1) an mais moins de deux (2) ans	84,7 %	79,6 %	60,8 %
Deux (2) ans mais moins de trois (3) ans	88,8 %	83,5 %	63,8 %
Trois (3) ans mais moins de quatre (4) ans	91,8 %	86,3 %	65,9 %
Quatre (4) ans mais moins de cinq (5) ans	94,8 %	89,1 %	68,1 %
Cinq (5) ans mais moins de six (6) ans	97,8 %	91,9 %	70,2 %
Six (6) ans et plus	100,0 %	94,0 %	71,8 %

01-07-02

Expérience *	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3
Moins d'un (1) an	80,6 %	75,7 %	57,8 %
Un (1) an mais moins de deux (2) ans	82,8 %	77,8 %	59,5 %
Deux (2) ans mais moins de trois (3) ans	87,5 %	82,2 %	62,8 %
Trois (3) ans mais moins de quatre (4) ans	90,5 %	85,1 %	65,0 %
Quatre (4) ans mais moins de cinq (5) ans	93,5 %	87,9 %	67,2 %
Cinq (5) ans mais moins de six (6) ans	96,7 %	90,9 %	69,4 %
Six (6) ans et plus	100,0 %	94,0 %	71,8 %

* Années complètes d'expérience depuis l'obtention du permis de pratique.

5.02 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 1 du tableau apparaissant ci-dessus, s'appliquent à la rémunération des activités professionnelles du médecin, jusqu'à concurrence de mille cinq cent quarante (1 540) heures. L'activité professionnelle visée au présent paragraphe peut comprendre la garde sur place que le médecin effectue à même ses premières trente-cinq (35) heures d'activités professionnelles hebdomadaires.

AVIS : Pour la garde sur place, utiliser le code d'activité XXX071.

5.03 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 2 de ce tableau s'appliquent à la rémunération des heures de garde sur place telle que définie selon le paragraphe 14.05 de l'Entente, jusqu'à concurrence du plafond déterminé au paragraphe 5.05. Les heures de garde sur place faites en excédent des trente-cinq (35) premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires du médecin sont facturées en vertu du présent paragraphe.

AVIS : Pour la garde sur place, utiliser le code d'activité XXX063.

5.04 Pour une année d'application, les modificateurs inscrits sous la colonne 3 s'appliquent à toutes les autres activités professionnelles effectuées par le médecin, à l'exception de la garde en disponibilité.

5.05 Aux fins de la rémunération, le nombre d'heures d'activités professionnelles rémunérables en vertu des modificateurs apparaissant sous la colonne 2 ne peuvent excéder cinq cent vingt-huit (528) heures/année.

5.06 Les modalités prévues au paragraphe 14.05 de l'Entente concernant l'obligation du médecin de faire la garde s'appliquent, en faisant les adaptations appropriées, au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

5.07 Sont sujettes à l'application du paragraphe 5.03, les heures de garde faites dans un centre local de services communautaires désigné par le Ministre, après consultation de la Fédération, ou dans un centre hospitalier ainsi que dans un établissement où la garde sur place est, à l'encontre d'une recommandation à l'effet contraire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, décidée par le conseil d'administration de l'établissement.

5.08 Les modificateurs apparaissant au tableau ci-dessus s'appliquent à l'ensemble des activités professionnelles du médecin rémunéré selon ce mode, même si celui-ci exerce pour le compte de plus d'un établissement, dans plus d'un centre ou pour la Corporation d'Urgences-santé.

5.09 L'année d'application au sens du présent article se définit comme la période de douze (12) mois s'étendant du 1^{er} juin de chaque année au 31 mai de l'année suivante. Les rajustements pour les parties d'année seront faits proportionnellement à la période rémunérée selon le mode du tarif horaire.

AVIS : *Si vous travaillez à tarif horaire pour une partie seulement de la période annuelle s'étendant du 1^{er} juin au 31 mai, la Régie devra ajuster proportionnellement les maximums de 1540 et 528 heures payables annuellement en colonnes 1 et 2 en fonction des jours couverts par votre Avis de service. Ce réajustement peut entraîner une récupération des sommes versées.*

+ **5.10** Lorsque la réquisition de services médicaux curatifs ou préventifs entraîne ou est susceptible d'entraîner le dépassement du nombre maximal d'heures prévu pour la période régulière, le chef de département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable de l'établissement peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu au paragraphe 5.02 ci-dessus jusqu'à concurrence de 440 heures par année.

AVIS : *Les activités facturées doivent être codées à l'aide des codes réguliers. L'établissement doit mentionner sur l'avis de service lors de la nomination ou du renouvellement si le médecin est susceptible de se prévaloir des 440 heures supplémentaires. Si le besoin est identifié en cours d'année, l'établissement doit faire parvenir à la Régie, un avis de service identifiant le médecin et la période concernée.*

6.00 RENOUELEMENT DE NOMINATION

6.01 Le renouvellement de nomination du médecin rémunéré au tarif horaire, ne peut, sauf sur demande expresse de celui-ci, comporter moins ou plus d'heures que n'en comportait sa nomination antérieure.

7.00 MODALITÉS S'APPLIQUANT LORS DU CHANGEMENT DE MODE DE RÉMUNÉRATION

7.01 Le médecin qui, déjà détenteur d'une nomination à honoraires fixes dans l'établissement, devient détenteur d'une nomination lui permettant d'être rémunéré selon le mode du tarif horaire, ne peut être contraint d'accepter une nomination comportant moins ou plus d'heures que n'en comprenait, sur une base hebdomadaire, sa dernière période régulière d'activités professionnelles.

7.02 Le médecin qui est détenteur d'une nomination à honoraires fixes bénéficie des avantages sociaux définis à l'annexe VI de l'entente générale. Aux fins de l'annexe susmentionnée, en regard du cumul possible de certains congés et de leur liquidation, le passage du mode de rémunération à honoraires fixes à celui du tarif horaire est réputé constituer, pour le médecin qui s'en prévaut, un «départ» au sens de cette annexe. Tout paiement devra être effectué par la Régie dans les soixante (60) jours suivant la date de l'option de rémunération visée au présent paragraphe effectuée par le médecin.

8.00 CHAMP D'APPLICATION ET EXCLUSION

8.01 Toutes les dispositions relatives au mode du tarif horaire s'appliquent à l'activité professionnelle rémunérée selon le mode de la vacation, à l'exception de celle qui est exclue par les parties.

AVIS : *Les exceptions prévues par les parties négociantes paraissent à la Lettre d'entente n° 44.*

II. DISPOSITIONS TARIFAIRES**+ 1.00 TAUX**

1.01 À compter du 1 ^{er} juillet 2002 au 31 mars 2003	69,55 \$;
À compter du 1 ^{er} avril 2003 au 30 septembre 2003	70,95 \$;
À compter du 1 ^{er} octobre 2003	73,10 \$.

2.00 MODIFICATION

2.01 Ce taux a cours jusqu'à la date d'entrée en vigueur de toute modification s'y rapportant, que ce soit aux termes de l'annexe IX de l'Entente, ou autrement.

3.00 HORAIRES DÉFAVORABLES

Une majoration de 10% de la rémunération de base, payée selon les dispositions de la présente annexe, est accordée pour les examens et consultations faits dans le cadre de la tournée quotidienne ainsi que lors d'une urgence avec ou sans déplacement auprès d'un patient admis dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, d'un centre de soins psychiatriques ou de tout autre centre désigné par les parties.

Cette majoration est accordée le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

- # **AVIS :** - Pour les congés fériés voir l'**AVIS** sous le paragraphe 15.05a) de l'Entente ainsi que le tableau, à la dernière page du Préambule général du Manuel des omnipraticiens.
- Utiliser le secteur de dispensation **15**.
 - Les activités donnant droit à ces majorations sont celles codées XXX016 (examens et consultations d'urgence sans déplacement), XXX017 (examens et consultations d'urgence avec déplacement), XXX030, XXX063, XXX071 et selon le cas XXX084 et XXX085.
 - Les heures reliées aux activités qui donnent droit à la majoration sont les heures réelles consacrées à ces activités.

+ 4.00 MONTANT FORFAITAIRE

Un montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 est versé au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou de la vacation le ou vers le 30 octobre 2003 selon des modalités à convenir par les parties.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 octobre 2003.

Un second montant forfaitaire couvrant la période s'échelonnant du 6 juillet au 30 septembre 2003 est versé au médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire ou de la vacation le ou vers le 30 janvier 2004 selon des modalités à convenir par les parties.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le 15 janvier 2004.

Les rémunérations suivantes sont également sujettes au versement de ces montants forfaitaires :

- le dépannage selon le mode du per diem tel que prévu aux ententes particulières relatives au Grand-Nord et à l'hôpital Chibougamau Limitée, pour ce dernier établissement, seul le premier montant forfaitaire est versé. Sont également visés les établissements désignés à la Lettre d'entente n° 58 ;
- l'entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie ;
- l'accord n° 5 concernant la rémunération de médecins agissant à titre de chirurgiens au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria) et au Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie.

Les données relatives au calcul de ce versement forfaitaire sont établies par les parties le ou vers le 15 octobre 2003.

Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale.

ANNEXE XV

PROGRAMMES D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE ET DE DÉPART ASSISTÉ

PRÉAMBULE GÉNÉRAL

Dans le but de faciliter la cessation de la pratique professionnelle des médecins âgés de 55 ans ou plus dans le cadre du régime d'assurance maladie et de favoriser l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins, les parties ont convenu du programme d'allocation de fin de carrière visé à cette annexe.

Dans le but d'accélérer cette cessation de pratique professionnelle et d'instaurer, en ce faisant, une rationalisation des coûts du système de santé québécois, les parties ont également convenu d'un programme de départ assisté comportant certains autres bénéfices.

Selon les modalités apparaissant ci-après, les mesures que comportent ces programmes s'adressent à tout médecin.

CHAPITRE I : PROGRAMME D'ALLOCATION DE FIN DE CARRIÈRE

Préambule particulier

Aux fins du présent chapitre, les vocables ci-après déterminés signifient et désignent :

- programme : programme d'allocation de fin de carrière
- allocation : allocation de fin de carrière.

1. Conditions d'admissibilité

1.1 Est admissible au programme le médecin qui, au 1^{er} janvier de l'année pendant laquelle il présente sa demande d'adhésion au programme, exerce sa profession dans le cadre du régime et satisfait aux conditions suivantes:

- i) au cours de la période de cinq (5) ans se terminant le 31 mars de l'année de calendrier précédant celle pendant laquelle il effectue sa demande d'adhésion, la rémunération de base du médecin en provenance du régime ou d'un programme pour des services dispensés sur le territoire du Québec répond aux exigences suivantes: pour chacune des cinq (5) années visées, la rémunération du médecin doit s'établir à au moins 80 000 \$. De plus, la rémunération de la dernière année doit se situer à au moins 80% de la rémunération moyenne des quatre (4) premières années visées;
- ii) Le médecin est âgé d'au moins 55 ans;

1.2 Le comité paritaire prévu à l'article 9 de cette annexe peut, à titre exceptionnel, permettre à un médecin de se prévaloir des bénéfices du programme en dérogation des exigences prévues au présent article si ce médecin répond à l'une des exigences suivantes :

- i) l'âge du médecin se situe entre 50 et 54 ans inclusivement;
- ii) Le médecin est âgé de 50 ans ou plus et ne peut, pour cause agréée par le comité paritaire, satisfaire aux exigences de revenus déterminées ci-dessus;

AVIS : *Le médecin intéressé par ce programme doit s'adresser à sa fédération pour obtenir les formulaires appropriés.*

1.3 La rémunération minimale, telle qu'établie ci-dessus, s'applique à l'ensemble de la rémunération de base du médecin, tout mode de rémunération confondu. À des fins d'admissibilité, un facteur de pondération de 1,39 s'applique à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et, en ce qui a trait à la rémunération selon le mode du tarif horaire ou de la vacation, ce taux de pondération est établi à 1,22.

La rémunération visée au présent paragraphe n'inclut pas les services médico-administratifs et les expertises rendus pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail;

1.4 Une demande d'adhésion est transmise par le médecin, au comité paritaire, pendant les périodes apparaissant ci-après, à défaut de quoi, ce médecin perd tout droit au paiement d'une allocation en vertu du programme.

Aux fins du présent paragraphe, les périodes pendant lesquelles un médecin peut présenter une demande d'adhésion au programme s'établissent comme suit :

- pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1996 : du 1^{er} janvier au 30 juin 1996;
- pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1997 : du 1^{er} janvier au 31 mars 1997;
- pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1998 : du 1^{er} janvier au 31 mars 1998.

Dans les quarante-cinq (45) jours de la réception de la demande d'adhésion du médecin, le comité paritaire statue sur l'admissibilité de celui-ci au programme, détermine le montant de son allocation, et en informe le médecin.

À compter de la date de la décision du comité paritaire, le médecin dispose d'un délai maximal de cent quatre-vingts (180) jours aux fins d'arrêter, en regard de la terminaison de la pratique professionnelle mentionnée au paragraphe 1.6, les démarches et décisions requises. Ce délai expiré, il doit obligatoirement souscrire aux exigences découlant de son adhésion au programme.

Dans les trente (30) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, le médecin informe le comité de la date effective du début de son adhésion au programme. Cette information est transmise au comité en même temps que le formulaire de l'engagement prévu au paragraphe 1.6, dûment signé par qui de droit;

1.5 Pour être admissible à participer au programme, le médecin doit répondre aux critères d'âge suivants :

- pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 1996 : 55 ans ou plus
- pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 1997 : 55 à 64 ans
- pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 1998 : 55 à 63 ans

1.6 Le médecin qui se prévaut du programme doit s'engager, par écrit, à ne plus exercer sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie ou dans le cadre d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent au médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non-participant, dispense des services médicaux immédiatement requis. Ce médecin doit afficher son avis de non participation au régime;

1.7 Le fait pour le médecin de ne pas respecter l'engagement prévu au paragraphe 1.6 emporte, pour celui-ci, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties, l'obligation de rembourser, à la Régie, un montant équivalant au double des sommes qui lui ont été versées en vertu du programme. Le montant de tout tel remboursement est consacré au financement du programme;

1.8 Le médecin qui, à la date où il pourrait présenter une demande d'adhésion, est affligé d'une incapacité totale permanente, n'est pas admissible à une allocation en vertu du programme;

1.9 L'engagement prévu au paragraphe 1.6 ne couvre pas la pratique médicale du médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non-participant, dispense des services médicaux non immédiatement requis;

1.10 Aux fins d'assurer la mise en oeuvre du paragraphe 3.6, l'engagement prévu au paragraphe 1.6 comporte l'acceptation du médecin à n'exercer, qu'une seule fois pendant la durée du programme, son droit à la non-participation;

1.11 L'engagement prévu au paragraphe 1.6 ne couvre pas les services professionnels requis d'un médecin par un établissement ou par une direction régionale de santé publique pour répondre à une situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le Ministre, le directeur provincial de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

Dans ce cas, les parties, par accord, autorisent les heures d'activités professionnelles dispensées.

AVIS : Utiliser le code d'activités 006030.

Le nom des médecins concernés doit être communiqué à la Régie par le directeur régional de la santé publique.

2. Détermination de l'allocation en vertu du programme et modalités de paiement

2.1 La rémunération annuelle moyenne du médecin est assujettie à un plafond de 190 052 \$. Cette rémunération annuelle moyenne correspond au revenu moyen découlant de l'application des dispositions de l'alinéa i) du paragraphe 1.1 de cette annexe et constitue la rémunération moyenne admissible du médecin;

2.2 Le montant total qui est payable au médecin à titre d'allocation en vertu du programme correspond à 150% de sa rémunération moyenne annuelle, telle que déterminée selon les dispositions du paragraphe 2.1;

2.3 Le paiement de l'allocation d'un médecin est réparti sur une période minimale continue de versements de quatre (4) ans. Le montant annuel auquel ce médecin a droit correspond, pour chacune des périodes annuelles visées, aux pourcentages suivants de sa rémunération moyenne admissible telle qu'établie ci-dessus. Les périodes annuelles et les pourcentages visés s'établissent comme suit :

première année	40 %
deuxième année	40 %
troisième année	40 %
quatrième année	30 %
	150 %

Le montant annuel dû à un médecin est réparti en quatre (4) versements égaux et consécutifs payables à celui-ci dans les quinze (15) premiers jours d'un trimestre prévu ci-après. Aux fins du présent programme, un trimestre débute, selon le cas, le 1^{er} avril, le 1^{er} juillet, le 1^{er} octobre ou le 1^{er} janvier de chaque année. Le premier versement auquel a droit un médecin lui est versé dans la première quinzaine du premier trimestre de pleine adhésion au programme.

Sans que la somme totale à être versée ne soit pour autant augmentée, le paiement de l'allocation du médecin peut, à la demande expresse de celui-ci, être échelonné sur une période supérieure à sa période minimale continue de versements. Une prolongation au sens du présent sous-paragraphe s'entend de toute prolongation calculée en année. Une telle prolongation ne peut, toutefois, permettre une période continue de versements supérieure à dix (10) ans.

Le médecin peut, une fois pendant la durée du programme, décider de réétaler sa période d'allocation. En incluant toute période de versement antérieure, la durée de ce réétalement ne peut être ni inférieure à sa période minimale continue de versements, ni supérieure à dix (10) ans.

Lorsque le médecin se prévaut des dispositions prévues à l'un des deux (2) sous-paragraphe précédents, il voit à déterminer lui-même les pourcentages qui, pour chacune des années de sa période de versements d'allocation, sont alors applicables. À l'égard d'une année comprise dans sa période minimale continue de versements, un pourcentage déterminé par le médecin ne peut excéder, pour chacune des années en cause, le pourcentage attribué à l'année visée, tel qu'établi à cette annexe.

2.4 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne effet aux décisions arrêtées par le comité paritaire. La Régie doit en outre fournir au comité toutes les informations nécessaires permettant à celui-ci de statuer, en regard d'une demande d'adhésion, sur l'admissibilité du médecin, le montant de l'allocation en cause, le versement de celle-ci, la suspension ou la cessation de ce versement et enfin, une demande de remboursement.

2.5 Au cours de la période comprise entre le 1^{er} octobre et le 30 novembre de chaque année, la Régie informe les médecins qui, à compter du 1^{er} janvier suivant, pourraient être admissibles à participer au programme.

2.6 Lorsque le décès du médecin survient pendant que celui-ci bénéficie des versements prévus au programme, devient dû et exigible, en incluant le montant total des versements suspendus et reportés à son bénéfice le cas échéant, le solde non versé de l'allocation de ce médecin, déduction faite, si tel est le cas, du montant total des versements qui ont été interrompus sans report. Même si le médecin n'a encore reçu aucun versement, le présent paragraphe reçoit application, quant au versement de la totalité de l'allocation de ce médecin, lorsque le décès du médecin survient le ou après le premier jour du premier trimestre de pleine adhésion du médecin, tel que prévu au deuxième sous-paragraphe du paragraphe 2.3.

Lorsque le décès du médecin intervient pendant une période de suspension et de report au sens du paragraphe 3.2, devient alors dû et exigible la totalité ou le solde non versé de l'allocation de ce médecin.

Lorsque le décès du médecin intervient pendant une période d'interruption sans report, devient alors dû et exigible la totalité ou le solde non versé de l'allocation du médecin, déduction faite du montant total des versements interrompus sans report.

3. Garantie et harmonisation

3.1 Garantie

Aux conditions prévues ci-après, cet article a pour objet de garantir tous les droits du médecin à participer au programme et d'harmoniser ceux-ci avec les droits qu'a ce médecin de dispenser des services médicaux en qualité de médecin non participant ou de détenir, ou de continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic.

3.2 Suspension et report

Lorsqu'il présente sa demande d'adhésion au programme avant le 1^{er} juillet 1996, le médecin peut, pendant une période couverte par le programme, avoir une pratique médicale à titre de médecin non participant ou détenir, ou continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic.

Pour la période pendant laquelle ce médecin pratique la médecine à titre de médecin non participant ou détient cet emploi, il y a dès lors, pour une période dont la durée maximale est de deux (2) ans, suspension et report des versements dus à ce médecin en vertu du programme.

Les bénéfices prévus au présent paragraphe s'appliquent au médecin qui déclare avoir manifesté son intention, avant le 1^{er} juin 1996, d'exercer une pratique médicale à titre de médecin non participant ou de détenir, ou continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic.

À la cessation de sa non-participation ou la terminaison de son emploi, le médecin, lorsque son activité professionnelle n'est pas sujette à l'application du paragraphe 3.3 ci-après, bénéficie alors, en incluant le montant total des versements suspendus et reportés à son bénéfice, de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion.

3.3 Interruption sans report

Une interruption sans report peut viser le médecin qui présente sa demande d'adhésion au programme avant le 1^{er} juillet 1996, et pendant une période couverte par le programme, durant une période supérieure à deux (2) ans, détient ou continue à détenir un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic. Cette interruption peut également viser un médecin qui présente sa demande d'adhésion au programme entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1997 ou entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1998.

Lorsque le médecin présente sa demande d'adhésion au programme avant le 1^{er} juillet 1996 et que la durée de son emploi couvre une période supérieure à deux (2) ans, il y a dès lors interruption des versements prévus au programme, sans report possible, pour toute période d'emploi excédentaire aux deux (2) années de suspension et de report de ce médecin. À la terminaison de son emploi, ce médecin bénéficie alors, en incluant le montant total des versements qui ont fait l'objet d'une suspension et d'un report, de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion, déduction faite du montant total des versements qui ont fait l'objet d'une interruption sans report.

Lorsque le médecin présente sa demande d'adhésion au programme entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1997, ou entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1998, et, pendant une période couverte par le programme, exerce sa profession en dehors du régime d'assurance maladie à titre de médecin non participant ou détient, ou continue à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic, il y a dès lors interruption des versements prévus au programme, sans report possible, pour les périodes pendant lesquelles ce médecin occupe cet emploi ou exerce sa profession à titre de médecin non participant. À la terminaison de son emploi ou la cessation de sa non-participation, le médecin bénéficie alors de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion, déduction faite du montant total des versements qui ont fait l'objet d'une interruption sans report.

3.4 Quantum

Aux fins de la détermination du montant des versements interrompus en vertu du paragraphe 3.3, le montant des versements est établi, lorsque l'étalement de la période d'allocation du médecin correspond à sa période minimale continue de versements, en conformité avec les dispositions du paragraphe 2.3 de cette annexe.

Aux mêmes fins, lorsque l'étalement de la période d'allocation du médecin qui opte pour la non-participation ou la détention d'un emploi excède sa période minimale continue de versements, le pourcentage de l'allocation versé à chaque année est alors réparti uniformément sur le nombre d'années que comporte, en incluant la période d'interruption sans report, sa période d'allocation. Par la suite, ce pourcentage est traduit, en terme réel, sur base trimestrielle.

3.5 Rééalement

Dans les trente (30) jours qui suivent la terminaison de son emploi ou la cessation de sa non-participation, le médecin peut décider de rééaler sa période d'allocation. En incluant toute période de versement antérieure, la durée de ce rééalement ne peut être ni inférieure à la période minimale continue de versements de ce médecin, ni supérieure à dix (10) ans.

Les règles régissant la détermination des pourcentages prévus au dernier sous-paragraphe du paragraphe 2.3 s'appliquent à la fixation des pourcentages applicables aux années que comporte une période de rééalement au sens du présent paragraphe.

3.6 Option

Pendant la période couverte par le programme, le médecin ne peut opter pour la non-participation qu'une seule fois.

À l'égard d'un médecin, la durée maximale du programme ne peut excéder dix (10) années de versements d'allocation.

Contrairement à une période d'interruption sans report, une période de suspension et de report au sens du paragraphe 3.2 n'entre pas dans le calcul d'une période de versements d'allocation.

AVIS : *Dès que la Régie est avisée par le comité paritaire du droit d'un médecin à l'allocation de fin de carrière, le versement accordé se fait automatiquement à chaque trimestre.*

3.7 Terminaison de l'engagement

Le médecin qui a reçu la totalité des versements d'allocation peut devenir un médecin non participant conformément à la Loi et sous réserve des exigences du Collège des médecins du Québec (CMQ). Il ne peut, sous réserve de la lettre d'entente n° 94 conclue entre les parties, exercer dans le cadre du régime d'assurance maladie.

CHAPITRE II : PROGRAMME DE DÉPART ASSISTÉ

Préambule particulier

Aux fins du présent chapitre, les vocables ci-après déterminés signifient et désignent:

- programme : programme de départ assisté
- allocation : allocation de départ assisté

4. Conditions d'admissibilité

4.1 Est admissible au programme le médecin qui, au 30 juin 1997, exerce sa profession dans le cadre du régime et satisfait aux conditions suivantes :

- i) par référence toutefois au 31 décembre 1996, il satisfait aux exigences de revenu qu'édicté l'alinéa i) du paragraphe 1.1 de cette annexe;
- ii) il est âgé d'au moins 50 ans au 15 septembre 1997;

AVIS : *Le médecin intéressé par ce programme doit s'adresser à sa fédération pour obtenir les formulaires appropriés.*

4.2 Le comité paritaire prévu à l'article 9 peut, à titre exceptionnel, permettre à un médecin de se prévaloir des bénéfices du programme en dérogation des exigences prévues au présent article si ce médecin est âgé de 50 ans ou plus et ne peut, pour cause agréée par le comité paritaire, satisfaire aux exigences de revenus déterminées ci-dessus;

4.3 La rémunération moyenne annuelle du médecin, telle qu'établie au présent chapitre, s'applique à l'ensemble de la rémunération de base du médecin, tous modes de rémunération confondus. Aux fins de l'admissibilité du médecin, un facteur de pondération de 1,39 s'applique à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et, en ce qui a trait à la rémunération selon le mode du tarif horaire ou de la vacation, ce taux de pondération est établi à 1,22.

La rémunération visée au présent paragraphe n'inclut pas les services médico-administratifs et les expertises rendus pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail;

4.4 Une demande d'adhésion est transmise par le médecin, au comité paritaire, pendant la période apparaissant ci-après :

- pour la période du programme (1^{er} juillet au 30 novembre 1997) : du 1^{er} juillet au 15 septembre 1997;

Le médecin qui fait défaut de présenter sa demande d'adhésion pendant la période prescrite perd tout droit au paiement d'une allocation en vertu du programme;

Dans les trente (30) jours de la réception de la demande d'adhésion du médecin, le comité paritaire statue sur l'admissibilité de celui-ci au programme, détermine le montant de son allocation, et en informe le médecin.

Le médecin qui est admis à participer au programme doit cesser sa pratique professionnelle dans le cadre du régime au plus tard le 30 novembre 1997. Au-delà de cette date, il doit obligatoirement souscrire aux exigences découlant de son adhésion au programme.

Dans les quinze (15) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, le médecin informe ce comité de la date effective du début de son adhésion au programme. Cette information est transmise au comité en même temps que le formulaire de l'engagement prévu au paragraphe 4.5, dûment signé par qui de droit;

4.5 Le médecin qui se prévaut du programme doit s'engager, par écrit, à ne plus exercer, à compter du 1^{er} décembre 1997, sa profession dans le cadre du régime d'assurance maladie ou dans le cadre d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent au médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non participant, dispense des services médicaux immédiatement requis. Ce médecin doit afficher son avis de non-participation au régime;

4.6 Aux fins d'assurer la mise en oeuvre du paragraphe 3.6, l'engagement prévu au paragraphe 4.5 ou, selon le cas, 6.2 ou 6.5, comporte l'acceptation du médecin à n'exercer, qu'une seule fois pendant la durée du programme, son droit à la non-participation ;

4.7 Le fait pour le médecin de ne pas respecter l'engagement prévu au paragraphe 4.5 emporte, pour celui-ci, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties, l'obligation de rembourser, à la Régie, un montant équivalant au double des sommes qui lui ont été versées en vertu du programme. Le montant de tout tel remboursement est consacré au financement du programme;

4.8 Le médecin qui, à la date où il pourrait présenter une demande d'adhésion, est affligé d'une incapacité totale permanente, n'est pas admissible à une allocation en vertu du programme;

4.9 L'engagement prévu au paragraphe 4.5 ne couvre pas la pratique médicale du médecin qui adhère au programme et qui, devenu médecin non-participant, dispense des services médicaux non immédiatement requis ;

4.10 L'engagement prévu au paragraphe 1.6 ne couvre pas les services professionnels requis d'un médecin par un établissement ou par une direction régionale de santé publique pour répondre à une situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée déclarée comme telle par le Ministre, le directeur provincial de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

Dans ce cas, les parties, par accord, autorisent les heures d'activités professionnelles dispensées.

5. Détermination de l'allocation en vertu du programme et modalités de paiement

5.1 Les dispositions de l'article 2, à l'exclusion de celles apparaissant à ses paragraphes 2.2, 2.5 et 2.6, s'appliquent au programme. Cette exclusion vise également le tableau apparaissant au paragraphe 2.3 ;

5.2 Sous réserve des dispositions du paragraphe 5.4, le montant de l'allocation qui est payable au médecin en vertu du programme correspond, sur la base de sa rémunération annuelle moyenne, à l'un des montants qui, en regard de son âge au 15 septembre 1997, est établi comme suit :

% de la rémunération annuelle moyenne	âge
200%	50/64 ans
150%	65/69
100%	70 ans ou plus

5.3 Le paiement de l'allocation d'un médecin en vertu du programme est réparti sur une période minimale continue. Le montant de l'allocation annuelle du médecin correspond aux quote-parts de l'allocation, traduite en pourcentage (200 %, 150 % ou 100 %), auxquels il a droit en vertu de ce programme. Par catégorie d'allocation, les périodes minimales continues de versements et les quote-parts annuelles en cause s'établissent comme suit :

Catégorie	Durée minimale	Quote-parts annuelles
200 %	4 ans	1/4
150 %	4 ans	cf. tableau (par. 2.3)
100 %	4 ans	1/4

5.4 Le montant maximal de l'allocation payable à un médecin en vertu du programme est assujéti toutefois à un plafond de 300,000 \$;

5.5 Lorsque le décès du médecin survient pendant que celui-ci bénéficie des versements prévus au programme, devient dû et exigible le solde non versé de l'allocation de ce médecin, déduction faite, si tel est le cas, du montant total des versements qui ont été interrompus sans report. Même si le médecin n'a encore reçu aucun versement, le présent paragraphe reçoit application quant au versement de la totalité de l'allocation de ce médecin, lorsque le décès du médecin survient le ou après le premier (1^{er}) jour du premier (1^{er}) trimestre de pleine adhésion du médecin, tel que prévu au deuxième (2^e) sous-paragraphe du paragraphe 2.3.

Lorsque le décès du médecin intervient pendant une période d'interruption sans report, devient alors dû et exigible la totalité ou le solde non versé de l'allocation du médecin, déduction faite du montant total des versements interrompus sans report;

5.6 Au cours de la période comprise entre le 1^{er} et le 15 juillet 1997, la Régie informe les médecins qui, entre le 1^{er} juillet et le 15 septembre 1997, sont admissibles à participer au programme. Ce paragraphe bénéficie également au médecin visé au paragraphe 6.5.

6. Extension du programme

6.1 S'il se prévaut de cette option, le médecin peut également se prévaloir des bénéfices prévus à l'article 5 de cette annexe, dès lors qu'il entre dans l'une des catégories suivantes :

- i) peu importe la date de son adhésion au programme d'allocation de fin de carrière, il a reçu un premier versement en vertu de ce programme entre le 1^{er} avril et le 30 juin 1997;
- ii) il a adhéré au programme d'allocation de fin de carrière entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1997 et n'a pas encore reçu, en date du 1^{er} juillet 1997, un premier versement en vertu du programme ;

6.2 L'exercice d'une option par le médecin visé à l'alinéa i) du paragraphe 6.1 est inconditionnel;

Par ailleurs, l'exercice d'une option par le médecin visé à l'alinéa ii) de ce paragraphe emporte pour le médecin visé l'obligation de cesser sa pratique professionnelle dans le cadre du régime avant le 1^{er} octobre 1997;

6.3 Toujours par option, peut en outre bénéficier des avantages prévus à l'article 5 de cette annexe, le médecin qui entre dans l'une des catégories suivantes :

- i) peu importe la date de son adhésion au programme d'allocation de fin de carrière, il bénéficie, en date du 1^{er} juillet 1997, d'une dérogation de date au sens du paragraphe 9.3 de cette annexe;
- ii) il a adhéré au programme d'allocation de fin de carrière entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1997 et est admis à bénéficier, entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 1997, d'une dérogation de date au sens du paragraphe 9.3 de cette annexe;

Aux fins de l'application de l'article 5 et des alinéas i) et ii) des paragraphes 6.1 et 6.3, l'âge retenu est celui qui, en rapport avec l'adhésion du médecin au programme d'allocation de fin de carrière, a été fixé selon les dispositions des paragraphes 1.1 et 1.5;

6.4 L'exercice de l'option prévue au paragraphe 6.3 est inconditionnel. L'octroi d'une dérogation de date par le comité paritaire consacre le droit du médecin de réintégrer le programme, tel que prévu au paragraphe 9.3 de cette annexe;

6.5 S'il se prévaut de cette option, peut enfin se prévaloir des bénéfices prévus au paragraphe 6.6 de cette annexe, le médecin qui, répondant aux exigences du programme d'allocation de fin de carrière et projetant d'y adhérer entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 1998, avise le comité paritaire de cette volonté. L'option de ce médecin doit alors être accompagnée des documents suivants :

- i) dûment signée par qui de droit, sa demande d'adhésion au programme d'allocation de fin de carrière pour 1998;
- ii) sa renonciation écrite aux délais que lui octroie le programme d'allocation de fin de carrière;
- iii) son acceptation de voir à ce que le comité paritaire dispose de sa demande d'adhésion et de son option dans les délais expéditifs prévus au paragraphe 9.2 de cette annexe;
- iv) sous réserve des modalités prévues à un accord conclu selon les dispositions de l'article 13, son engagement écrit à cesser sa pratique professionnelle dans le cadre du régime avant le 31 mars 1998, l'engagement en cause devant préciser la date effective de la cessation de sa pratique professionnelle dans le cadre du régime.

Même s'il doit répondre aux exigences du programme d'allocation de fin de carrière, la période de référence applicable au médecin visé au présent paragraphe est toutefois déterminée selon les dispositions de l'alinéa i) du paragraphe 4.1;

6.6 Sous réserve des dispositions du paragraphe 5.4, le montant total de l'allocation qui est payable au médecin visé au paragraphe 6.5 en vertu du programme correspond, sur la base de sa rémunération annuelle moyenne admissible, à 175 % de cette rémunération moyenne annuelle admissible;

6.7 La période minimale continue de versements de ce médecin est de quatre (4) ans. Le montant de son allocation annuelle correspond au pourcentage suivant de l'allocation, traduite en pourcentage (175 %), à laquelle il a droit en vertu du programme, les pourcentages (%) en cause s'établissant comme suit :

première année	50 %
deuxième année	45 %
troisième année	40 %
quatrième année	40 %
	175 %

7. Option et délais prescrits

7.1 Une option au sens des paragraphes 6.1 ou 6.2 est transmise au comité paritaire, par le médecin visé, au cours du mois de juillet 1997;

7.2 L'option effectuée par le médecin visé à l'alinéa ii) du paragraphe 6.1 doit contenir l'engagement écrit du médecin de cesser sa pratique professionnelle avant le 1^{er} octobre 1997;

7.3 Une option au sens du paragraphe 6.3 est transmise au comité paritaire par le médecin dans les trente (30) jours suivant la date de l'octroi de la dérogation visée, ou, si cette dérogation est antérieure au 1^{er} juillet 1997, au cours des mois de juillet ou août 1997;

7.4 Une option au sens du paragraphe 6.5 de cette annexe est transmise au comité paritaire par le médecin au plus tard le 15 octobre 1997;

7.5 Aux fins d'assurer la mise en oeuvre du présent article :

- i) la date apparaissant sur une oblitération, un fac-similé ou un récépissé atteste de la date de l'envoi de la demande ou de l'option;
- ii) les parties peuvent convenir des formulaires facilitant la présentation d'une demande d'adhésion ou d'une option, complétés en vertu des dispositions du présent chapitre;

7.6 Le défaut pour un médecin d'exercer une option dans le délai prescrit lui enlève tout droit de se prévaloir d'un avantage prévu au programme.

8. Garantie et interruption sans report

8.1 Le présent article s'applique aux médecins visés aux articles 5 et 6 de cette annexe. Il a pour objet de garantir les droits du médecin à participer au programme et d'harmoniser ceux-ci avec les droits qu'a ce médecin de dispenser des services médicaux en qualité de médecin non participant ou de détenir, ou de continuer à détenir, un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic;

8.2 Le médecin peut, pendant une période couverte par le programme, exercer sa profession en dehors du régime d'assurance maladie à titre de médecin non participant ou, sous réserve des dispositions du paragraphe 8.3, détenir ou continuer à détenir un emploi auprès d'un employeur des secteurs public ou parapublic. Il y a dès lors interruption des versements prévus au programme, sans report possible, pour les périodes pendant lesquelles ce médecin occupe cet emploi ou exerce sa profession à titre de médecin non participant. À la terminaison de son emploi ou la cessation de sa non-participation, le médecin bénéficie alors de tous les avantages non versés prévus au programme, tels que ceux-ci existaient à la date de sa demande d'adhésion, déduction faite du montant total des versements qui ont fait l'objet d'une interruption sans report;

8.3 Le médecin qui, en date du 1^{er} avril 1997, pour une période d'activités professionnelles moyenne hebdomadaire n'excédant pas dix sept heures et demi (17 ½), détient, à temps partiel, un poste ou un emploi auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic, est admis à bénéficier des dispositions du programme tout en continuant, simultanément, à détenir, pour une durée n'excédant pas deux (2) ans, toujours à temps partiel, un poste ou un emploi susmentionné;

Dans ce cas, le comité paritaire possède toute l'autorité requise pour tenir compte et, le cas échéant, corriger les impacts que peut avoir la rémunération du médecin reliée à la détention d'un poste ou d'un emploi susmentionné, peu importe que les impacts en cause soient observables au niveau de la période de référence du médecin ou voir encore constatables au niveau du cumul des bénéfices que le médecin serait en droit de retirer du programme et de la détention de tel poste ou emploi;

Les dispositions du sous-paragraphe précédent s'appliquent également, quant à la durée non écoulée du programme, à la situation du médecin qui cesse de détenir un poste ou un emploi précité;

Le comité paritaire peut, pour des motifs qu'il juge exceptionnels, extensionner, aux conditions qu'il détermine, le délai visé au premier alinéa du présent paragraphe.

8.4 En faisant les adaptations nécessaires, les paragraphes 3.4, 3.5 et 3.7 de cette annexe s'appliquent à ce programme. Il en est ainsi des sous-paragraphes 1 et 2 du paragraphe 3.6.

CHAPITRE III : L'ADMINISTRATION DES PROGRAMMES

9. Comité paritaire

9.1 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins de l'administration du programme d'allocation de fin de carrière ou, selon le cas, du programme de départ assisté;

9.2 À ces fins, le comité paritaire a notamment pour fonctions de :

- i) recevoir une demande d'adhésion ou de dérogation, ou une option, que le médecin présente en vertu d'une disposition de cette annexe;
- ii) analyser la demande ou l'option conformément aux dispositions prévues;
- iii) dans les quarante-cinq (45) jours (allocation de fin de carrière) ou dans les trente (30) jours (allocation de départ assisté ou option) suivant la réception d'une demande d'adhésion ou d'une option :
 - statuer sur l'admissibilité de la demande ou de l'option;
 - déterminer le montant de l'allocation;
 - aviser le médecin;
 - dans le cas du programme d'allocation de fin de carrière, requérir du médecin, dans les trente (30) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, communication de la date du début de son adhésion effective au programme ainsi que l'engagement prévu au paragraphe 1.6;
 - dans le cas du programme de départ assisté (adhésion ou option), requérir du médecin, dans les quinze (15) jours suivant la date de la réception de la décision du comité paritaire, communication de la date du début de son adhésion effective au programme ainsi que l'engagement prévu au paragraphe 4.5 ou, selon le cas, 6.2 ou 6.5;
- iv) dans le cadre du programme d'allocation de fin de carrière, recevoir du médecin l'engagement écrit prévu au paragraphe 1.6 et, dans les trente (30) jours de la réception de la réponse du médecin, confirmer à celui-ci la date du début de son adhésion effective au programme;
- v) dans le cas du programme de départ assisté, recevoir du médecin l'engagement écrit prévu aux paragraphes 4.5 ou, selon le cas, 6.2 ou 6.5 et, dans les quinze (15) jours de la réception de la réponse du médecin, confirmer à celui-ci la date de son adhésion effective au programme en cause;
- vi) agréer à la demande d'adhésion ou, le cas échéant, confirmer la validité de l'option exercée;
- vii) transmettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec les informations pertinentes à l'application du programme visé;
- viii) selon le programme visé, statuer sur une demande de dérogation ou une option, selon les délais prévus pour une demande d'adhésion;
- ix) recevoir et prendre acte des décisions et informations qui lui sont transmises en vertu des articles 3. et 8. de cette annexe;
- x) assumer toute autre fonction.

9.3 Lorsque la dispensation des soins médicaux l'exige, le comité paritaire peut offrir au médecin de reporter, aux conditions qu'il détermine, la date du début de son adhésion effective à un programme et octroyer alors une dérogation. La durée de cette dérogation ne peut excéder un (1) an. Si le médecin accepte l'offre de report du comité, son acceptation emporte également consécration de son droit de réintégrer pleinement le programme à la date de l'échéance de sa dérogation et ce, malgré toute disposition inconciliable des présentes ou la terminaison conventionnelle de cette annexe.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

10. Incidences financières relatives au programme de départ assisté

10.1 Aux fins d'accentuer le départ de pratique professionnelle de médecins, les parties conviennent, dans le cadre du nouveau programme de départ assisté, d'une enveloppe monétaire particulière, de 55 M\$;

10.2 Cette enveloppe est financée à 50 % à même l'enveloppe générale et à 50 % par le Gouvernement à même une source autre que l'enveloppe générale visée;

10.3 Cette enveloppe a essentiellement pour objet d'assurer le financement des déboursés découlant de l'application des dispositions du chapitre II de cette annexe;

10.4 (L'article 10.4 est abrogé par l'Amendement n° 61).

11. (L'article 11 est abrogé par l'Amendement n° 61).

12. Avis

12.1 Dans le cadre du programme d'allocation de fin de carrière, le médecin informe le comité paritaire d'une décision en réévaluant au sens des paragraphes 2.3 et 3.5;

12.2 En faisant les adaptations nécessaires, les dispositions du paragraphe 2.3, par l'effet du paragraphe 5.1, s'appliquent au programme de départ assisté. Il en est ainsi des dispositions apparaissant au paragraphe 3.5.

13. Accord

13.1 Toute autre condition relative à l'instauration ou la mise en oeuvre d'un programme visé aux présentes peut être fixée par accord des parties. Un tel accord fait partie intégrante de cette annexe.

14. Évaluation

14.1 En ce qui a trait au programme d'allocation de fin de carrière, les parties conviennent d'effectuer, au plus tard le 15 novembre 1997, une évaluation de ce programme et d'examiner l'opportunité de le maintenir, de l'abroger, de le modifier ou de le remplacer;

14.2 Le programme de départ assisté peut, en tout temps, à la demande d'une partie, faire l'objet d'une révision. Le cas échéant, les parties conviennent des modifications qui leur semblent appropriées.

15. Dispositions transitoires

15.1 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de la confirmation, par le comité paritaire, de l'option exercée par le médecin visé à l'alinéa i) du paragraphe 6.1, la Régie fait parvenir à ce médecin le montant du différentiel existant, à cette date, entre le montant qu'il a reçu en vertu du programme d'allocation de fin de carrière, d'une part, et celui qu'il aurait reçu pour cette période en vertu de l'article 5 de cette annexe;

15.2 Un différend qui a pris naissance avant le 1^{er} juillet 1997 est jugé en fonction des dispositions de l'annexe XV alors en vigueur.

15.3 L'Accord n° 180 intervenu en date du 7 mars 1996 s'applique au programme d'allocation de fin de carrière visé au chapitre I de cette annexe.

AVIS: *Dès que la Régie est avisée par le comité paritaire du droit d'un médecin à l'allocation de départ assisté, le versement accordé se fait automatiquement à chaque trimestre.*

16. Cotation syndicale

La cotation syndicale perçue en vertu de l'article 6.00 de l'Entente et de l'engagement du médecin en ce sens, se termine après la période minimale de versements de quatre (4) ans malgré que le médecin ait demandé que cette période soit supérieure selon les paragraphes 2.3 et 5.1 de la présente annexe.

ANNEXE XVI

PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ OU D'ADOPTION AU BÉNÉFICIAIRE DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE, À TARIF HORAIRE OU À LA VACATION**1. Conditions d'admissibilité**

1.1 Tout médecin rémunéré pour la totalité ou une partie de sa pratique selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation, depuis au moins dix (10) semaines, dans le cadre du régime, pour des services dispensés au Québec, et qui prévoit accoucher ou adopter au plus tôt à la date de prise d'effet du programme, est admissible.

AVIS : *Tout médecin intéressé par ce programme, doit s'adresser à la Fédération des médecins omnipraticiens pour obtenir les formulaires appropriés.*

1.2 Le médecin qui accouche d'un enfant mort-né après le début de la vingtième semaine précédant la date prévue de l'accouchement est également admissible.

1.3 Le médecin qui se prévaut du programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption doit s'engager, par écrit, à ne pas exercer à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec ou dans le cadre d'un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec pendant la période pour laquelle l'allocation de congé de maternité ou d'adoption est accordée.

Les parties peuvent par accord, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 3. des présentes, autoriser des dérogations à la règle édictée à l'alinéa précédent, permettant au médecin d'exercer dans un service d'urgence d'établissements qu'elles désignent.

1.4 Le médecin adresse au comité paritaire sa demande accompagnée du certificat médical ou de l'ordonnance de placement et de son consentement à ce que les données requises sur sa rémunération soient fournies par la Régie de l'assurance maladie au comité paritaire.

1.5 Pour être admissible au programme, le médecin doit demander son adhésion au plus tard vingt (20) semaines après la date de son accouchement ou de la prise en charge effective de l'enfant.

1.6 Toutefois, s'il s'agit d'un enfant du conjoint, le médecin n'est pas admissible au présent programme.

2. Détermination de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption et de la période couverte

2.1 Un montant équivalent à 50 % de sa rémunération de base moyenne hebdomadaire versée selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation jusqu'à un maximum de 1 100 \$ par semaine est payable à titre d'allocation de congé de maternité ou d'adoption.

2.2 À l'allocation déterminée selon le paragraphe 2.1, s'ajoute un forfait correspondant à 20 % de sa rémunération de base moyenne hebdomadaire en cabinet, pour un montant maximal de 500 \$ par semaine, à titre de compensation spécifique pour frais de bureau.

2.3 Pour le congé de maternité, l'allocation hebdomadaire est accordée pendant au moins huit (8) semaines et au plus douze (12) semaines consécutives, période dont la répartition, avant ou après l'accouchement, appartient au médecin. Cette répartition doit, toutefois, débiter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de l'accouchement ou, exceptionnellement, commencer le dimanche suivant l'accouchement.

2.4 Le médecin qui est suffisamment rétabli de son accouchement a droit à un congé de maternité discontinu lorsque son enfant n'est pas en mesure de quitter l'établissement de santé ou lorsqu'il est hospitalisé dans les quinze (15) jours de sa naissance. Le congé ne peut être discontinué qu'une (1) seule fois et il doit être complété lorsque l'enfant intègre la résidence familiale. Il est entendu que dans un tel cas, la Régie ne verse au médecin que l'indemnité à laquelle elle aurait droit si elle n'avait pas discontinué son congé.

2.5 Pour le congé d'adoption, l'allocation est accordée pour une période maximale de six (6) semaines consécutives, période dont la répartition, avant ou après la prise en charge effective de l'enfant appartient au médecin. Cette répartition doit, toutefois, débiter un dimanche et se terminer un samedi, comprendre le jour de la prise en charge effective ou, exceptionnellement, commencer le dimanche suivant la prise en charge.

2.6 Dans le cas d'un congé d'adoption, lorsque deux conjoints peuvent bénéficier des dispositions prévues à la présente annexe, la période visée au paragraphe 2.5 est répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent le comité paritaire.

2.7 Pour les fins de l'application des paragraphes 2.1 et 2.2, la rémunération moyenne hebdomadaire retenue est la rémunération de base versée selon les modes de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation pour des services dispensés au Québec pendant la période de douze (12) mois qui précède la date du début de la grossesse du médecin ou de la prise en charge effective de l'enfant. Cette rémunération moyenne est établie en divisant par quarante-quatre (44) semaines la rémunération totale de ces douze (12) mois.

2.8 La rémunération visée au paragraphe précédent n'inclut pas les services médico-administratifs et les expertises rendues pour le compte du ministère de la Sécurité du Revenu et de la Commission de la Santé et de la Sécurité au travail.

2.9 La Régie de l'assurance maladie donne effet aux décisions arrêtées par le comité paritaire. La Régie doit, en outre, fournir au comité toutes les informations nécessaires permettant à celui-ci d'exercer les fonctions qui lui sont confiées.

2.10 L'allocation de congé de maternité ou d'adoption ainsi que le montant accordé à titre de compensation pour frais de bureau sont payés à toutes les deux semaines par la Régie.

3. Comité paritaire

3.1 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins de l'administration du programme.

3.2 À cette fin, le comité a pour fonctions de :

- i) recevoir la demande d'allocation du congé de maternité ou d'adoption de la part du médecin. Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical précisant la date prévue de l'accouchement ou l'ordonnance de placement précisant, s'il y a lieu, la date de la prise en charge effective de l'enfant. La demande doit comprendre la période approximative du congé de maternité ou d'adoption pour laquelle une allocation sera versée;
- ii) analyser la demande conformément aux dispositions prévues;
- iii) dans les trente (30) jours suivant la réception de la demande :
 - statuer sur l'admissibilité de la demande du médecin;
 - déterminer le montant de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption et, s'il y a lieu, le montant accordé à titre de compensation pour frais de bureau;
 - aviser le médecin de l'acceptation de la demande et des montants accordés;
- iv) obtenir du médecin l'engagement écrit prévu au paragraphe 1.3;
- v) sur communication écrite ou verbale du médecin, confirmer à la Régie de l'assurance maladie du Québec et au médecin le début effectif de la période pour laquelle le congé de maternité ou d'adoption est accordé;
- vi) malgré le paragraphe 2.7, considérer toute autre période de référence pour déterminer la rémunération hebdomadaire retenue pour le calcul de l'allocation de congé de maternité ou d'adoption ainsi que du forfait accordé à titre compensatoire pour frais de bureau;
- vii) exceptionnellement, modifier sur demande du médecin la période du congé de maternité ou d'adoption pour laquelle une allocation est versée, déterminée au départ sous réserve, toutefois, du paragraphe 2.3 ou 2.5 et aviser la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- viii) recommander aux parties les établissements pouvant être désignés par accord et aux fins du 2^o alinéa du paragraphe 1.3 et informer la Régie du nom du médecin qui se prévaut des dispositions de cet alinéa.

AVIS : Voir l'Accord n° 493.

4. Autres dispositions

4.1 Les sommes accordées en vertu du programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption sont soumises à l'application de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.2 Durant la période pendant laquelle l'allocation de congé de maternité ou d'adoption est accordée, le médecin continue de bénéficier de la prime d'éloignement ou d'isolement; il bénéficie, en outre, en cas de ressourcement, du remboursement des frais réels de transport et de l'allocation forfaitaire prévus au paragraphe 5.4 de l'annexe XII de l'Entente. Le médecin visé par l'entente particulière du Grand-Nord continue de bénéficier des avantages et conditions relatifs à la nourriture et à son logement tel que prévu à cette entente particulière.

5. Mise en vigueur

5.1 La présente annexe remplace celle du 27 février 1996 et entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000.

ANNEXE XVII
PROGRAMME RELATIF À LA RÉORGANISATION VOLONTAIRE DE LA PRATIQUE
PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN PORTANT SUR DES ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES
AUTREMENT QU'À HONORAIRES FIXES

PRÉAMBULE

Les parties ont convenu d'un programme relatif à la réorganisation volontaire des activités professionnelles rémunérées autrement qu'à honoraires fixes, notamment celles rémunérées à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation.

Premièrement, ces mesures s'adressent à tout médecin qui, de façon exclusive, est rémunéré selon un ou plusieurs de ces modes.

Deuxièmement, ces mesures visent également le médecin qui, bien que rémunéré à honoraires fixes pour certaines autres activités professionnelles, exerce néanmoins des activités qui sont rémunérées autrement qu'à honoraires fixes et qui, pour la partie des activités ainsi rémunérées, désire se prévaloir du programme.

En regard des dispositions qui suivent, il convient de préciser que le vocable «programme» désigne le programme régi selon cette annexe et que les vocables «modes de rémunération visés au programme» ou «modes visés au programme» réfèrent à tout mode de rémunération autre que l'honoraire fixe.

1. Conditions d'admissibilité

1.1 Sous réserve des dispositions du paragraphe 1.3, est admissible au programme le médecin qui est rémunéré selon un ou plusieurs des modes visés au programme;

1.2 Sous la même réserve, est également admissible au programme le médecin qui, rémunéré à honoraires fixes pour certaines autres activités professionnelles, exerce également des activités rémunérées selon un ou plusieurs des modes visés au programme et désire, pour la partie de ses activités ainsi rémunérées, se prévaloir des bénéfices de réorganisation volontaire que comporte le programme;

1.3 Pour être admis à participer au programme, le médecin doit en outre répondre aux conditions suivantes, savoir :

- a) à la date de sa demande d'adhésion, exercer sa profession dans le cadre du régime;
- b) à la même date, ne pas être affligé d'une incapacité, temporaire ou permanente;
- c) avoir bénéficié, pendant sa période de référence, d'une rémunération, minimale, annuelle ou sur base annuelle, de 80 000 \$;

1.4 À des fins d'admissibilité au programme, la rémunération totale du médecin, incluant les honoraires fixes, est prise en compte. Un facteur de 1,39 s'applique à la rémunération selon le mode des honoraires fixes et, en ce qui a trait à la rémunération selon le mode du tarif horaire ou de la vacation, ce taux de pondération est établi à 1,22.

2. Engagement et bénéfices

2.1 Le médecin s'engage à diminuer le niveau de sa rémunération, telle que déterminée selon l'article 3, de 10 % ou de 5 %, à son choix. Cette diminution s'applique sur la rémunération du médecin, selon les modes visés au programme, en provenance du régime;

2.2 L'engagement du médecin porte sur une période de six (6) semestres complets, étant précisé que la fin de sa période d'engagement doit coïncider avec la fin d'un semestre au sens de l'annexe IX de l'Entente. À cette période, peut également s'ajouter une période initiale d'adhésion lorsque la date d'adhésion du médecin au programme est antérieure à la date du début du premier plein semestre individualisé du médecin;

2.3 En contrepartie d'une réduction de 10 % du niveau de sa rémunération annuelle, le médecin bénéficie d'une majoration de 5 % du tarif de base prévu pour ses activités professionnelles. Si le médecin opte pour une réduction de 5 % du niveau de sa rémunération annuelle, il bénéficie alors d'une majoration de 2,5 % du tarif de base. Cette majoration s'applique aux modes visés au programme;

AVIS : *La majoration de 2,5 % ou de 5 % doit être incluse dans le montant des honoraires demandés par le médecin.*

2.4 Une majoration sus-mentionnée ne s'applique pas aux rémunérations visées aux cinquième (médico-administratif - CSST - Sécurité du revenu), sixième (assurance responsabilité professionnelle) et septième (plateau de chirurgie) alinéas du paragraphe 5.4 de l'annexe IX;

2.5 Lorsque le médecin choisit de diminuer ses activités professionnelles rémunérées selon le mode du tarif horaire ou celui de la vacation, il doit recevoir l'accord du chef du département clinique de médecine générale ou du médecin qui en assume les fonctions;

2.6 Le médecin qui se prévaut du programme doit s'engager, par écrit, à respecter les exigences qui y sont prévues.

3. Plafond semestriel individualisé

3.1 Le calcul du plafond semestriel individualisé est basé sur la rémunération versée au médecin, selon un mode de rémunération visé au programme, pour la période de référence comprise entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997;

3.2 Lorsque cette période de référence ne peut être appliquée à la situation d'un médecin, le comité paritaire peut alors déterminer une autre période de référence appropriée en vue de permettre la fixation du plafond individuel diminué de ce médecin. La période de référence ainsi fixée est, si possible, de même durée. Dans tous les cas, elle doit comporter au moins neuf (9) mois. La période de référence déterminée par le comité est, aux conditions fixées par celui-ci, annualisée;

3.3 Aux fins de l'application de l'annexe IX ou d'un plafond semestriel individualisé, la majoration prévue au paragraphe 2.3 est prise en compte;

3.4 Le calcul du plafond semestriel individualisé est celui qui est retenu aux fins de détermination du plafond trimestriel au sens de l'article 5 de l'annexe IX de l'Entente.

Sous réserve du paragraphe 3.5, les règles d'application de cet article s'appliquent à chaque trimestre du semestre visé aux présentes;

3.5 Le montant total de la rémunération obtenue en vertu des dispositions du présent article, montant toutefois diminué du quantum que représente le pourcentage de réduction auquel le médecin a souscrit, constitue la rémunération annuelle maximale en vertu du programme.

Le montant de cette rémunération maximale, divisé par deux (2), constitue le plafond semestriel individualisé du médecin;

3.6 Un plafond semestriel individualisé ne peut excéder 105,000 \$, montant toutefois diminué du pourcentage (%) de réduction auquel a souscrit le médecin;

3.7 Un plafond semestriel individualisé couvre deux trimestres au sens de l'annexe IX de l'Entente;

3.8 Si la période initiale d'adhésion du médecin n'entre pas dans un semestre complet individualisé, un plafond applicable à cette période, est fixé par le comité paritaire. Basé sur le plafond semestriel individualisé du médecin, ce plafond est déterminé au prorata de la durée que comporte cette période initiale d'adhésion;

3.9 Dès que la rémunération du médecin, telle qu'établie selon le paragraphe 3.4, atteint le plafond semestriel individualisé fixé pour ce semestre, aucun honoraire n'est payable au médecin jusqu'à la fin de ce semestre;

3.10 Ne sont pas sujettes à cette coupure, les rémunérations visées au paragraphe 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

4. Rajustement

4.1 Le comité paritaire rajuste, aux conditions qu'il détermine, la rémunération du médecin pour tenir compte d'un avancement d'échelon affectant la rémunération à tarif horaire ou à la vacation de ce médecin, peu importe que cet avancement survienne pendant la période de référence du médecin ou pendant la durée du programme;

4.2 La modification, par les parties, d'un plafond au sens de l'annexe IX de l'Entente emporte, pour la Régie, l'obligation de modifier pour autant, le plafond semestriel individualisé du médecin en y apportant les adaptations nécessaires.

5. Résiliation et pénalité

5.1 Le médecin peut, à la fin d'un semestre, mettre fin à son engagement sans pénalité. Il en avise le comité paritaire;

5.2 Le fait pour un médecin de mettre fin à son engagement en cours de semestre emporte pour celui-ci, sauf dans les cas agréés par les parties, l'obligation de rembourser à la Régie un montant équivalent au double de la majoration incitative accordée au médecin en vertu du paragraphe 2.3 de cette annexe. La période retenue pour la détermination de cette pénalité est le semestre au cours duquel le médecin résilie son engagement;

5.3 Le fait pour le médecin de mettre fin à son engagement et de payer la pénalité prévue au présent article, annule rétroactivement au début du semestre de sa résiliation, son adhésion audit programme. Il est alors régi par les dispositions de l'annexe IX de l'Entente;

5.4 Le montant de tout tel remboursement est consacré au financement du programme.

6. Comité paritaire

6.1 Les parties mandatent le comité paritaire aux fins de l'administration du programme;

6.2 À cette fin, le comité paritaire a notamment pour fonctions de :

- a) transmettre à la Régie les informations pertinentes à l'application du programme;
- b) assumer toute autre fonction qui lui est dévolue par les parties.

6.3 La Régie de l'assurance maladie du Québec donne effet aux décisions arrêtées par le comité paritaire.

7. Terminaison

7.1 Les parties conviennent de mettre fin audit programme le 31 mai 1999;

7.2 Sous réserve des paragraphes 5.1 et 5.2, le médecin qui au 31 mai 1999 est adhérent au programme visé aux présentes poursuit son adhésion conformément à son engagement.

8. Reconnaissance

8.1 Le Ministre reconnaît la notion de réorganisation volontaire d'activités professionnelles aux fins de l'élaboration et de l'application des plans d'organisation clinique des établissements ou des plans régionaux d'effectifs médicaux. Le Ministre adopte les mesures nécessaires aux fins d'assurer la mise en oeuvre de cette mesure dans le réseau des établissements de santé.

9. Accord

9.1 Toute autre condition relative à la mise en oeuvre du présent programme est fixée par accord des parties. Un tel accord fait partie intégrante de la présente annexe.

ANNEXE XVIII

MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN QUI EXERCE DANS LE CADRE DU MÉCANISME DE DÉPANNAGE PRÉVU À L'ARTICLE 30.00 DE L'ENTENTE GÉNÉRALE

1.00 Dépannage dans un service d'urgence

1.01 Le médecin dépêché dans un service d'urgence d'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, au choix du médecin, selon le mode de l'acte ou selon un forfait de 500 \$ auquel s'ajoute 41,5 % du tarif des services médicaux qu'il dispense;

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

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 aussi, le cas échéant, la participation à la garde en disponibilité. Le médecin manifeste son choix de mode de rémunération au début de sa période de dépannage;

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 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 **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 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 Le médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin pour les services en obstétrique et, le cas échéant, en périnatalité, en anesthésie, est rémunéré selon un forfait quotidien, par journée de calendrier, équivalent à neuf (9) heures, rémunérées à tarif horaire;

AVIS : *Utiliser le code d'activité 009006 (Forfait obstétrique) ou 009018 (Forfait 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 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 la demande de paiement no 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 8h00 à 16h00 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 Équipe intra-régionale

6.01 Au 1^{er} avril 2001, le département régional de médecine générale d'une région, en accord avec la régie régionale concernée, peut, suite à la mise en place d'une équipe intra-régionale de médecins dépanneurs à laquelle s'adjoignent, si nécessaire, des médecins extérieurs à la région, demander de se voir confier la gestion du mécanisme du dépannage selon des modalités qui seront précisées par les parties. Les leviers financiers requis pour supporter l'équipe intra-régionale seront alors mis à sa disposition.

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 du département régional de médecine générale (DRMG).

1.00 Conditions d'admissibilité du médecin

1.01 Est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente annexe tout médecin qui répond aux conditions suivantes :

il participe aux activités du DRMG et obtient du chef du DRMG une autorisation dûment signée à se prévaloir, pour l'année civile, des journées de formation continue visées à la présente annexe ;

il participe aux activités du DRMG pour une partie d'année et obtient une autorisation dûment signée à se prévaloir, pour l'année civile, du nombre de journées de formation continue selon les dispositions du paragraphe 3.04 des présentes ;

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 3.05 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 des paragraphes 2.02 et 2.03, 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;

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 prévue à l'Entente;

2.03 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.

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 Sous réserve de l'autorisation du chef du département régional de médecine générale, 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 Le médecin qui ne participe aux activités du DRMG qu'une partie de l'année civile est autorisé, par le chef du DRMG, à se prévaloir d'un nombre de journées de formation continue au prorata des mois de participation ;

3.05 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 ou de la vacation, 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 à l'adresse suivante :*
Service de l'admissibilité et de la révision
C.P. 15000
Sillery Qc G1K 2H9

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;

3.06 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. 7.02).*

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 3.05 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 3.05 des présentes.

6.00 Dispositions applicables au chef du DRMG

6.01 Au plus tard le 1^{er} octobre de chaque année, le chef du département régional de médecine générale détermine les secteurs d'activités à l'intérieur desquels les médecins seront appelés à exercer au cours de l'année débutant le 1^{er} janvier suivant ainsi que les conditions de participation du médecin à ces activités. Il en informe les médecins de son territoire;

6.02 Il reçoit la demande du médecin intéressé à se prévaloir des dispositions de la présente annexe et l'évalue sur la base de sa participation aux activités du DRMG au cours de l'année civile précédente. Il autorise, s'il y a lieu, l'octroi des jours de formation en précisant le nombre de mois couverts par l'autorisation et y donne réponse dans les trente (30) jours de la date de la réception de cette demande.

AVIS : *Une copie du formulaire n° 3846 ou d'une autre autorisation dûment signée, comprenant les informations requises, doit être transmise à la Régie au numéro de télécopieur (418) 646-8110 ou à l'adresse suivante :*
Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et de la révision
C.P. 15000
Sillery QC G1K 9H9

7.00 Dispositions applicables au médecin

7.01 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 un (1) mois après la prise de la journée de formation ou lors de sa facturation;

7.02 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;
- L'autorisation accordée par le chef du DRMG (pièce justificative à n'envoyer que lors de la prise de la première journée de formation de l'année civile).

AVIS : *L'autorisation devrait être transmise directement à la Régie par le chef du DRMG (voir Avis sous 6.02). Advenant l'absence de ce document, le médecin en sera informé lors du traitement de sa demande de remboursement.*

8.00 Mesures transitoires pour l'année 2001

8.01 Pour l'année 2001, tout médecin en pratique active au cours de l'année 2000, rémunéré selon le mode de l'acte, du tarif horaire ou de la vacation, et qui complète le formulaire prescrit et intitulé « Autorisation à se prévaloir du fonds d'allocation de formation continue » et apparaissant en annexe II des présentes est réputé répondre aux conditions d'admissibilité prévues à l'article 1.00 de la présente annexe. Il transmet ledit formulaire au chef du DRMG ou, le cas échéant, au président ou vice-président, selon le cas, de la Commission médicale régionale (CMR) lorsque le DRMG n'est pas institué;

8.02 Pour cette même année, l'autorisation du chef du DRMG requise afin de bénéficier des journées de formation continue peut être accordée par le médecin omnipraticien président ou vice-président, selon le cas, de la Commission médicale régionale (CMR) lorsque le DRMG n'est pas institué;

8.03 Les secteurs d'activités à l'intérieur desquels un médecin sera appelé à exercer au cours de l'année 2001 n'ayant pu être déterminés selon les dispositions du paragraphe 6.01, le chef du DRMG ou le médecin omnipraticien président ou vice-président de la Commission médicale régionale apprécie la participation du médecin selon les barèmes déterminés par le DRMG ou la CMR.

ANNEXE I

CRÉDIBILITE DES ORGANISMES (2.01)

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

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

2. LETTRES D'ENTENTE

INDEX DES LETTRES D'ENTENTE

AVIS : *Cet index est un document administratif créé dans le but de faciliter la consultation (les titres sont abrégés). Les lettres abrogées ou remplacées sont identifiées à la dernière page du présent index.*

NO	LETTRÉ CONCERNANT :	Page
1	L'établissement d'un fonds de formation médicale continue	8
2	Conditions d'exercice et modes de rémunération en C.H.S.L.D.	8
3	Certaines tâches administratives hospitalières	8
4	Rémunération de la garde en disponibilité	9
5	L'implantation d'un régime de congé à traitement différé (honoraires fixes)	9
6	Médecin exerçant en C.A.H. non régi par l'entente particulière	9
7	Application du code d'acte 0272	10
8	Païement de certains traitements psychiatriques	11
9	Modifications et financement découlant de l'Amendement n° 36, 8 mai 1990.	12
11	Coûts/ vacations allouées(dépannage Grand-Nord et Système d'évacuation aéromédicale).	14
# 20	Examen d'un enfant de moins de 18 ans/ Loi sur la Protection de la jeunesse	14
22	Montants forfaitaires prévus à l'article 5 de l'Annexe II et à l'article 21 de l'Annexe IX	15
23	Rémunération dans le cadre du programme de vaccination contre la méningococcémie	16
24	Annexe IX de l'Entente/ services rendus dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation	16
30	Rémunération des médecins qui exercent dans la localité de Rivière-au-Renard	17
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 différente/ répartition géographique et autres questions	18
35	Enseignement clinique (dans ou auprès d'une unité de médecine familiale)	18
36	Questions diverses :Ent. part./ A.M.P., champ de la santé publique et nomination spécifique en C.H.	19
37	A.M.P./ la prise en compte de certaines activités exercées par un médecin	20
38	Services médicaux dispensés dans une installation exploitée par un organisme privé de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme ou d'une autre toxicomanie, ou des deux	20
40	Négociation d'un préambule général pour les médecins rémunérés à la vacation	21
42	Matérialisation de certaines économies dans le domaine de la santé	21
43	Application de l'article 20.00A de l'Entente, dispositions applicables entre le 6 mars 1994 et la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV de l'Entente	22
44	Modalités d'application du paragraphe 8.01 de l'Annexe XIV de l'Entente	23
45	Article 20.00A de l'Entente et annexe XIV/ tarif horaire et taux afférent aux médecins concernés par l'ent.part.: service d'interventions médicales d'urgence/ région de Montréal Métropolitain	23

NO	LETTRE CONCERNANT :	Page
47	Coûts et modalités d'adhésion découlant de l'application de l'entente relative aux UMF	24
48	Rémunération du docteur Serge Tremblay	25
49	Informatisation des dossiers médicaux et garde sur place à l'urgence ou CH Anna Laberge	25
50	L'hôpital La Providence de Magog	26
52	A.M.P. et règlement des questions concernant le docteur Jean-Maurice Turgeon	26
53	Rémunération de certaines activités effectuées au bénéfice d'une Régie régionale	27
54	Dr Jacques Ramsay/ Hôpital de l'Ungava	28
55	E.P. « Garde sur place/ régions universitaires, dans le service d'urgence de 1 ^{re} ligne-CH »	28
56	Avortement et examen dispensé, le même jour, dans une clinique de planification des naissances, par un médecin autre que celui qui effectue l'avortement.	29
57	Interruption volontaire de grossesse dans le local de certains organismes privés	29
58	Dépannage dans les établissements de la région Nord-du-Québec	30
59	Politique triennale/ programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine	31
60	La répartition des effectifs médicaux	31
61	L'instauration de nouveaux programmes	32
62	La modification de l' Accord-cadre intervenu en date du 22 janvier 1996	32
63	La rémunération/ domaine de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail	33
64	Mise en oeuvre de certaines dispositions de l'Accord-cadre du 22 janvier 1996	33
65	Modifications à convenir à l'annexe IX « plafond trimestriel », à l'annexe V « Tarif : thérapie de soutien et ECG », ainsi qu'aux taux du tarif horaire et de la vacation	34
66	Des modifications à convenir à l'annexe VI	34
67	Ajout du CLSC Beauce-Centre à l'ent. part./ garde/ service d'urgence 1 ^{re} ligne/ réseau intégré.	35
68	La réouverture des négociations en vue du renouvellement de l'entente générale	35
69	La rationalisation des services médicaux.	36
70	Règles d'émancipation relatives à l'application de l'entente relative aux A.M.P.	36
72	Le programme de départ assisté	38
73	Engagement financier (en attendant la mise en application de la Lettre n° 69)	38
74	Statut professionnel du Docteur Patrice Laflamme	39
75	L'assurance responsabilité professionnelle	40
76	Réseau intégré de soins généraux.	41
# 77	Modalités de rémunération majorée (Samedi, dimanche et jours fériés) (Voir L. E. n° 95)	42
79	Travailleurs victimes de lésion au dos	46

NO	LETTRÉ CONCERNANT :	Page
81	Mesures de compensation de délais Ref. : Garde en disponibilité CHSLD	47
83	Octroi de certaines mesures de rétenon et de recrutement	48
85	Interrupon volontaire de grossesse - Clinique médicale Fémina (Voir L. E. n° 96)	49
87	Garde aux points de services de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes . .	50
92	Paramètres financiers (Amend. 67)	50
93	Financement des coûts relativement au dépannage et au retour de médecins retraités	51
94	Retour en pratique du médecin adhérent au prog. fin de carrière/ départ assisté	52
95	Rémunération majorée (Samedi, dimanche et jour férié) « Prolongation de l'art. 3 de la L.E. n° 77 » .	54
96	Interrupon volontaire de grossesse - Clinique médicale Féminine « Voir aussi L.E. n° 85 »	54
97	Régimes d'assurance prévus à l'annexe VI de l'Entente	55
98	Financement des coûts reliés à la tenue d'un projet pilote - CHR de Sept-Îles	56
99	Rémunération des chefs de département (DRMG) + départ. clinique médecine gén. (DCMG) . .	56
101	Financement des coûts/ émission de permis restrictifs	57
102	Accord-cadre : Dispositions de l'Entente générale/ 01-04-98 au 31-03-02 et rémunération différente	57
103	Prolongation de la Lettre d'entente n° 77	58
104	MSSS-FMOQ/ Accessibilité aux services médicaux à la population de Malartic.	58
105	Dépannage - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James	59
106	Actualisation des tarifs au 1 ^{er} avril 2001/ Accord-cadre/ période du 1 ^{er} avril 1998 au 31 mars 2002	60
107	Rémunération des services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée	61
108	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux/ région socio-sanitaire de Chaudière-Appalaches	62
110	Services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédiclé (ÉVAQ)	64
111	Rémunération majorée/ services dispensés de 0h00 à 8 h 00, du lundi au vendredi, excepté jours fériés dans certains services d'urgence	65
114	Création d'un comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale	66
115	Actualisation au 1 ^{er} avril 2001/ Accord-cadre/ période du 1998-04-01 au 2002-03-31.	67
116	Expérimentation/ modalités de rémunération/ Centre médical Acton ou CLSC La Chênaie	68
118	Phase transitoire/ groupe de médecine de famille (GMF)	71
120	Prise en charge du service d'urgence du CH Jonquière.	72
# 121	Prise en charge du service d'urgence du Centre Maria-Chapdelaine	76
# 122	Prise en charge du service d'urgence du CH Val-d'Or	79
# 123	Prise en charge du service d'urgence du CH régional Baie-Comeau.	82

NO	LETTRE CONCERNANT :	Page
# 124	Médecins résidents aux services d'urgence du CH du Centre-de-la-Mauricie et du CH Jonquière .	85
# 125	Temps de déplacement/ établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio-sanitaire de Québec	86
# 126	Temps de déplacement/ établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio-sanitaire du Saguenay - Lac Saint-Jean	88
# 127	Temps de déplacement/ établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio-sanitaire de La Mauricie et Centre du Québec	90
# 128	Prise en charge du service d'urgence du CH régional de Sept-Iles	92
129	Prise en charge du service d'urgence du CH du Centre- de- la -Mauricie	95
130	Expérimentation/ Entente de parrainage/ services d'urgences de deux ou plusieurs établissements	98
# 131	Programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux.	101
# 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	103
# 133	Expérimentation de certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.	107
# 134	Application découlant du protocole d'accord / prolongation conventionnelle de l'Entente générale se terminant le 31 mars 2002.	109
# 135	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables / Entente particulière GMF	110
# 136	Modification protocole d'accord / Prolongation conventionnelle de l'Entente se terminant le 31 mars 2002	112
# 137	Adoption des mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins	114
# 138	Redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens.	115
# 139	Gestion de fin de carrière des médecins omnipraticiens	116
# 140	Conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.	117
141	Prise en charge du service d'urgence de l'hôpital de Notre-Dame-de-Fatima	118
142	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier de Chandler	121
143	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région socio-sanitaire de l'Estrie	124
145	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemin.	126
146	Rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession	129
# 147	Modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement / Région socio-sanitaire de Lanaudière	130
# 148	Modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement / Région socio-sanitaire de la Gaspésie	132

	NO	LETTRE CONCERNANT :	<i>Page</i>
#	149	Modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement / Région socio-sanitaire du Bas-Saint-Laurent	134
#	150	Modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence / Centre hospitalier régional Lanaudière	136
#	151	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Rouyn-Noranda.	139
#	152	Données nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions transitoires d'une version modifiée / Entente particulière AMP	142
#	153	Données nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions transitoires d'une version modifiée / Entente particulière PREM	144
#	154	Retour en pratique du médecin (programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté)	145

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)	
34	Coûts suppl./ adhésion des C.H. de Verdun et de Sherbrooke (Abrogée par Amend. 50)	
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)	
78	Mesure d'exemption partielle du plafond semestriel (Terminée le 28 févr. 99, Amend. 67)	
80	Mesure d'exemption partielle du plafond semestriel (Terminée le 28 févr. 99, Amend. 67)	
82	Plafonds trimestriel/ semestriel, serv.d'urgence (CHSGS/ garde intégré) (Terminée le 30 nov. 98)	
84	Plafonds trimestriel et semestriel/ C.H. de l'Hôtel-Dieu de Sorel (Terminée ,1999, Amend. 67)	
86	Plafonds trimestriel et semestriel - Hôpital Santa Cabrini et C.H.de Trois-Rivières (Terminée le 28 févr. 99, Amend. 67)	
88	Cliniques privées de la Régie régionale des Laurentides (Terminée le 28 févr. 99)	
89	Plafonds trimestriel et semestriel, service d'urgence du CH, CHSLD, CLSC, Cléophas-Claveau (Hôpital de la Baie des Ha! Ha!) (Terminée le 28 févr. 99)	

NO	LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES ou REMPLACÉES (textes retirés de la présente brochure)	Page
90	Plafonds trimestriel et semestriel, service d'urgence et patients admis en courte durée (CHSGS et réseau de garde intégré) (Terminée le 28 févr. 99)	
100	Services/ système d'évacuation aéromédicale (EVAQ) (Remplacée par la Lettre d'entente n° 110)	
119	Prise en charge du service d'urgence du CH Beauce- Etchemin (Remplacée par la Lettre d'entente n° 145, le 1 ^{er} mai 2003)	

LETTRE D'ENTENTE NO 1**Concernant l'établissement d'un fonds de formation médicale continue.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Poursuivre leurs négociations concernant l'établissement d'un fonds de formation médicale continue.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 2**Concernant les conditions d'exercice et les modes de rémunération en C.H.S.L.D.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Conclure, d'ici la fin de juin 1991, une entente particulière relativement aux modes de rémunération en Centre hospitalier de soins de longue durée qui devront être adaptés à la rémunération de l'ensemble des activités du médecin dans ces établissements, peu importe qu'il s'agisse de services cliniques individuels ou en équipe de soins, ou de tâches administratives reliées à l'organisation et au fonctionnement des services dispensés dans ces établissements, et à cet égard, les parties reconnaissent le mérite comme mode général de rémunération de la rémunération à honoraires fixes et à la vacation.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 3**Concernant certaines tâches administratives hospitalières.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Entreprendre la négociation relative à la rémunération de certaines tâches administratives requises du médecin chef de département clinique et reliées à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dispensés en établissement.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 4**Concernant la rémunération de la garde en disponibilité.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Entreprendre, dès la fin de février 1991, des négociations concernant la rémunération de la garde en disponibilité en établissement psychiatrique et de celle afférente au réseau de garde intégré.

La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} février 1991.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 5**Concernant l'implantation d'un régime de congé à traitement différé pour le médecin rémunéré à honoraires fixes.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Conclure, d'ici la fin juin 1991, la négociation relativement à l'établissement d'un régime de congé à traitement différé pour le médecin rémunéré à honoraires fixes.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 6

VU les paragraphes 4.04, 17.01 et 17.07 de l'entente générale;

VU 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 30 mai 1988 et entrée en vigueur le 1^{er} juin 1988;

CONSIDÉRANT que le paragraphe 17.01 de l'entente générale permet, à son deuxième alinéa, la rémunération à honoraires fixes en centre d'accueil d'hébergement non régi par cette entente particulière;

CONSIDÉRANT qu'étant donné l'entente particulière en cause, il y aurait lieu, quant aux établissements de cette catégorie non régis par l'entente particulière précitée, d'assujettir, à certaines conditions, l'implantation nouvelle du mode de rémunération selon le mode des honoraires fixes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré le deuxième alinéa du paragraphe 17.01 de l'entente générale, un médecin exerçant dans un centre d'accueil d'hébergement non régi par l'entente particulière précitée ne peut être rémunéré à honoraires fixes, à plein temps ou à demi-temps, sauf dans le cadre d'un accord entre le Ministre et la Fédération conclu en application du premier alinéa du paragraphe 17.01 de l'entente générale;

2. La présente lettre d'entente ne s'applique pas au médecin qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, exerce dans un centre d'accueil d'hébergement non régi par l'entente particulière précitée, si ce médecin :

- a) entre le 1^{er} juillet 1984 et la date d'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, a bénéficié de l'application de l'article 2 de la lettre d'entente n° 8 du 11 octobre 1984;
- b) entre le 11 octobre 1984 et la date d'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, a bénéficié d'un accord conclu entre le Ministre et la Fédération selon l'article 1 de la Lettre d'entente n° 8 du 11 octobre 1984, accord l'autorisant à recevoir une rémunération selon le mode des honoraires fixes.

3. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 16 du 30 mai 1988. Elle 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

LETTRE D'ENTENTE NO 7

Concernant l'application du code d'acte 0272.

VU le libellé du code d'acte 0272 rédigé comme suit :

« Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée ... 34,00 \$ »;

ATTENDU la volonté des parties de restreindre l'usage de ce code d'acte à certains centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés, dans le cadre d'un programme de soins d'une clinique organisée de la douleur;

CONSIDÉRANT qu'il y aurait lieu, par lettre d'entente concernant ce code d'acte, d'identifier les centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés visés ainsi que d'établir certaines autres modalités relatives à l'usage de ce code d'acte.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le code d'acte 0272 est appliqué comme suit :

Cet honoraire est payé au médecin pour l'évaluation de l'efficacité de ce traitement chez un malade qu'il voit dans le cadre du programme de soins d'une clinique de la douleur organisé par l'un des centres hospitaliers suivants :

- C.H. Royal Victoria
- C.H. Hôtel-Dieu de Montréal
- C.H. Institut de Neurologie de Montréal
- C.H. Notre-Dame
- C.H. Hôpital St-Luc
- C.H. Hôpital du Sacré-Coeur
- C.H. Universitaire de Sherbrooke
- C.H. de l'Université Laval
- C.H. Hôpital de l'Enfant-Jésus

2. Une fois par cent quatre-vingts (180) jours, cet honoraire peut être payé pour une réévaluation du patient effectuée soit par le même médecin, soit par un autre médecin de la clinique.

3. L'honoraire prévu pour cet acte comprend tout autre traitement alors dispensé par le médecin.

4. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 17 du 30 mai 1988 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 8

Concernant le paiement de certains traitements physiatriques.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie paie le coût des traitements physiatriques dispensés en cabinet par le médecin lui-même;
2. La Régie défraie, en vertu d'un programme du Ministre de la Santé et des Services sociaux, le coût de certains traitements physiatriques dispensés en clinique de physiothérapie énumérées en annexe des présentes lorsque ceux-ci sont dispensés à un patient âgé de soixante-cinq (65) ans ou plus; (*voir l'annexe I à la page suivante*)

Ces traitements doivent, pour être rémunérés, être dispensés dans une clinique de physiothérapie soumise à l'autorité de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et désignée à cette fin par les parties selon les modalités ci-après déterminées;

3. Une clinique de physiothérapie soumise à l'autorité de la Corporation professionnelle des médecins du Québec est, aux fins des présentes, désignée par les parties lorsque cette clinique répond, sur la foi d'un rapport de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, aux critères d'excellence établis par cette Corporation en matière d'inspection professionnelle;

4. Une clinique de physiothérapie qui ne répond pas aux critères mentionnés au paragraphe précédent, peut présenter aux parties une demande de désignation dès lors qu'elle peut, sur la foi d'un rapport provenant de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, établir qu'elle répond, en matière d'inspection professionnelle, aux critères établis par cette Corporation;

5. Toute demande de désignation adressée aux parties doit contenir copie du rapport de la Corporation professionnelle des médecins du Québec attestant qu'une clinique de physiothérapie soumise à l'autorité de cette Corporation répond aux critères établis par celle-ci, en matière d'inspection professionnelle;

6. Les traitements physiatriques sont les suivants :

- 0671 chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
- 0672 électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)
- 0673 ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
- 0674 exercices de rééducation, respiration
- 0675 hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
- 0676 mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
- 0677 ultra-sons
- 0678 ultra-violet
- 0670 T.E.N.S.
- 0686 techniques de mobilisation (traitement par approche musculo-squelettique spécifique)

7. Lorsque les traitements physiatriques sont dispensés dans une clinique de physiothérapie désignée, cette dispensation est effectuée par du personnel auxiliaire;

8. La tarification est de 10,10 \$ par séance peu importe le type et le nombre de traitements dispensés.

AVIS : Voir la section **TRAITEMENTS PHYSIATRIQUES** dans le *Manuel des médecins omnipraticiens*, à la fin de l'onglet « C - Actes diagnostiques et thérapeutiques » et l' **AVIS** s' y rapportant. Les cliniques de physiothérapie désignées sont codées **341XX**

9. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 23 du 8 mai 1990 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 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 (Lettre d'entente n°8)**Liste des cliniques de physiothérapie désignées aux fins de la Lettre d'entente n° 8 (1991) concernant le paiement de certains traitements psychiatriques**

34103 - Clinique de physiothérapie Grand'Mère, 790, 4e Rue, Grand'Mère (Qué.) (90-06-04)

34105 - Clinique de Réadaptation Côte-des-Neiges, 6555, Côte-des-Neiges, Suite 310, Montréal (Qué.) (90-06-04)

34108 - Clinique de psychiatrie Métro-Longueuil, 100, Place Charles-Lemoyne, suite 205, Longueuil (Qué.)(95-04-15)

AVIS : - Liste modifiée par les Accords suivants : 16, 38, 68, 131, 209, 219 et 271

- Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour la clinique désignée.

LETTRE D'ENTENTE NO 9**Concernant la détermination de certaines modifications et le financement de certains coûts découlant de l'amendement N° 36 de l'entente générale en vigueur au 8 mai 1990.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. En rapport avec l'Amendement n° 36 de l'Entente générale en vigueur le 8 mai 1990, la présente lettre d'entente a pour objet la détermination et le financement, selon le cas, de certaines modifications convenues et de certains coûts à convenir, ces modifications et coûts étant décrits à l'annexe 1 des présentes;
2. Pour toute période annuelle d'application ou autre visée aux présentes, les coûts observés convenus selon la présente lettre d'entente sont, selon qu'il s'agit des coûts décrits à la Section A ou B de cette annexe, pris en compte de la façon ci-après déterminée;
3. Les coûts observés à convenir reliés aux modifications apparaissant à la Section A de l'annexe I visée aux présentes sont, à compter du 1^{er} avril 1990, pris en compte de la façon suivante :
 - a) les coûts observés à convenir afférents à la période allant du 1^{er} avril au 31 mai 1990 sont déduits des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1^{er} juin au 31 août 1990;
 - b) les coûts observés à convenir, pour la période du 1^{er} juin 1990 au 31 mai 1991, sont déduits des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1^{er} juin au 31 août 1991;
 - c) les coûts prévus à l'alinéa b) susmentionné donnent lieu, pour la période du 1^{er} juin 1990 au 31 mai 1991, selon les modalités à être convenues par les parties, à un ajustement négatif du revenu moyen annuel brut et de l'échelle tarifaire afférents à cette période;
4. En ce qui a trait aux modifications apparaissant à la Section B de l'annexe ci-jointe, les parties conviennent que, pour les périodes annuelles d'application apparaissant ci-après, les modifications visées à cette section et les coûts estimés y afférents correspondent, sur une base annuelle, aux estimations convenues ci-après indiquées :

Modification	Coût estimé convenu du 01/06/89 au 31/05/90	Coût estimé convenu * du 01/06/90 au 31/05/91
a) Psychiatrie	1 153 082,00 \$	
b) Patient inscrit de 70 ans ou plus	2 000 000,00 \$	

* Indexé selon l'article 5

5. Un pourcentage d'augmentation applicable, pour la période d'application annuelle postérieure au 31 mai 1990, à un acte visé à l'article 4 précité, s'applique également, pour la période d'application visée, à l'actualisation, sur base annuelle, des coûts estimés correspondants prévus à l'article 4 susmentionné pour l'année 1990-1991;

6. Pour toute période d'application, annuelle ou autre, apparaissant ci-après, en regard des coûts estimés convenus, sur base annuelle, selon les articles 4 et 5, les coûts observés convenus, pertinents à chacune de ces périodes d'application sont, selon que les coûts observés convenus sont inférieurs (différentiel positif) ou supérieurs (différentiel négatif) aux coûts estimés convenus, pris en compte de la façon suivante :

- a) pour la période allant du 1^{er} avril au 31 mai 1990, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1^{er} juin au 31 août 1990;
- b) pour la période du 1^{er} juin 1990 au 31 mai 1991, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1^{er} juin 1990 au 31 mai 1991;
- c) le montant prévu à l'alinéa b) susmentionné donne lieu, pour la période du 1^{er} juin 1990 au 31 mai 1991, selon les modalités à être convenues par les parties, à un ajustement, positif ou négatif selon le cas, du revenu moyen annuel brut et de l'échelle tarifaire afférents à cette période;

7. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 26 du 8 mai 1990 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

La présente Lettre d'entente n° 9 a pour objet les modifications convenues et, par période annuelle d'application, la première débutant le 1^{er} juin 1989, les coûts observés à convenir suivants :

Section A :

1. Par rapport au coût actualisé de l'acte (constatation de décès) chargé antérieurement à cette fin, le coût additionnel découlant de l'inclusion d'une tarification spécifique à l'examen externe d'un cadavre effectué à la demande d'un coroner (Préambule général, art. 2.2.8);
2. Par rapport au coût actualisé de la thérapie psychiatrique de soutien chargé antérieurement à cette fin, le coût additionnel découlant de l'inclusion d'une tarification spécifique au conseil génétique (Préambule général, art. 2.7);
3. Le coût de l'installation d'un pacemaker cutané antéro-postérieur;
4. En cabinet, pour les patients âgés de soixante-dix (70) ans ou plus, le coût de l'acte intitulé « grattage, pelage, taillage de callosités »;
5. Dans le cas du transfert du patient, le coût de l'exploration, sous anesthésie, d'une plaie ou d'un tendon;
6. Le coût de la dérogation à l'honoraire global résultant de l'acte technique prévoyant la pose d'un nouveau plâtre ou d'attelles;
7. Le coût additionnel résultant de la dérogation à l'honoraire global prévue postérieurement à un transfert postopératoire interétablissement;
8. Par rapport au coût actualisé des actes (en établissement, 85 \$ et, en cabinet, 125 \$) chargé antérieurement, le coût additionnel découlant de l'inclusion d'une tarification spécifique à l'avortement thérapeutique tardif;
9. Le coût de la détermination du PH foetal;
10. Le coût du prélèvement de l'oeil d'un cadavre;
11. Le coût du supplément de 20 \$, octroyé dans le cas de l'examen d'évaluation pour fin d'allocation de ressources, lorsqu'effectué à domicile.

Section B :

1. En cabinet ou dans une clinique de physiothérapie agréée par les parties, le coût des traitements physiatriques dispensés;
2. Dans le cas d'un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus, en regard du coût chargé antérieurement, les coûts additionnels découlant de la nouvelle tarification applicable au patient inscrit.

LETTRE D'ENTENTE NO 11**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. Les coûts à convenir découlant :**

- de l'augmentation du nombre de vacations allouées dans le cadre de l'entente sur le dépannage pour les territoires visés par l'entente sur le Grand-Nord (Lettre d'entente n° 29);
et
- de l'augmentation du nombre de vacations allouées au système d'évacuation aéromédicale du Québec (Amendement n° 39)

seront pris en compte lors de l'actualisation prévue pour l'automne 1990 afférente à la période allant du 1^{er} juin 1990 au 31 mai 1991.

2. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 31. Elle 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

LETTRE D'ENTENTE NO 20**Concernant certains services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. La Régie défraie, en vertu d'un programme du ministre de la Santé et des Services sociaux, le coût des services suivants :**

- la prise en charge d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans en situation d'urgence par le médecin auquel cet enfant est dirigé afin de déterminer s'il est victime de mauvais traitements;
- sauf lorsque le médecin est rémunéré à titre d'expert, la présence du médecin à la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse, dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements.

2. Mauvais traitements et tarification applicable :

+	prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport	84,85
+	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans	36,05

3. Présence du médecin et tarification applicable :

+	dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure	103,00

4. La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas sujette à l'application de l'annexe IX de l'entente générale.

AVIS : Voir les codes d'acte appropriés dans votre manuel à l'onglet B - Consultation et examen.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur au moment de sa signature et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 22

Concernant les montants forfaitaires prévus à l'article 5 de l'annexe II et à l'article 21 de l'annexe IX

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les montants forfaitaires prévus à l'article 5 de l'annexe II et à l'article 21 de l'annexe IX de l'Entente et qui sont applicables à compter du 1^{er} décembre 1991, s'ajoutent à chacun des tarifs et à chacun des taux de traitement et sont égaux à 1 % de chaque tarif et de chaque taux correspondant, sous réserve des exclusions découlant des spécifications ci-après;

2. Pour la rémunération selon le mode des honoraires fixes, le pourcentage précité (1 %) ne s'applique qu'à l'endroit des rémunérations concernant les périodes suivantes :

- a) la période régulière d'activités professionnelles du médecin;
- b) les heures de garde sur place pour lesquelles les avantages sociaux sont applicables;

3. Pour la rémunération à l'acte (incluant la vacation), le pourcentage précité (1 %) est applicable selon les spécifications suivantes :

- a) pour la rémunération selon le mode de la vacation, à la rémunération des vacations prévues à l'avis de service du médecin ainsi qu'aux vacations en rémunération du dépannage;
- b) pour les ententes particulières concernant le Grand-Nord et le Centre hospitalier de l'Archipel, à l'ensemble de la rémunération à l'exception des heures rémunérées selon les modificateurs de la colonne 3;
- c) pour la rémunération à l'acte, à l'ensemble de la rémunération à l'acte à l'exclusion du forfait de 50 \$ pour la garde en disponibilité prévue aux ententes particulières visant certains C.L.S.C. et l'hôpital St-Julien ainsi que, dans le cas de l'entente particulière en anesthésie, du forfait de 50 \$ pour la garde en disponibilité de même que des vacations prévues au régime A en excédent de celles prévues au régime B;

4. Sont exclus de l'application des forfaitaires les primes d'éloignement ou d'isolement prévues à l'annexe XII;

5. le versement des forfaitaires prévus au paragraphe 3 des présentes est effectué selon les modalités agréées par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^e jour de octobre 1992.

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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 23**Concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du programme de vaccination contre la méningococcémie.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La rémunération selon le mode de la vacation versée pour des services dispensés dans le cadre du programme de vaccination contre la méningococcémie n'est pas, aux fins de l'application du plafond de revenu individuel, comptée dans le calcul du revenu trimestriel du médecin, ni sujette à réduction (Annexe IX, article 18).
2. Cette rémunération n'est pas considérée dans le calcul de la moyenne arithmétique du revenu brut annuel des médecins utilisée aux fins de l'application des articles de l'annexe IX relatifs à l'objectif de revenu moyen brut annuel.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} décembre 1991 et le demeure 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

LETTRE D'ENTENTE NO 24**Ayant pour objet la détermination et le financement de certains coûts à convenir, régis selon l'annexe IX de l'entente, reliés à la dispensation de services professionnels, à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. En rapport avec l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique, la présente lettre d'entente a pour objet :
 - a) la détermination des coûts, antérieurs ou autres, reliés à la dispensation des services professionnels précités et découlant de l'application, selon le cas, de l'entente générale ou de l'entente particulière mentionnée ci-dessus;
 - b) le financement des coûts additionnels, régis selon l'annexe IX, découlant de l'application de l'entente particulière en cause.
 2. Aux fins des présentes, lorsque les coûts visés sont antérieurs à la présente entente particulière, ils réfèrent dès lors exclusivement à la rémunération à l'acte ou à la vacation (vacations de D.S.C.) versée, selon l'entente générale, pour la dispensation de services professionnels visés aux présentes. Lorsqu'ils découlent de l'application de l'entente particulière visée, les coûts en cause portent limitativement sur la rémunération à l'acte et à la vacation qui y est prévue.
- Aux mêmes fins, un différentiel découlant de l'application de l'article 1.00 de l'annexe IX de l'entente ne constitue pas un coût additionnel au sens de la présente lettre d'entente.
3. Pour toute période annuelle d'application ou autre visée aux présentes, les coûts observés à convenir dans la présente lettre d'entente sont pris en compte selon les modalités prévues aux paragraphes 4 et 5.
 4. Pour les périodes annuelles d'application apparaissant ci-après, les coûts encourus antérieurement seront convenus entre les parties pour chaque établissement qui adhèrera à l'entente particulière.
 5. Pour toute période d'application, annuelle ou autre, apparaissant ci-après, en regard des coûts encourus antérieurement, les coûts observés, pertinents à chacune de ces périodes d'application sont, selon que les coûts observés sont inférieurs (différentiel positif) ou supérieurs (différentiel négatif) aux coûts encourus antérieurement, pris en compte de la façon suivante :
 - a) pour la période débutant le 1^{er} juin 1991 et se terminant le 30 novembre 1992, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour cette même période;

- b) pour la période allant du 1^{er} décembre 1992 au 28 février 1993, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour cette même période;
- c) pour la période du 1^{er} mars 1993 au 30 novembre 1993, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1^{er} septembre 1993 au 30 novembre 1993;
- d) le montant correspondant au différentiel observé pendant la période du 1^{er} juin 1992 au 31 mai 1993, donne lieu, selon les modalités à être convenues par les parties, à un rajustement positif ou négatif, selon le cas, du revenu moyen annuel brut et de l'échelle tarifaire afférents à cette période.

6. La présente lettre d'entente prend effet à la date de la signature de l'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.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 30

Concernant la rémunération des médecins qui exercent leur profession dans la localité de Rivière-au-Renard.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

- 1. Malgré l'article 1 de l'annexe XII, le médecin exerçant dans la localité de Rivière-au-Renard et détenant une nomination au C.L.S.C. de la Pointe est rémunéré à 115 %.
- 2. Cette rémunération s'applique aussi longtemps que le plan des effectifs médicaux du C.L.S.C. de la Pointe n'est pas atteint.
- 3. Aux fins de sa rémunération, tant qu'il exerce sa profession dans la localité de Rivière-au-Renard, le docteur Gérald Morris est réputé répondre aux exigences de l'article 1.1 (section I) de l'annexe XII de l'Entente.
- 4. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 13 du 16 mai 1991. Elle prend effet le 16 juin 1992 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^e jour de mars 1993.

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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 33

Concernant le sous-paragraphe 2.2 de l'accord-cadre concernant la mise en oeuvre des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, relatif aux activités médicales particulières et concernant la révision des modalités de rémunération différente établies dans le cadre de la répartition géographique ainsi que diverses autres questions connexes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Ne pas rendre sujet à l'application des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991, chap. 42) le médecin qui pratique au Québec à la date de l'entrée en vigueur de l'entente sur les activités médicales particulières et qui, à la date où il a obtenu un permis de pratique de la Corporation professionnelle des médecins du Québec comptait vingt (20) années et plus de pratique depuis l'obtention légale à l'extérieur du Québec de son droit de pratique.
2. Former un comité paritaire ayant comme mandat d'examiner sur demande les cas similaires à ceux prévus précédemment et qui pourraient survenir après l'entente sur les activités médicales particulières et de faire recommandations aux parties.
3. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} décembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de novembre 1993.

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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 35

Ayant pour objet l'enseignement clinique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La présente lettre d'entente a pour objet de fixer un calendrier de négociation en vue d'en arriver, dans les meilleurs délais, à 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;
 2. À compter du 1^{er} juillet 1993, un moratoire d'une durée de douze (12) mois s'applique à la situation des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale. Ce moratoire couvre notamment les conditions de rémunération (honoraires fixes ou vacation) qui, à cette date, sont appliquées en paiement de la dispensation de services médicaux reliés à la formation et à l'enseignement cliniques, le tout dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale;
- Malgré le paragraphe précédent, la date de terminaison du moratoire visé au présent article est reportée du 30 juin 1994 au 30 octobre de la même année.
3. Est constitué un comité paritaire M.S.S.S./F.M.O.Q. ayant pour mandat, d'ici le 31 décembre 1993, d'étudier l'ensemble de la situation qui, en matière d'enseignement clinique, prévaut actuellement dans les unités de médecine familiale susmentionnées, le tout en vue de faire aux parties toute recommandation jugée pertinente;
 4. Les membres de ce comité sont nommés, selon le cas, par le Ministre ou la Fédération, dans les trente (30) jours suivant la date de mise en vigueur de la présente lettre d'entente;
 5. Pendant la durée de ce moratoire, le Ministre et la Fédération conviennent de s'attaquer, en priorité, au règlement de la situation qui prévaut dans les unités de médecine familiale qui, en régions non universitaires sont situées dans ou auprès des centres hospitaliers affiliés;
 6. Dans le même délai, le Ministre et la Fédération s'engagent à convenir d'un règlement de la situation qui prévaut dans les unités de médecine familiale situées en régions universitaires, dans ou auprès des centres hospitaliers universitaires affiliés;

7. La durée du moratoire susmentionné, de même que celle du mandat du comité paritaire, n'est prolongée qu'avec l'accord exprès des parties;

8. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juillet 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour de octobre 1993.

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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 36

Ayant pour objet des questions diverses.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Concernant l'entente particulière relative aux activités médicales particulières :

Se rencontrer ponctuellement au cours de la première année d'application de l'entente susmentionnée, afin d'examiner tout problème de fonctionnement et d'application de cette entente et de discuter de certaines questions laissées en suspens au cours des négociations du printemps 1993.

Lors de ces rencontres, les parties conviennent d'aborder notamment, les questions suivantes :

- la révocation et la pénalité pour non-respect d'adhésion;
- la diffusion de l'information au Ministre et à la Fédération;
- les avis ayant pour objet la pratique médicale en cabinet, l'application d'une pénalité à un médecin non-adhérent, l'avis de non-respect d'une entente avec une régie régionale ainsi que la désignation d'une régie principale;
- les exigences de base prévues au premier sous-alinéa du sous-paragraphe 3.5.1 de l'entente particulière susmentionnée;
- la détermination des modalités techniques permettant, au niveau de l'application des règles prévues au sous-paragraphe 3.5.2 de l'entente particulière susmentionnée, la conversion en temps de chacun des actes médicaux pour lesquels les parties ont convenu de règles de conversion;

2. Concernant le champ de la santé publique :

Entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1993, se rencontrer pour échanger et, le cas échéant, stipuler sur le mode de rémunération à honoraires fixes, en regard de la dispensation de services professionnels dans le champ de la santé publique;

3. Concernant la nomination spécifique en centre hospitalier :

Entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1993, échanger et, le cas échéant, stipuler sur la gestion des horaires et des périodes d'activités professionnelles du médecin qui est détenteur d'une telle nomination en centre hospitalier;

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} septembre 1993 sauf son article 1 qui prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de novembre 1993.

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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 37

Ayant pour objet, à des fins d'activités médicales particulières, la prise en compte de certaines activités exercées par un médecin.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

1. La présente lettre d'entente a pour objet de fixer un calendrier de négociation en vue d'en arriver, entre la date d'entrée en vigueur de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières et le 31 août 1994, à la détermination des modalités de prise en compte, à des fins d'activités médicales particulières, des fonctions de gestion que le médecin exerce en centre hospitalier.
2. Les activités couvertes par la présente lettre d'entente réfèrent également à l'occupation, par un médecin, de certaines fonctions médico-administratives, déterminées par les parties, que le médecin exerce à un niveau régional.
3. Lors des négociations en cause, seront étudiées les fonctions qui, en centre hospitalier, sont celles qui sont exercées par un officier du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que par le médecin qui est membre d'un comité relevant de cette instance.
4. Les modalités alors négociées devront comprendre certaines garanties au bénéfice du médecin comptant moins de dix (10) années de pratique quant aux heures qui seraient créditées ou prises en compte dans le cadre des activités médicales particulières.
5. La présente lettre d'entente prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'entente particulière portant sur les activités médicales particulières.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{er} jour de novembre 1993.

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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 38

Concernant la rémunération des services médicaux dispensés dans une installation exploitée par un organisme privé de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme ou d'une autre toxicomanie, ou des deux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

1. Les actes médicaux dispensés dans une installation susmentionnée, désignée en annexe I des présentes, sont rémunérés selon la nomenclature et le tarif à l'acte applicables en cabinet.
2. L'annexe précitée est modifiable par accord des parties.
3. Cette lettre d'entente remplace la lettre d'entente n° 25 du 28 octobre 1992.
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Toutefois, en ce qui a trait au Pavillon Ivry (Ivry-sur-le-Lac), à l'Auberge du Nouveau Chemin (Val-David) ainsi qu'à la Maison Trait d'union (St-Alphonse de Rodriguez), elle prend effet le 1^{er} septembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de mars 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I

Liste des installations exploitées par un organisme privé de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme ou d'une autre toxicomanie, ou des deux, aux fins de la Lettre d'entente n° 38 (1994)

Région 06 : Montréal-Centre

- Maison Jean Lapointe Inc. (Montréal) (91-07-08)
- Clinique du Nouveau Départ (00-04-01)

Région 14 : Lanaudières

- Maison Trait d'union (St-Alphonse de Rodriguez) (93-09-01)

Région 15 : Laurentides

- Pavillon Ivry (Ivry-sur-le-Lac) (93-09-01)
- Auberge du Nouveau Chemin (Val-David) (93-09-01)

AVIS : Cette annexe a été modifiée par l'Accord n° 378.

LETTRÉ D'ENTENTE NO 40

Concernant la négociation d'un préambule général pour les médecins rémunérés à la vacation.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIF :

Entreprendre, dans les meilleurs délais, des discussions ayant pour objet, la négociation d'un préambule général, applicable à la vacation, au bénéfice du médecin qui, de façon principale ou importante, exerce sa profession selon ce mode, le tout en regard ou en parallèle avec ce qu'est, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, la période régulière d'activités professionnelles et la rémunération afférente.

Ces négociations devront comprendre des discussions sur la situation et les garanties qui seront applicables au médecin qui, rémunéré selon ce mode, a une période hebdomadaire d'activités professionnelles d'une durée moindre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de mars 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 42

Ayant pour objet la matérialisation de certaines économies dans le domaine de la santé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIF :

Entreprendre, dans les meilleurs délais, des discussions ayant pour objet la détermination de modalités permettant, sur base incitative, la matérialisation de certaines économies dans le domaine de la santé. Tout en sauvegardant la qualité de l'acte médical, les économies en cause devront être reliées, selon le cas, aux réductions des coûts de système ou aux gains d'efficacité ou de productivité.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de mars 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 43

Ayant pour objet, en regard de l'application de l'article 20.00A de l'Entente, certaines dispositions transitoires applicables, selon les modalités apparaissant ci-après, à des périodes comprises entre le 6 mars 1994 et la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV de l'Entente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour la période débutant le 6 mars 1994 et se terminant à la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV de l'Entente, sont exclues de l'application des dispositions de l'article 20.00A de l'Entente, les rémunérations versées en vertu des dispositifs suivants :

- a) l'article 30.00 de l'Entente (dépannage);
- b) l'accord n° 4 concernant le système d'évacuation aéromédicale du Québec (E.V.A.Q.);
- c) l'entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie;
- d) l'accord n° 5 concernant la rémunération des médecins agissant à titre de chirurgiens au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria) et au Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie;
- e) l'entente particulière concernant les médecins qui exercent dans le Grand Nord;
- f) l'entente particulière relative au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre hospitalier de l'Archipel situé à Cap-aux-Meules, Îles-de-la-Madeleine;
- g) l'entente particulière relative à la rémunération des médecins qui exercent au Centre de santé des Hauts-Bois.

2. Le médecin visé au présent article est le médecin qui, pendant la période comprise entre le 1^{er} juin 1994 et le 30 octobre de la même année, a vu réduite la rémunération, selon le mode de la vacation, qui lui a été versée pour l'activité professionnelle effectuée durant cette période, des suites de l'application des dispositions de l'article 20.00A de l'Entente.

Dans les cent vingt (120) jours qui suivent la date de l'entrée en vigueur de l'annexe XIV de l'Entente, ce médecin est remboursé de la somme correspondant au montant des réductions.

3. À compter du 1^{er} juin 1994, les périodes d'activités professionnelles des médecins rémunérés selon le mode de la vacation sont, traduites sur une base horaire, prises en compte aux seules fins du calcul des nombres d'heures prévus aux paragraphes 5.02 à 5.04 de l'annexe XIV de l'Entente.

4. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 41, intervenue en date du 22 mars 1994.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 30 octobre 1994.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 44

Ayant pour objet les modalités d'application du paragraphe 8.01 de l'annexe XIV de l'Entente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :

1. En conformité avec les dispositions du paragraphe 8.01 de l'annexe XIV de l'Entente, sont exclues de l'application des dispositions de cette annexe les rémunérations versées en vertu des dispositifs suivants :

- a) l'article 30.00 de l'Entente (dépannage);
- b) l'accord n° 4 concernant le système d'évacuation aéromédicale du Québec (E.V.A.Q.);
- c) l'entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie;
- d) l'accord n° 5 concernant la rémunération de médecins agissant à titre de chirurgiens au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria) et au Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie;

2. La présente lettre d'entente prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV de l'Entente.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 45

Ayant pour objet l'application de l'article 20.00A de l'entente générale et de l'annexe XIV concernant les règles générales relatives au tarif horaire et au taux afférent aux médecins qui exercent leur profession dans le cadre de l'entente particulière concernant le service d'interventions médicales d'urgence de la région de Montréal Métropolitain.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIÉ :

1. Pour la période du 6 mars 1994 jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV introduite par l'amendement n° 51, le paragraphe 20.03 A de l'entente générale s'applique avec les modifications suivantes :

- Pour l'ensemble des médecins, au maximum de trente-cinq (35) heures apparaissant au paragraphe 20.03 A, s'ajoutent cinq (5) heures si elles sont effectuées dans le cadre de l'entente visée aux présentes et lorsque ces heures sont en excédent de trente-cinq (35) heures effectuées dans le cadre de la même entente;
- Pour le médecin coordonnateur, s'ajoutent en plus cinq (5) heures si elles sont effectuées comme médecin coordonnateur dans le cadre de l'entente visée aux présentes et lorsque ces heures sont en excédent de quarante (40) heures effectuées comme médecin coordonnateur dans le cadre de la même entente.

2. À partir de la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV introduite par l'amendement n° 51 et jusqu'au renouvellement de l'entente relative aux services dispensés dans ou auprès de la Corporation d'urgences-santé, le paragraphe 5.02 de l'annexe XIV s'applique avec les modifications suivantes :

- Pour l'ensemble des médecins, au maximum de mille cinq cent quarante (1 540) heures prévu au paragraphe 5.02, s'ajoutent deux cent vingt (220) heures si elles sont effectuées dans le cadre de l'entente visée aux présentes et lorsque ces heures sont en excédent de mille cinq cent quarante (1 540) heures effectuées dans le cadre de la même entente;
- Pour le médecin coordonnateur, s'ajoutent en plus deux cent vingt (220) heures si elles sont effectuées comme médecin coordonnateur dans le cadre de l'entente visée aux présentes et lorsque ces heures sont en excédent de mille sept cent soixante (1 760) heures effectuées comme médecin coordonnateur dans le cadre de l'entente visée aux présentes.

Les rajustements pour les parties d'année seront faits proportionnellement à la période rémunérée dans le cadre de l'entente visée aux présentes.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente concernant le service d'interventions médicales d'urgence de la région de Montréal Métropolitain.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 47

Ayant pour objet la détermination, le financement, l'imputation des coûts ainsi que certaines modalités d'adhésion découlant de l'application de l'entente relative aux unités de médecine familiale.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Quels que soient les modes de rémunération des médecins, estimer et convenir, pour une période annuelle donnée, des coûts supplémentaires (coûts d'adhésion moins coûts antérieurs) de l'activité médicale des médecins découlant de l'adhésion à l'entente de chaque unité de médecine familiale, sur les bases suivantes :

- en convenant des coûts antérieurs à l'adhésion des activités médicales faites dans ou auprès de l'unité de médecine familiale en tenant compte des activités faites dans les autres unités ou programmes de l'établissement et visées par l'adhésion à l'entente;
- en déterminant les coûts découlant de l'adhésion de l'unité de médecine familiale sur la base des heures allouées dans le cadre de l'entente particulière précitée. Les heures ainsi allouées sont, par la suite, validées en fonction de leur utilisation et les coûts y afférents sont, le cas échéant, réduits en conséquence.

2. Matérialiser, par accord des parties, l'adhésion à l'entente d'une unité de médecine familiale si les coûts supplémentaires convenus sont non-significatifs.

3. Acheminer, pour approbation gouvernementale, toute demande d'adhésion d'une unité de médecine familiale comportant des coûts supplémentaires significatifs en précisant la partie de ces coûts générée par les activités de formation et, à cet égard, les modes et moyens de financement proposés.

4. Advenant fermeture ou diminution des activités d'une unité de médecine familiale, les parties conviennent des montants ainsi épargnés et de leur affectation.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature et le demeure 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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 48

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du docteur Serge Tremblay.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Reconnaître que les modifications apportées par l'amendement n° 49 du 1^{er} novembre 1993 à l'annexe XII de l'entente générale ne s'appliquent pas au docteur Serge Tremblay qui exerce à Forestville.
2. Reconnaître que le docteur Serge Tremblay, compte tenu de sa pratique privée et des heures de disponibilité qu'il offre à la population de Forestville depuis 1979, est réputé satisfaire aux conditions prévues au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'Entente.
3. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} décembre 1993 et le demeure 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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 49

Concernant la rémunération de certains services professionnels reliés à l'informatisation des dossiers médicaux et à la garde sur place à l'urgence, dispensés par des médecins au Centre hospitalier Anna-Laberge.

1. Rémunération des services reliés à la conception et à la validation d'un dossier médical hospitalier informatisé

1.1 Pour les fins de la rémunération des services professionnels reliés à la conception et à la validation d'un dossier médical informatisé, il est alloué, par période de vingt-huit (28) jours, un total de vingt-huit (28) vacations. L'établissement avise la Régie du nom des médecins concernés.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activités 002043 : Tâches médico-administratives et hospitalières.*

2. Rémunération de la garde sur place

2.1 Les services médicaux en garde sur place au service d'urgence de première ligne sont rémunérés selon les modalités prévues par l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins de courte durée.

3. Cette lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 31 du 29 mars 1993.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} septembre 1994 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale, à l'exception du paragraphe 1.1 dont l'application se termine le 31 janvier 1995.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 50

Ayant pour objet l'hôpital La Providence de Magog.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts reliés à l'inclusion de l'hôpital susmentionné dans l'entente particulière relative aux soins coronariens et aux soins intensifs seront pris en compte lors de l'actualisation des tarifs afférente à la période annuelle d'application débutant le 1^{er} décembre 1995.
2. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} octobre 1994.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 52

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Entreprendre, dès le début septembre 1994, des négociations relativement aux matières suivantes :
 - a) la rémunération des activités médicales particulières du médecin qui compte moins de cinq (5) années de pratique;
 - b) le règlement des questions (report de vacances et cumul des jours de ressourcement) concernant le docteur Jean-Maurice Turgeon. *(L'alinéa b) est abrogé le 16 décembre 1997 par l'Amendement n° 59).*
2. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} août 1994.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 53

Concernant le financement de la rémunération du médecin qui, en tant que membre de la commission médicale régionale, exerce sa profession dans le cadre du protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une régie régionale.

AVIS : Voir l'Accord n° 148 à l'onglet ACCORDS et le protocole d'accord à la fin de la présente Brochure.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 Coûts visés**

1.01 Les coûts visés à la présente lettre d'entente sont ceux relatifs à la rémunération des activités professionnelles décrites au paragraphe 4.02 du protocole d'accord visé aux présentes.

2.00 Modalités de financement

2.01 Dans les quatre-vingt-dix (90) jours de la date d'entrée en vigueur du protocole d'accord visé aux présentes, les parties conviennent de stipuler conventionnellement, sur une base récurrente, relativement au financement des coûts visés à la présente lettre d'entente;

2.02 Les stipulations en cause devront tenir compte des paramètres suivants :

- a) sur une base annuelle ou autre, la détermination de ces coûts est assujettie à l'accord des parties;
- b) le coût global convenu est, en regard de l'ensemble des médecins assujettis à l'application de l'Entente, converti, sur une base annuelle, en un coût « per capita »;
- c) selon les modalités à être alors déterminées par les parties, les échelles de rémunération à honoraires fixes (annexe II) ainsi que les objectifs tarifaires (annexe IX) sont rajustés en conséquence aux fins d'assurer le financement des coûts visés aux présentes ainsi agréés.

2.03 Les modalités visées à l'alinéa c) ci-dessus comprennent les mécanismes de rajustement dont se doteront les parties aux fins de s'assurer qu'il y ait équilibre entre les montants versés en rémunération de l'activité professionnelle visée aux présentes et les sommes réservées à cette fin en vertu des dispositions de l'alinéa en cause.

3.00 Mise en vigueur

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1^{er} janvier 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 54

Concernant les conditions d'exercice du docteur Jacques Ramsay lorsqu'il exerce à l'Hôpital de l'Ungava.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIF :

1. La présente lettre d'entente a pour objet de reconnaître au docteur Jacques Ramsay, lorsqu'il est titulaire d'une nomination de l'Hôpital de l'Ungava à temps plein, le droit d'exercer ses activités professionnelles pendant six mois de l'année, en périodes discontinues qui sont déterminées par le docteur Ramsay en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.
2. Le docteur Jacques Ramsay bénéficie des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :
 - a) la moitié de la prime d'isolement;
 - b) deux sorties annuelles;
 - c) dix jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus deux fois par année. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon l'article 1 de la présente lettre d'entente.
3. Le docteur Ramsay bénéficie des avantages additionnels prévus au paragraphe 10.01 de l'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord au prorata des mois ouverts.
4. Le docteur Ramsay est rémunéré à la vacation conformément à l'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.
5. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1^{er} octobre 1994. 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 de avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 55

Le 29 mars 1993, les parties signaient la Lettre d'entente n° 26 qui fut modifiée par l'amendement n° 48 du 8 octobre 1993 et abrogée par l'amendement n° 50 du 22 mars 1994. Cette lettre concernait le financement de certains coûts reliés à l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier. Compte tenu de la pertinence de conserver l'article 6 de ladite lettre d'entente,

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIF :

1. Aux fins de l'application des articles de l'annexe IX relatifs à l'objectif du revenu moyen brut annuel, le forfait alloué en vertu du paragraphe 5.01 de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée, en régions universitaires, dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier est établi à 120 \$ par quart de quatre (4) heures.
2. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} décembre 1993 et 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 de avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 56

Le 29 mars 1993, les parties signaient la **Lettre d'entente n° 28** qui fut abrogée par l'amendement n° 50 du 22 mars 1994 et qui concernait la rémunération de l'**avortement** et de l'examen dispensé, le même jour, dans une clinique de planification des naissances, par un médecin autre que celui qui effectue l'avortement.

Compte tenu de la pertinence de conserver certains éléments contenus dans cette lettre,

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'avortement effectué dans la clinique de planification des naissances d'un centre exploité par un établissement désigné en annexe I des présentes est rémunéré selon l'honoraire global prévu au tarif.
2. Par exception, l'honoraire global précité ne couvre pas le coût de l'examen dispensé, le même jour, dans le centre visé, par un médecin autre que celui qui effectue l'avortement.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} décembre 1993 sauf en ce qui a trait à l'établissement qui exploite le Centre hospitalier de l'université Laval (C.H.U.L.), dans lequel cas elle prend effet le 18 septembre 1990. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^e jour de 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 (Lettre d'entente n° 56)**Liste des centres désignés aux fins des présentes :**

- 1) Centre hospitalier de l'université Laval (C.H.U.L.), clinique de planification des naissances

LETTRE D'ENTENTE NO 57

Ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une interruption volontaire de grossesse dispensés dans le local de certains organismes privés à but non lucratif.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Est visé aux fins des présentes un acte médical qui, relié à une interruption volontaire de grossesse, est identifié, à la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V de l'Entente, sous l'un des codes d'acte suivants : 6902, 6905, 6908, 6909, 6938 et 6939.
2. Lorsqu'il est dispensé dans le local d'un organisme privé à but non lucratif désigné à l'annexe I ci-jointe, cet acte médical est rémunéré à l'acte, selon la tarification applicable en cabinet, à la condition qu'il y ait entente entre l'organisme et le médecin quant aux coûts que ce dernier aura à assumer relativement à l'utilisation des locaux et d'autres services. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties. (**voir l'annexe I à la page suivante**).
3. Le montant de la rémunération relative à la dispensation de cet acte n'est pas sujet, lorsque le plafond trimestriel du médecin est atteint, à la réduction prévue à l'article 18 de l'annexe IX de l'Entente.
4. Cette lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1^{er} décembre 1994. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

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 la Lettre d'entente n° 57 ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une **interruption volontaire de grossesse** dispensés dans le local de certains organismes privés à but non lucratif.

Région de la Mauricie / Bois-Francs (04)

56001 Centre de santé des femmes de la Mauricie
1700, St-Olivier
Trois-Rivières, Québec G9A 4C7

Région de Montréal-Centre (06)

56002 Centre de santé des femmes de Montréal
16, boul. St-Joseph est
Montréal, Québec H2T 1G8

Région de l'Outaouais (07)

56003 Clinique des femmes de l'Outaouais
44, rue Jeanne-d'Arc
Hull, Québec J8Y 2H2

LETTRE D'ENTENTE NO 58

Concernant la rémunération des services médicaux dispensés dans le cadre du dépannage dans les établissements de la région Nord-du-Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte de l'Hôpital Chibougamau Limitée relatives aux services médicaux dispensés dans le cadre du dépannage par le médecin désigné selon les modalités de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent lorsque ces services sont dispensés dans un établissement de la région Nord-du-Québec.

- C.L.S.C. des Grands Bois
- Centre de santé Isle-Dieu
- Centre de santé Lebel

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1^{er} décembre 1995 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Utiliser les codes d'activité identifiés dans l'entente particulière concernant l'Hôpital Chibougamau Limitée.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 59**Concernant la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine.**

CONSIDÉRANT l'introduction d'enveloppes budgétaires globales prédéterminées devant servir à la rémunération des médecins pendant la durée de l'accord-cadre intervenu en date du 22 janvier 1996;

CONSIDÉRANT le mandat dévolu à la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux et la participation de la Fédération aux travaux de cette Table;

CONSIDÉRANT que la rémunération des nouveaux effectifs médicaux en omni-pratique, tels que déterminés en vertu des contingents d'étudiants existant à la date de la signature de la présente lettre d'entente, est assumée à même cette enveloppe budgétaire.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Mettre sur pied un comité permanent composé de représentants du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omni-praticiens du Québec ainsi que d'un (1) représentant des régies régionales de la santé et des services sociaux;
2. Ce comité a pour mandat de faire des recommandations au ministre de la Santé et de Services sociaux concernant la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine, eu égard aux travaux de la Table de concertation;
3. Ces recommandations peuvent porter sur le nombre de postes disponibles et nécessaires pour répondre aux besoins de la population, les besoins en formation des médecins eu égard au surplus ou à la pénurie d'effectifs dans certaines disciplines ou sur toutes autres matières que les membres du comité estiment pertinentes;
4. Les recommandations du comité tiennent compte de l'impact de la politique gouvernementale sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'accord-cadre. Ces recommandations peuvent également porter sur les modalités de financement des nouveaux effectifs médicaux provenant d'un contingent d'étudiants hors-Québec n'existant pas à la date de la signature des présentes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.
Président
Fédération des médecins
omni-praticiens du Québec

LETTRÉ D'ENTENTE NO 60**Concernant la répartition des effectifs médicaux.**

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de poursuivre les efforts déployés jusqu'à présent en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins sur l'ensemble du territoire québécois;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer aux populations des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé une plus grande accessibilité à des services médicaux généraux le plus près possible de leur lieu de résidence;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'arrêter certaines mesures permettant l'atteinte de ces objectifs.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Réviser l'ensemble des mesures de répartition existantes prévues par l'Entente afin d'évaluer l'opportunité de les maintenir, les modifier, les remplacer ou les abroger;
2. Examiner l'ensemble des mesures de répartition non prévues par l'Entente aux fins d'en évaluer l'opportunité;
3. Harmoniser les mesures conventionnelles de répartition, soit entre elles, soit par rapport aux mesures non prévues par l'Entente;
4. Formuler toute autre proposition au Ministre en vue d'améliorer l'efficacité du plan de répartition de l'effectif médical comme instrument d'installation et de rétention des médecins.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 61

Concernant l'instauration de nouveaux programmes.

CONSIDÉRANT que le ministre de la Santé et des Services sociaux a pour fonctions d'élaborer et de proposer au gouvernement des politiques relatives à la santé et aux services sociaux;

CONSIDÉRANT que dans l'exercice de ces fonctions, le Ministre a le pouvoir de proposer et de développer de nouveaux programmes;

CONSIDÉRANT l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale prédéterminée devant servir à la rémunération des médecins pour la durée de l'accord-cadre intervenu en date du 22 janvier 1996;

CONSIDÉRANT que la rémunération des services rendus par les médecins, dans le cadre des programmes dont l'administration est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec, est assumée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Discuter de l'impact de tout nouveau programme institué par la loi ou le gouvernement dont l'administration est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec sur une enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'accord-cadre susmentionné et des mesures à prendre. Ces discussions pourront également porter sur d'autres programmes institués par le Ministre après la signature des présentes, impliquant la participation des médecins et ayant un impact sur une enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 62

Concernant la modification de l'Accord-cadre intervenu en date du 22 janvier 1996.

CONSIDÉRANT l'entente de principe devant intervenir entre le gouvernement et le secteur public;

CONSIDÉRANT la nécessité d'agir avec équité avec l'ensemble des intervenants;

CONSIDÉRANT la nécessité de modifier l'accord-cadre susmentionné selon les paramètres de l'entente de principe à intervenir dans le secteur public.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Apporter les modifications nécessaires à certaines enveloppes budgétaires globales prédéterminées à l'accord-cadre susmentionné aux fins d'y traduire les augmentations de 1 % à intervenir dans le secteur public, respectivement en date des 1^{er} janvier 1997 et 1^{er} janvier 1998. Cette bonification des enveloppes budgétaires aura pour effet de modifier le niveau de celles-ci en conséquence.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 63

Concernant la rémunération des médecins exerçant dans le domaine de la santé publique, incluant le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Entreprendre, dès après la conclusion de l'accord-cadre intervenu en date du 22 janvier 1996, des négociations relativement à la rémunération des médecins exerçant leur profession en santé publique, notamment quant au nombre d'heures rémunérées à cette fin sur une base provinciale et régionale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 64

Ayant pour objet la mise en oeuvre de certaines dispositions de l'accord-cadre intervenu en date du 22 janvier 1996.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans les meilleurs délais, établir les modalités d'application de la mesure concernant la thérapie psychiatrique de soutien, identifiée au paragraphe e) de l'article 3 de l'accord-cadre du 22 janvier 1996 de façon à ce que ces modalités entrent en vigueur avant le 1^{er} février 1996.

2. Dès le mois de janvier 1996, entreprendre des négociations ayant pour objet le resserrement de règles de facturation (modifications à apporter au préambule des tarifs de l'annexe V de l'Entente) ainsi que l'harmonisation de certains tarifs avec ceux des médecins spécialistes (modification de la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V précitée) afin d'assurer le respect des enveloppes budgétaires des deux premières périodes annuelles couvertes par l'accord-cadre.

3. Les mesures découlant de l'application du paragraphe précédent devront entrer en vigueur avant le 1^{er} avril 1996 et permettre, minimalement, la réalisation d'économies annuelles et récurrentes de l'ordre de 9,6 millions, en prenant en compte les économies découlant du paragraphe 1 des présentes.

4. Dans le but de respecter l'objectif prévu au paragraphe 2, les négociations comportent également l'examen ou la modification de toute autre disposition monétaire.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22^e jour de janvier 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 65**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Au cours du mois de février 1996, introduire un amendement à l'Entente;
2. Cet amendement comprendra une modification à l'annexe IX prévoyant, limitativement à la période comprise entre le 1^{er} mars 1996 et le 28 février 1997, une réduction du plafond trimestriel de 1 000 \$;
3. Cet amendement comprendra également des modifications à la nomenclature des actes prévoyant :
 - a) quant à la thérapie psychiatrique de soutien, individuelle ou collective, par période de trente (30) minutes, la détermination d'un nouveau tarif en cabinet (30 \$) ainsi qu'en établissement (28,80 \$);
 - b) quant au tarif de l'électrocardiogramme, la détermination de nouveaux tarifs concernant les actes suivants, tel que ci-après indiqué :

(0340)	1,50
(0341)	4,00
(0342)	4,00
(30010)	1,50
(30060)	30,00
(0339)	41,00
(0344)	18,00

4. Cet amendement prévoira que le taux du tarif horaire sera fixé à 57,90 \$ et celui de la vacation à 173,70 \$.
5. Cet amendement prendra effet le 1^{er} mars 1996.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de mai 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 66**PAR LA PRÉSENTE LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. D'ici le 30 avril 1996, introduire un amendement à l'Entente;
2. Cet amendement comprendra une modification à l'annexe VI prévoyant une récupération de 618 000 \$ pour le mode de rémunération à honoraires fixes;
3. Cette récupération est effectuée dans le but de réduire les coûts générés par l'entente générale convenue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le Ministre de la santé et des services sociaux;
4. Cette récupération sera répartie en accordant un congé partiel sans traitement pour chacun des treize (13) congés fériés octroyés dans une année d'application aux médecins rémunérés selon ce mode. Ce congé sans traitement sera égal à 16 % de la valeur de ces jours fériés;
5. Cette diminution ne devra pas avoir pour effet de réduire la valeur du traitement hebdomadaire des avantages sociaux telle que calculée selon les articles 1.12 et 1.24 de l'annexe VI;
6. Ces conséquences pécuniaires ayant aussi pour effet de réduire le service ou le traitement retenu aux fins de l'application du régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) une demande d'inscription à l'application du règlement d'application du titre IV.2 de la Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics et le dépôt de l'amendement pertinent seront faits par les parties;
7. Cet amendement prendra effet le 1^{er} avril 1996.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^e jour de octobre 1996.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 67

PAR LA PRÉSENTE LES PARTIES CONVIENNENT :

1. D'introduire, lors du prochain amendement à l'Entente, une modification à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré en ajoutant, à la liste apparaissant à son annexe, l'établissement suivant :

Région 12 : Chaudière-Appalaches

- CLSC Beauce-Centre - Point de service Beauceville

2. Cette modification prend effet le 18 novembre 1996.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 68

Ayant pour objet la réouverture des négociations en vue du renouvellement de l'entente générale.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La signature du protocole d'accord intervenue en date du 16 décembre 1997 emporte, pour le Ministre et la Fédération, l'obligation d'examiner et de traiter prioritairement, lors de la réouverture des négociations en vue du renouvellement de l'Entente, des questions suivantes :

- a) la finalisation du dossier des frais de pratique;
- b) la détermination des politiques applicables, à moyen et long termes, en matière de gains d'efficience;
- c) les effets sur l'enveloppe budgétaire globale de l'ajout net d'effectifs médicaux, de l'impact du virage ambulatoire, dont le transfert de certains examens maintenant effectués par les médecins omnipraticiens, de la hiérarchisation des soins, et les rajustements conventionnels alors requis;
- d) l'introduction de nouveaux modes de rémunération;
- e) les conditions de participation des médecins à certains projets-pilote à financement conjoint fédéral-provincial, ainsi que toutes modalités de financement s'y rapportant.

2. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 69**Concernant la rationalisation des services médicaux.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Finaliser le dossier de la rationalisation des services médicaux d'ici le 1^{er} juillet 1997 en convenant, pour fins de modifications réglementaires, de l'identification des services non médicalement requis ainsi que, pour fins conventionnelles, de l'évaluation monétaire s'y rapportant.
2. Réallouer, jusqu'à concurrence de 10 M \$, les économies réalisées aux priorités suivantes :
 - l'actualisation de programmes visant des clientèles prioritaires plus particulièrement en ce qui a trait à la rémunération des soins médicaux à domicile, de la garde en disponibilité assurée pour les bénéficiaires hébergés en soins de longue durée et pour ceux du programme de maintien à domicile ainsi qu'à la rémunération des services dispensés dans le service d'urgence de certains centres hospitaliers. À ces fins, de nouveaux modes de rémunération pourront être considérés;
 - la rémunération de certaines tâches médico-administratives, particulièrement celles reliées à l'organisation régionale des soins médicaux;
 - la correction de certains problèmes reliés à la rémunération différente, particulièrement en ce qui a trait aux communautés en pénurie d'effectifs médicaux et, en régions universitaires, aux centres d'hébergement et de soins de longue durée;
 - après évaluation des parties, le financement des coûts additionnels reliés aux services médicaux dispensés dans le cadre du nouveau programme de dépistage du cancer du sein incluant la rémunération du coordonnateur clinique régional.
3. Les imputations en cause étant effectuées, établir le solde en découlant et, le cas échéant, rajuster l'enveloppe budgétaire globale en conséquence.
4. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 70**Ayant trait aux règles d'émancipation relatives à l'application de l'entente relative aux activités médicales particulières.****1. Territoires isolés**

1.1 Chaque année d'exercice dans les territoires isolés comportant le versement d'une prime d'isolement est considérée comme équivalant à trois (3) ans aux fins du calcul des années de pratique; celle comportant le versement d'une demie ($\frac{1}{2}$) prime d'isolement est considérée, aux mêmes fins, comme équivalant à un an et demi ($1\frac{1}{2}$). En faisant les adaptations appropriées, cette disposition s'applique également à toute partie d'année d'exercice comportant le versement d'une quote-part de telle prime ou partie de prime.

La présente disposition bénéficie rétroactivement à tout médecin qui, à la date d'entrée en vigueur de l'entente relative aux activités médicales particulières, est visé par cette entente et a, antérieurement à cette date, effectué une ou plusieurs périodes d'exercice de sa profession dans les territoires isolés précités.

2. Établissements ou territoires désignés en annexe**2.1 Conditions d'admissibilité**

2.1.1 Chaque année d'exercice dans un établissement, une de ses installations ou un territoire inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente est considérée comme équivalant à trois (3) ans aux fins du calcul des années de pratique aux conditions suivantes :

- le médecin a sa résidence principale à moins de cinquante (50) kilomètres de l'établissement, de l'installation ou du territoire visé;
- il exerce sa profession sur une base régulière dans l'établissement, l'installation ou le territoire inscrit à l'annexe I, selon le cas, depuis au moins dix mois de période continue;

2.1.2 Chaque année d'exercice dans un établissement ou dans une de ses installations inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente est considérée comme équivalant à deux (2) ans aux fins du calcul des années de pratique aux conditions suivantes :

- le médecin a sa résidence principale dans la région socio-sanitaire d'un établissement inscrit à l'annexe I;
- sur la base d'un engagement passé avec cet établissement, il y exerce, selon les termes de son engagement, depuis au moins dix (10) mois de période continue.

2.2 Calcul des années de pratique

2.2.1 Aux fins du calcul des années de pratique, peu importe son mode de rémunération, une année complète d'exercice dans l'établissement, l'installation ou le territoire inscrit à l'annexe est de 1 540 heures travaillées et plus. Le médecin qui n'y exerce pas pour au moins 1 540 heures voit ses heures travaillées en un an ramenées au prorata de 1 540 heures et les années admissibles aux fins de l'émancipation calculées en conséquence.

2.2.2 Les heures effectuées en garde en disponibilité, rémunérées ou non, ne sont pas retenues aux fins du calcul des années de pratique.

2.2.3 Le médecin rémunéré selon le mode de l'acte voit sa rémunération originant d'un établissement, d'une installation ou d'un territoire désigné en annexe, une fois ramenée au taux de base, convertie en heures sur la base du taux du tarif horaire.

3. Un établissement, une installation d'un établissement ou un territoire est inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente par accord des parties.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 1997 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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 (*Lettre d'entente n° 70*)

Établissement, installation ou territoire désignés

A) Aux fins de l'application du sous-paragraphe 2.1.1

- CLSC de l'Estran
- CS des Hauts-Bois
- Le Centre communautaire des services de santé et sociaux Haute Côte-Nord
- CLSC - Centre de santé des Sept-Rivières : CS Port-Cartier
- Territoire de l'Anse-St-Jean, Rivière Éternité et Petit-Saguenay

B) Aux fins de l'application du sous-paragraphe 2.1.2

- CLSC de l'Estran
 - CS des Hauts-Bois
 - Le Centre communautaire des services de santé et sociaux Haute Côte-Nord
 - CLSC - Centre de santé des Sept-Rivières : CS Port-Cartier
-

LETTRE D'ENTENTE NO 72

Ayant pour objet le programme de départ assisté.

VU l'article 10 de l'annexe XV de l'Entente, notamment ses paragraphes 10.1 et 10.3.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Advenant observation d'un dépassement de l'enveloppe monétaire particulière établie selon le paragraphe 10.1 de l'annexe visée aux présentes, convenir alors des mesures à prendre conjointement aux fins d'assurer le financement du montant du dépassement agréé par les parties;
2. Cette lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties et demeure en vigueur jusqu'à la date de son abrogation par celles-ci.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 73

VU les dispositions apparaissant à la lettre d'entente n° 69 intervenue entre le Ministre et la Fédération;

ATTENDU la mesure d'économie, la marge de manoeuvre financière et les imputations prévues à ce document conventionnel;

ATTENDU que l'on ne peut exclure, quant à la mise en oeuvre de la mesure d'économie prévue à cette lettre d'entente, la survenance de certains délais, ou leur prolongation;

ATTENDU que ces délais, s'ils se matérialisent ou se prolongent, peuvent avoir pour effet de compromettre temporairement la marge de manoeuvre financière projetée et, également, certaines imputations convenues;

CONSIDÉRANT que, parmi les imputations projetées, certains dossiers requièrent que les parties ont tout intérêt à arrêter, dès à présent, certaines mesures conventionnelles pour en assurer la mise en oeuvre ou le financement, ou les deux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Quant au financement du dossier de la rémunération dans certains services d'urgence de première ligne et de ceux de la rémunération différente en CHSLD et dans les unités de soins gériatriques des CHSGS, assurer, à compter du 1^{er} avril 1998, le financement des coûts réels engendrés par l'introduction de modifications à ces rémunérations. À ce financement, s'ajoute le paiement des coûts réels, observés pour l'année financière 1997-1998, découlant des modifications en cause;
2. Le financement susmentionné est assuré, pour chaque année financière, par le biais d'un rajustement sur une base forfaitaire de l'enveloppe budgétaire globale. Ce rajustement forfaitaire ne peut, sur base annuelle, excéder 3 M \$. Le rajustement dû pour l'année 1997-1998 s'ajoutera au rajustement calculé pour l'année 1998-1999.
3. Cet engagement financier vaut jusqu'à la mise en application de la lettre d'entente n° 69;
4. Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} décembre 1997.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^e jour de avril 1998.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 74

Ayant pour objet le statut professionnel du docteur Patrice Laflamme dont le numéro de permis émis par le Collège des médecins du Québec est 95-376.

ATTENDU que le docteur Patrice Laflamme est un médecin spécialiste qui a complété sa formation en médecine familiale après avoir obtenu son certificat de spécialiste en santé communautaire;

ATTENDU qu'une attestation du Collège signée par le docteur Joëlle Lescop, secrétaire générale, certifie que le docteur Patrice Laflamme a rempli toutes les conditions nécessaires pour que le Collège des médecins du Québec reconnaisse sa compétence en médecine familiale suite à un programme de formation de deux ans et la réussite à l'examen de médecine familiale en novembre 1997;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme pratique comme médecin omnipraticien;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme demande d'adhérer à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);

COMPTE TENU que le paragraphe 2.01 de l'Entente prévoit que le Ministre reconnaît la Fédération comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie au nom et pour tous les médecins qui ne détiennent pas de certificat de spécialité du Collège des médecins du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, malgré le paragraphe 2.01 de l'Entente, le docteur Patrice Laflamme, en autant qu'il exerce en médecine familiale, est considéré membre de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de ce fait est régi exclusivement par l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et par tout décret du gouvernement visant les médecins omnipraticiens.

2. Cette reconnaissance s'applique exclusivement au docteur Patrice Laflamme. Elle ne peut, d'aucune façon, être interprétée et appliquée à un médecin qui, avant ou après avoir obtenu un certificat en spécialité du Collège des médecins du Québec, a satisfait aux exigences de celui-ci pour exercer en médecine familiale.

3. L'exercice du docteur Patrice Laflamme, en médecine familiale, est révisé annuellement par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale. Le comité paritaire informe la Régie du résultat de cette révision.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 12 janvier 1998. Elle le demeure jusqu'à ce que le docteur Patrice Laflamme cesse d'exercer en médecine familiale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour de septembre 1999.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 75**Relative à l'entente particulière concernant l'assurance responsabilité professionnelle.**

CONSIDÉRANT l'augmentation importante des primes d'assurance responsabilité professionnelle devant être acquittées par les médecins omnipraticiens pour l'année 1998;

CONSIDÉRANT l'engagement des parties négociantes d'évaluer les effets d'une augmentation significative des primes d'assurance responsabilité professionnelle sur les frais de pratique et d'apporter les ajustements nécessaires.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, pour l'année 1998, la Régie verse au médecin omnipraticien un montant forfaitaire afin de le compenser de l'augmentation de la prime d'assurance responsabilité professionnelle qu'il doit assumer pour l'année 1998.

Ce montant forfaitaire (MF) est calculé selon les conditions et modalités apparaissant en annexe de la présente lettre d'entente.

2. Le versement de ce montant forfaitaire est accordé au médecin omnipraticien qui, pour la période du 1^{er} avril 1996 au 31 mars 1997, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$. Il est également accordé au médecin omnipraticien qui, pendant l'année 1998, aura touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

3. Le versement de ce montant forfaitaire est effectué par la Régie dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle. Il doit être demandé au plus tard le 31 mars 1999.

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.

Toutefois, le médecin visé par l'entente particulière ayant présenté une demande de remboursement dans les délais prescrits à cette lettre d'entente, reçoit le versement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente sans qu'il ne soit nécessaire de présenter une nouvelle demande.

4. Les montants forfaitaires payés par la Régie ne sont pas comptés dans le calcul du revenu trimestriel et semestriel du médecin visé à l'annexe IX de l'entente générale.

5. Est exclue de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, la somme des montants forfaitaires versés par la Régie en vertu de la présente lettre d'entente et des montants correspondant à la quote-part remboursée par la Régie pour l'année 1998 en vertu de l'entente particulière de laquelle on déduit les montants correspondant à la quote-part remboursée par la Régie pour l'année 1997 en vertu de l'entente particulière alors applicable.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour de septembre 1999.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE**À la lettre d'entente relative à l'entente particulière concernant l'assurance responsabilité professionnelle. (Lettre d'entente n°75)**

Le montant forfaitaire (MF) prévu à l'article I de la lettre d'entente n° 75 relative à l'entente particulière concernant l'assurance responsabilité professionnelle est calculé comme suit :

$$MF = (P98 - P97) - (QP98 - QP97)$$

où P98 correspond à la prime payable par le médecin pour l'année 1998 selon le groupe auquel il appartient;

P97 correspond à la prime payable par le médecin pour l'année 1997 selon le groupe auquel il appartient pour l'année 1998;

QP98 correspond à la quote-part versée par la Régie au médecin pour l'année 1998 selon le groupe auquel il appartient; et

QP97 correspond à la quote-part qui aurait été versée par la Régie au médecin pour l'année 1997 selon le groupe auquel il appartient pour l'année 1998.

Dans tous les cas, le montant forfaitaire doit être calculé en utilisant la prime-témoin, tant pour l'année 1997 que pour l'année 1998, du dernier groupe auquel appartient le médecin omnipraticien.

LETTRE D'ENTENTE NO 76

VU les dispositions de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29)*;

ATTENDU la suspension et le report des négociations relatifs à l'accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale;

ATTENDU la conclusion d'un protocole d'accord relatif au réseau intégré de soins généraux;

ATTENDU la volonté des parties de reporter à l'automne la reprise des négociations ayant pour objet la conclusion de l'accord-cadre susmentionné;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y a pour les parties de fixer certains paramètres en conséquence;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter du 15 septembre 1998, reprendre les négociations en vue de la conclusion d'un accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale;
2. Disposer des dépassements relatifs aux années 1996-1997 et 1997-1998. Dans cette tâche, les parties doivent tenir compte de l'ajout des nouveaux médecins, des coûts reliés à l'augmentation des frais de pratique du médecin, de l'alourdissement de la tâche du médecin, de l'accroissement du volume de services et des effets de la transformation du réseau;
3. Pour assurer le financement d'un éventuel solde des dépassements décrits à l'article 2 des présentes, prioriser des moyens n'ayant pas pour effet de pénaliser le médecin au niveau de sa rémunération;
4. La mise en oeuvre de la présente lettre d'entente est effectuée dans le cadre du règlement, par accord-cadre, du renouvellement de l'entente générale;
5. La présente lettre d'entente prend effet le 15 septembre 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 77

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour la période du 1^{er} septembre 1998 au 31 août 1999 :

1.1 À l'exception des CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin y est rémunéré selon le mode de l'acte, en cabinet privé et en CLSC, de majorer de 10 % la rémunération selon le tarif de base pour les services médicaux dispensés sur place, les samedi, dimanche et jour férié.

AVIS : - Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire

- CLSC du réseau de garde intégré (**service d'urgence**) :

Pour la période de 24 h à 8 h, utiliser le secteur de dispensation 12 et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX063, XXX098 et 072103(*);

- **tarif horaire** : XXX015, XXX030, XXX040, XXX063, XXX071 et selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et 072103(*).

- CLSC du réseau de garde intégré (**en dehors du service d'urgence**) et les autres CLSC, utiliser le secteur de dispensation 14 et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX063, XXX098 et 072103(*);

- **tarif horaire** : XXX015, XXX030, XXX040, XXX063, XXX071 et selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et 072103(*).

- Les heures d'activités donnant droit à la majoration sont les heures réelles consacrées à celles-ci.

- Le médecin qui détient un contrat en CLSC et qui dispense des services en CH en vertu d'une nomination spécifique, doit se conformer à ces instructions de facturation et, ajouter pour les services alors rendus en CH, les précisions suivantes dans la partie RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES : le numéro de l'établissement (du CH) et les activités visées.

- Le médecin, rémunéré à honoraires fixes, qui, en fonction d'une nomination spécifique, dispense des services dans un CHSGS visé par l'entente particulière « Malades admis en CHSGS », doit se conformer aux instructions énoncées à cette entente particulière.

- Rémunération à l'acte

- Inscrire dans la section ACTES le modificateur 046 pour chacun des services facturés (Y compris examens, visites). Dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de localité (6XXXX) ou de CLSC (9XXX2) ou (8XXX5) et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %.

(*) (072103 : **activités cliniques en GMF**) : Les professionnels qui se retrouvent dans cette situation et qui participent à un groupe de médecine de famille (GMF) doivent utiliser ce code d'activité.

Cette majoration s'applique également dans une unité de médecine familiale d'un CHSGS qui est désignée à un réseau de garde élaboré par la régie régionale.

AVIS : - Les unités de médecine familiale désignées sont les suivantes :

- 02063 : Hôpital Laval

- 02103 : CHUQ, Pavillon Saint-François d'Assise

- 02033 : Pavillon Enfant-Jésus

- Rémunération à l'acte :

- inscrire le modificateur 101 pour chacun des services facturés ou le MOD multiple 227 si les MOD 094 et 101 sont utilisés simultanément;

- inscrire le code d'une des unités de médecine familiale désignées dans la case ÉTABLISSEMENT;

- inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %;

- Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :

pour les installations (établissements) désignées :

- Utiliser le secteur de dispensation 16 et les codes d'activités suivants :

- honoraires fixes : XXX030;

- tarif horaire : XXX030;

À cette fin le Ministère, avec l'assentiment de la Fédération, transmet à la Régie, la liste des unités visées.

Cette majoration à l'exception des services dispensés de 0 h 00 à 8 h 00, s'applique également pour les activités rémunérées en vertu de l'entente particulière relative à l'assurance maladie concernant le système préhospitalier d'urgence de la région de Montréal-Centre et de Laval entre le Ministre de la santé et des services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal-Métropolitain.

1.2 Cette majoration s'applique sur la rémunération à l'acte à l'exclusion de la rémunération versée en vertu de l'alinéa b) du sous-paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V de l'Entente quant à la période de 0 h 00 à 8 h 00 et à l'exclusion des suppléments accordés à titre de frais compensatoires en vertu du sous-paragraphe 2.4.7.7 du préambule général de cette même annexe;

Sont considérés comme jours fériés les jours identifiés au sous-paragraphe 2.4.7.6 du préambule général à l'annexe V « Tarif des actes médicaux ». Toutefois, pour le médecin qui exerce en CLSC, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

1.3 Cette majoration s'applique également sur la rémunération à honoraires fixes selon les dispositions de l'article 15.05 a) de l'entente générale et sur la rémunération à tarif horaire selon les dispositions de l'article 3.00 de la section II de l'annexe XIV;

2. Dès le 1^{er} septembre 1998;

- de former un comité paritaire afin de définir, avec l'accord des parties, les critères d'admissibilité aux modalités de rémunération majorée relatives aux centres de consultations sans rendez-vous et de préciser les modalités de désignation de ces centres;
- de former, en collaboration avec les médecins omnipraticiens siégeant sur les commissions médicales régionales, des comités régionaux responsables de l'identification, dans chaque région, des centres de services de consultation sans rendez-vous et de faire aux parties toute recommandation appropriée. Avec l'implantation des départements régionaux de médecine générale, le comité de direction remplacera les médecins omnipraticiens siégeant sur les commissions médicales régionales au sein des comités régionaux;

3. Pour une application à partir du 1^{er} septembre 1999, de désigner les centres de consultations sans rendez-vous admissibles aux modalités de rémunération suivantes;

AVIS : voir les lettres d'entente n° 95 et n° 103

La rémunération pour des services dispensés en cabinet et en CLSC les samedi, dimanche et journée fériée est majorée de 10 % quel que soit le mode de rémunération selon les dispositions prévues à l'article 1 de la présente lettre d'entente;

- le bénéfice des dispositions régissant la garde sur place effectuée par un médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire est accordé.

À l'exception des établissements visés par le paragraphe 2.2.9B du Préambule général de l'annexe V de l'Entente, ces modalités de rémunération pourraient également être applicables dans un service d'urgence d'un CH ou dans tout autre centre situé dans un territoire désigné selon l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie et dépourvu d'un centre de services de consultations sans rendez-vous, lorsqu'il est désigné par un comité régional tel que ci-après mentionné, avec l'accord du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

4. De façon transitoire, avec l'accord des parties, en collaboration avec la régie régionale concernée, les dispositions régissant une désignation, au sens de l'article 3, peuvent, à titre exceptionnel, recevoir application avant le 1^{er} septembre 1999. À la même condition, il en est ainsi de l'octroi des bénéfices reliés à la garde sur place qui y serait effectuée par un médecin selon le mode des honoraires fixes ou, selon le cas, celui du tarif horaire.

AVIS : **A) Liste des établissements désignés (1^{er} juillet 2000) :**

Région 01 : Bas-Saint-Laurent

- Centre mitissien de santé et de services communautaires:
- 04967 : Hôpital de Mont-Joli

Région 06 : Montréal-Centre (1^{er} janvier 2001)

- 07747 : Pavillon Albert-Prévost (Hôpital du Sacré- coeur)
- 00877 : Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 00697 : Hôpital Douglas

Région 09 : Côte-Nord

- 02607 : Centre de santé de la Basse Côte-Nord
- 07797 : Centre de santé de l'Hémathite
- 02637 : Centre de santé de la Minganie
- 95272 : CLSC Naskapi

Région 10 : Nord-du-Québec

- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :
- 01617 : Point de service de Matagami
- 01577 : Point de service de Lebel-sur-Quevillon
- 07557 : Point de service Radisson
- 02537 : Point de service de Chibougamau

Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine

- 03267 : Centre hospitalier de l'Archipel

Région 17 : Nunavik

- 01607 : Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
- 07527 : Centre de santé Inuulitsivik

Région 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James

- 01627 : Conseil Cri de santé et de services sociaux de la Baie-James

B) Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :

Pour les installations (établissements) désignées et mentionnées ci-dessus :

- Utiliser le secteur de dispensation **17**.

- Les activités donnant droit à cette majoration sont codées comme suit :

- **honoraires fixes** : XXX030, XXX063 et XXX098
- **tarif horaire** : - 0090XX excluant 009081 et 009094,
- XXX030, XXX063, XXX071 et,
- XXX084 , XXX085 et XXX098, selon le cas.

5. Une seconde majoration de 10 % selon les modalités prévues au paragraphe 1.3 de la présente lettre d'entente applicable sur le tarif de base pour des services dispensés de 8h00 à 24h00 le samedi, dimanche ou journée fériée dans le service d'urgence des établissements suivants :

- a) les CLSC du réseau de garde intégrée lorsque les médecins sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX063 , XXX098 et **072103**;
- **tarif horaire** : 009XXX, XXX015, XXX030, XXX040, XXX063, XXX071 et, selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et **072103**.

NOTE : - professionnels des CLSC du réseau de garde intégré qui, en plus de cette situation, participent à un groupe de médecine de famille doivent utiliser ce code d'activité (**072103** : activités cliniques en GMF).

- Les professionnels à **honoraires fixes et à tarif horaire** doivent refacturer pour bénéficier des majorations.
- Pour la période de 24 h à 8 h, utiliser aussi le secteur de dispensation 12; considérer que pour cette période, une seule majoration s'applique.

- b) La Corporation d'Urgences-santé;

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants. :

- **honoraires fixes** : 010015, 010038, 010042, 010063, 010075 et 010098;
- **tarif horaire** : 010015, 010038, 010042, 010044, 010063, 010071, 010075, 010098.

NOTE : Les professionnels à **honoraires fixes et à tarif horaire** doivent refacturer pour bénéficier des majorations.

c) les centres hospitaliers de soins psychiatriques suivants:

Région 06 - Montréal-Centre

- Hôpital du Sacré-Cœur, Pavillon Albert Prévost;
- Hôpital Louis-H. Lafontaine;
- Hôpital Douglas

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **17** et les codes d'activités suivants. :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX063 et XXX098;
- **tarif horaire** : 009XXX, XXX015, XXX030, XXX063, XXX071, XXX098.

#

d) les établissements des régions éloignées ou isolées suivants :

Région 09 – Côte-Nord

+

- CLSC Naskapi
- Centre de Santé de la Basse-Côte-Nord
- Centre de Santé de l'Hématite
- Centre de Santé de la Minganie

Région 10 – Nord-du-Québec

- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James, Point de service de Matagami, Lebel-sur-Quévillon, Radisson, Chibougamau ;

Région 11 – Gaspésie Iles-de-la-Madeleine

- Centre hospitalier de l'Archipel

Région 17 – Nunavik

- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
- Centre de santé Inuulitsivik

Région 18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James

- Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser **une seule plage horaire à la fois par ligne**.

- Utiliser le secteur de dispensation **17** et les codes d'activités suivants. :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX063 et XXX098;
- **tarif horaire** : - 009XXX **excluant** 009081 et 009094,
- XXX015, XXX030, XXX063, XXX071 et,
- XXX084 , XXX085 et XXX098, selon le cas

#

6. Est également accordé un supplément de 50 \$ pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées, aux médecins qui exercent dans les CLSC du réseau de garde intégré et qui sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire ainsi qu'aux médecins exerçant dans les services d'urgence des centres hospitaliers de soins psychiatriques apparaissant au paragraphe 5c) ci-dessus.

AVIS : *Inscrire sur une demande de paiement n° 1200, les données suivantes :*

- la date et le code d'acte **09791**;
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie ;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7) d'un CH de soins psychiatriques visé ou au CLSC du réseau de garde intégré (9XXX2) ;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS ;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} septembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 79

Concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos.

ATTENDU QUE la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* confie au médecin qui a charge du travailleur la détermination du diagnostic, de la date ou de la période de consolidation de la lésion, de la nature, de la nécessité, de la suffisance ou de la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits, de l'existence ou du pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur ou de l'existence ou de l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

ATTENDU QUE les médecins omnipraticiens sont, de façon générale, les premiers à dispenser des services professionnels aux travailleurs victimes de lésion professionnelle, particulièrement à ceux victimes de lésion professionnelle au dos, et à assumer le suivi médical requis;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail a l'obligation d'assurer au travailleur victime de lésion professionnelle l'assistance médicale que requiert son état, tout en poursuivant l'objectif de maintenir le lien d'emploi de ce travailleur;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec partagent l'objectif de permettre au travailleur victime de lésion professionnelle au dos le plus prompt et durable retour au travail de celui-ci;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec croient que des mesures d'efficience pourraient être définies aux fins de cet objectif de prompt et durable retour au travail des travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos;

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec créent, relativement aux lésions professionnelles au dos, un comité technique chargé :

- a) de cerner l'état de la situation actuelle en matière de lésions professionnelles au dos;
- b) de dégager, à partir de statistiques disponibles, par l'étude de dossiers de la Commission ou par un relevé d'études existantes, les composantes du traitement d'une lésion professionnelle au dos;
- c) d'identifier, parmi ces composantes, celles relevant de la compétence des médecins et celles propres aux intervenants de la Commission;
- d) d'arrêter des mesures d'intervention spécifiques aux médecins omnipraticiens et aux intervenants de la Commission;
- e) de préparer, selon les pratiques médicales reconnues et sur la base de la situation actuelle, un guide relatif au traitement des lésions professionnelles au dos;
- f) de préciser les moyens de diffusion et de soutien aux médecins omnipraticiens de ce guide;
- g) de définir des indicateurs permettant d'évaluer l'évolution de la situation;
- h) de déterminer les moyens et les outils nécessaires à cette évaluation;
- i) de proposer des mesures de bonification, de nature forfaitaire, de la tarification des services médico-administratifs.

2. Le comité technique devra, dans les six mois suivant la signature de la présente lettre d'entente, déposer son rapport conformément au mandat confié.

3. Le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec verront, selon les termes du rapport soumis, à préciser les modalités de son application.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TREFFLÉ LACOMBE
Président du conseil d'administration
et chef de la direction- CSST

LETTRE D'ENTENTE NO 81

Ayant pour objet des mesures de compensation pour certains délais de mise en application de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) exploité par un établissement ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un CLSC.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans le cas où une garde en disponibilité ne rencontre pas les critères prévus à l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité, une compensation équivalente aux modalités de rémunération prévues à cette entente sera accordée à tout médecin qui assure une telle garde en disponibilité auprès d'un CHSLD ou dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC si les conditions suivantes sont rencontrées :

- la garde est assurée pour l'ensemble de la semaine au 1^{er} septembre 1998;
- la régie régionale doit avoir été saisie de la demande de compensation faite conjointement par l'établissement et le médecin responsable;
- l'établissement et le médecin responsable doivent avoir amorcé une démarche auprès des autres établissements avec lesquels il est susceptible de se regrouper;
- le ou les médecin(s) de l'établissement accepte(nt) de participer à une garde regroupée.

2. Cette compensation est accordée pour une période de trois mois allant du 1^{er} septembre au 30 novembre 1998 selon des modalités déterminées par le comité paritaire à l'article 32.00 de l'entente générale.

3. L'établissement, conjointement avec le chef du département clinique, le chef du service médical ou le médecin responsable, adressent la demande de compensation au bénéfice des médecins concernés au comité paritaire. Le comité paritaire analyse la demande à la lumière des conditions énoncées à l'article I des présentes et, s'il y a lieu, l'autorise et en informe la Régie de l'assurance maladie.

4. L'impact financier réel de cette mesure exceptionnelle est évalué après l'année d'application de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité. S'il advenait que l'application de la présente lettre d'entente provoque un dépassement du montant de 6,1M \$ alloué à la prise d'effet de ladite entente particulière, les modalités de financement des coûts supplémentaires seront alors convenues par les parties.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} novembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^e jour de septembre 1999.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 83

Ayant pour objet, en certains établissements, l'octroi de certaines mesures conventionnelles de rétention et de recrutement.

VU l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chap. c.29);

ATTENDU les difficultés de recrutement du Centre hospitalier Jonquière, du Complexe hospitalier de la Sagamie, du CH, CHSLD, CLSC Cléophas-Claveau (Hôpital de la Baie des Ha! Ha! et point de services de l'Anse Saint-Jean) et du CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet pour son point de services de Saint-Pamphile et la charge accrue des médecins qui y exercent;

ATTENDU la pénurie sévère d'effectifs médicaux au Centre hospitalier Jonquière et la transformation du réseau d'accessibilité aux soins de santé qui concerne de façon majeure cet établissement;

CONSIDÉRANT que les parties reconnaissent qu'il y a urgence de convenir et de mettre en place, dans les meilleurs délais, certaines mesures conventionnelles susceptibles de répondre aux exigences des situations ci-haut décrites :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Conditions d'admissibilité

Est admissible aux fins des présentes, le médecin qui répond aux exigences suivantes :

- a) en date du 1^{er} novembre 1998, il exerce principalement sa profession dans le territoire de régie régionale où est situé un centre exploité par un établissement visé aux présentes;
- b) il est détenteur d'une nomination d'un établissement susmentionné.

2. Exemption partielle du plafond trimestriel

Dès que le revenu brut d'un médecin visé aux présentes, 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 dispensés, pour le compte d'un établissement visé aux présentes, dans un centre désigné en annexe ci-jointe, ne sont pas assujettis à la réduction prévue au paragraphe 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

Le présent article ne s'applique qu'à la période comprise entre le 1^{er} décembre 1998 et le 30 novembre 1999. Il bénéficie au médecin qui, pendant cette période ou partie de celle-ci, exerce sa profession dans un centre visé au présent article.

3. Forfait compensatoire (CH Jonquière)

Le médecin qui, en date du 7 novembre 1998, exerce avec statut de membre actif sa profession au Centre hospitalier de Jonquière bénéficie et remplit les conditions apparaissant ci-après, bénéficie, à compter de cette date, d'un forfait de dix mille dollars (10 000,00 \$). Ce montant lui est versé à la fin de l'année couverte par le forfait.

Ce forfait compensatoire est renouvelable pour une période additionnelle d'un (1) an et est payable au médecin à la fin de la période annuelle de renouvellement de son forfait. Ce renouvellement est toutefois conditionnel à ce que le Centre hospitalier de Jonquière et le Complexe de santé de la Sagamie conviennent avant le 7 novembre 1999, d'un plan d'intégration clinique. Une fois ce plan approuvé par la Ministre, le renouvellement du forfait compensatoire devient effectif et cela, à partir du 7 novembre 1999.

Le médecin qui entend bénéficier des dispositions du paragraphe 1 du présent article doit s'engager à exercer sa profession, à compter du 7 novembre 1998, de façon régulière et continue, pendant une période minimale d'un (1) an. Pareil engagement vaut également pendant la période annuelle couverte par le renouvellement du forfait compensatoire.

Lorsque le médecin doit, pour cause de maladie ou de congé de maternité, suspendre provisoirement l'exercice de sa profession pour une période supérieure à trente (30) jours, le montant du forfait de ce médecin est, tout en respectant la durée de la franchise précitée, réduit en fonction de la durée de son absence.

4. Incidences financières

Les coûts découlant de l'application de l'article 2 de cette lettre d'entente font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de l'annexe IX de l'Entente. Les coûts ainsi établis sont exclus de tout dépassement de l'enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette même annexe.

Les montants versés aux médecins en vertu de l'article 3 des présentes ne sont pas assujettis aux dispositions de l'annexe IX de l'Entente.

5. Prise d'effet et durée

Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} décembre 1998 et 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

LETTRE D'ENTENTE NO 85

Ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une interruption volontaire de grossesse dispensés dans la Clinique médicale Fémina.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Est visé aux fins des présentes un acte médical qui, relié à un avortement thérapeutique à partir de 14 semaines, est identifié, à la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V de l'Entente, sous l'un des codes suivants : 6941, 6947, 6948, 6949 et 6951.
2. Pour la période allant du 1^{er} juin 1998 au 30 novembre 1998, la rémunération des actes énumérés au point 1 des présentes, lorsque dispensés à la Clinique médicale Fémina sur référence de la Régie régionale de Montréal-Centre, n'est pas sujette à l'application du plafond semestriel prévu à l'annexe IX de l'Entente. Il en est de même pour le trimestre s'échelonnant du 1^{er} septembre 1998 au 28 février 1999.
3. Les services visés au point 1 des présentes ne sont alors assujettis à aucune coupure ou réduction.
4. Cette mesure s'applique une fois les plafonds atteints par le médecin.
5. Le médecin informe la Régie de l'assurance maladie du Québec des services visés par la présente lettre d'entente en lui transmettant à nouveau les informations apparaissant sur les demandes de paiement qui auraient fait l'objet d'une réduction ou d'une coupure et qui ont déjà été expédiées. La régie régionale de Montréal-Centre confirme à la Régie les références visées par les présentes.
6. Les coûts découlant de l'application de la présente lettre d'entente font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de l'annexe IX de l'Entente. Ces coûts ainsi établis sont exclus de tout dépassement de l'enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette même annexe.
7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} décembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale

AVIS : Voir la Lettre d'entente n° 96.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 87

Concernant la garde aux points de services de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Toutes les conditions de rémunération prévues par l'entente générale et par l'entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré s'appliquent, sauf en ce qui a trait à la rémunération de la garde en disponibilité.

2. La garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes et, sous réserve du paragraphe suivant, à la moitié du taux horaire pour le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

AVIS : Veuillez utiliser le code d'activité 002081.

3. Malgré le paragraphe 5.04 de l'annexe XIV de l'Entente, les modificateurs inscrits sous la colonne 3 du paragraphe 5.01 s'appliquent à la rémunération de la garde en disponibilité.

4. Pour chacun des points de services visés, la rémunération de la garde en disponibilité prévue par la présente lettre d'entente n'est payable, pour une même période et pour un même service d'urgence, qu'à un seul médecin et à la condition qu'aucun médecin n'assure de présence au CLSC pour la période concernée.

5. Les heures de présence-médecin au CLSC sont maintenues à un minimum de 59 heures par semaine.

6. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n° 39. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 1999 et le demeure 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

LETTRE D'ENTENTE NO 92

Concernant la détermination de certains paramètres financiers.

VU les dispositions de l'Amendement n° 67 à l'entente générale intervenu entre la Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 2 septembre 1999;

VU également les dispositions du Protocole d'accord 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 ou d'un CLSC du réseau de garde intégré intervenu en date du 2 septembre 1999;

ATTENDU la nécessité qu'il y a de pourvoir au financement, sur base récurrente, des coûts additionnels découlant de ces textes conventionnels;

CONSIDÉRANT l'importance qu'il y a, pour les parties, de fixer certains paramètres en conséquence.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts annuels récurrents découlant de la mise en oeuvre du Protocole d'accord visé aux présentes sont, quant à leur financement, pris en compte lors de l'affectation de la marge financière dégagée aux fins du renouvellement de l'Entente, dans le cadre des paramètres gouvernementaux applicables aux secteurs public et parapublic. Le tiers (1/3) de cette marge de manœuvre sera, jusqu'à concurrence de 10 M \$, affectée au financement des mesures convenues aux termes de ce protocole;

2. Les coûts découlant de la mise en oeuvre de l'Amendement n° 67 susmentionné font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée au médecin en application de l'annexe IX de l'Entente. Sur base annuelle, les coûts ainsi établis et, le cas échéant, les coûts en excédent du 10 M \$ prévus à l'article précédent, sont exclus, jusqu'à concurrence de 7,2 M \$, de tout dépassement d'une enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette annexe;

3. L'impact des modifications apportées par l'Amendement n° 67 et par le Protocole d'accord visé aux présentes devra faire l'objet d'une évaluation par les parties en regard des objectifs poursuivis à savoir l'augmentation de la disponibilité des services médicaux dans les secteurs visés et quant aux coûts entraînés par ces modifications. En cas de non-atteinte des résultats attendus ou d'un dépassement du montant prévu à l'article 2, les parties conviendront alors des mesures à prendre et, dans cet exercice, elles tiendront compte des exigences que comporte une organisation adéquate de la dispensation des soins médicaux;

4. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à 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

LETTRE D'ENTENTE NO 93

Concernant le financement des coûts additionnels découlant de certains accords et ententes relativement au dépannage et au retour de médecins retraités.

COMPTE TENU des modifications introduites par des accords concernant les modalités de rémunération du dépannage;

COMPTE TENU du retour en pratique active de médecins qui se sont prévalus du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIVIT :

1. Les coûts additionnels découlant de l'application de certaines mesures convenues par les parties depuis le 15 mars 1999 relativement au mécanisme du dépannage, notamment par les Accords nos 303 à 307 inclusivement, 309, 310, 318, 319, 320 et 323, tels qu'évalués par les parties, seront pris en compte lors de la détermination des enveloppes budgétaires globales applicables à compter du 1^{er} avril 1998. Il en est de même des coûts reliés à l'application de la lettre d'entente concernant le retour en pratique de médecins s'étant prévalus du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

2. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à 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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 94

Concernant le retour en pratique du médecin adhérent aux programmes d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

PRÉAMBULE

La présente lettre d'entente 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 lettre d'entente a pour objet, malgré les dispositions de l'annexe XV de l'entente générale, de permettre au médecin adhérent aux programmes d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté de dispenser des services assurés auprès de patients dans le cadre de solutions palliatives au problème de pénurie d'effectifs, pour une période limitée et dans ou auprès d'établissements désignés par les parties.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

3.01 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 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 centre local de services communautaires (CLSC) et exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC;
- c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique;
- d) Les services professionnels dispensés dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.
- e) Les services professionnels dispensés dans le cadre 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.

4.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES**4.01 Engagement du médecin**

Le médecin s'engage à respecter les dispositions de la présente lettre d'entente et à n'exercer que dans un ou dans des établissements désignés. Il doit obtenir une nomination de cet ou de ces établissements 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.

Le contrat d'engagement complété par le médecin revenu en pratique avant le 15 septembre 1999 est remplacé par le contrat de retour en pratique. Ce médecin doit compléter le contrat de retour en pratique.

4.02 Mode de rémunération

Sauf exception autorisée par le comité paritaire prévu à l'article 5.00 des présentes, le médecin est rémunéré exclusivement à tarif horaire **pour la période allant du 6 mai 1999 au 11 septembre 1999 inclusivement.**

À partir du 12 septembre 1999 sauf exception autorisée par le comité paritaire, le médecin est rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, selon les dispositions de tout autre document conventionnel s'appliquant dans l'établissement où il exerce.

Le médecin dont la date de retour en pratique se situe avant le 12 septembre 1999 et qui est rémunéré selon le mode du tarif horaire dans un établissement où le mode de rémunération est celui de l'acte, maintient son mode de rémunération jusqu'au 26 septembre 1999. Il peut également opter pour le maintien de ce mode de rémunération pour toute la durée de son retour en pratique dans l'établissement. Il doit, alors en aviser le comité paritaire avant le 5 octobre 1999.

4.03 Versement de l'allocation

Le médecin signifie, par la voie du 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 XV.

Cette option vaut pour toute la durée de la présente lettre d'entente sauf modification autorisée par le comité paritaire et 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. Dans ce dernier cas, le médecin en avise, alors, par écrit, le comité paritaire.

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'administration de la présente lettre d'entente.

5.02 Aux fins de l'application du paragraphe 5.01, le comité paritaire a notamment pour fonctions :

- a) de désigner les établissements visés au paragraphe 1.01 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 de la modification de l'option exercée en vertu du paragraphe 4.03.

6.00 ÉTABLISSEMENT

6.01 L'établissement désigné accorde une nomination au médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente selon les dispositions prévues à la Loi sur les services de santé et sur les services sociaux. Il suit également les procédures régulières pour qu'en soit avisée la Régie.

7.00 DURÉE ET MISE EN VIGUEUR

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 6 mai 1999 et le demeure jusqu'au 6 mai 2000.

7.02 La présente lettre d'entente est reconduite jusqu'au 31 décembre 2001.

AVIS : *La présente lettre d'entente est reconduite jusqu'au renouvellement de l'entente générale (Amend. n° 78)*

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 95

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

CONSIDÉRANT les négociations en cours;

CONSIDÉRANT les responsabilités qu'assumeront les département régionaux de médecine générale (DRMG);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIF :

1. Malgré l'article 3. de la lettre d'entente n° 77 du 19 février 1999, les règles d'application de ladite lettre d'entente prévalant à ce jour se poursuivent jusqu'au 1^{er} septembre 2000.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 22 juin 1999 et le demeure 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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 96

Ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une interruption volontaire de grossesse dispensés dans la Clinique médicale Fémina.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIF :

1. Est visé aux fins des présentes un acte médical qui, relié à un avortement thérapeutique à partir de 14 semaines, est identifié, à la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V de l'Entente, sous l'un des codes suivants : 6941, 6947, 6948, 6949 et 6951.

2. Pour la période allant du 1^{er} décembre 1998 au 31 août 1999, la rémunération des actes énumérés au point 1 des présentes, lorsque dispensés à la Clinique médicale Fémina sur référence de la Régie régionale de Montréal-Centre, n'est pas sujette à l'application des plafonds trimestriels prévus à l'annexe IX de l'Entente.

3. Les services visés au point 1 des présentes ne sont alors assujettis à aucune coupure ou réduction.

4. Cette mesure s'applique une fois les plafonds atteints par le médecin.

5. Le médecin informe la Régie de l'assurance maladie du Québec des services visés par la présente lettre d'entente en lui transmettant à nouveau les informations apparaissant sur les demandes de paiement qui auraient fait l'objet d'une réduction ou d'une coupure et qui ont déjà été expédiées. La régie régionale de Montréal-Centre confirme à la Régie les références visées par les présentes.

6. Les coûts découlant de l'application de la présente lettre d'entente font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de l'annexe IX de l'Entente. Ces coûts ainsi établis sont exclus de tout dépassement de l'enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette même annexe.

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 22 juin 1998 et le demeure 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

LETTRE D'ENTENTE NO 97**Relative aux régimes d'assurance prévus à l'annexe VI de l'entente générale.**

CONSIDÉRANT les négociations en cours concernant le mode de rémunération à honoraires fixes;

CONSIDÉRANT que ces négociations incluent la révision des avantages sociaux prévus à l'annexe VI de l'entente générale;

CONSIDÉRANT que les garanties prévues aux régimes d'assurance font l'objet d'une évaluation globale aux fins d'établir les coûts réels que la Régie doit assumer en vertu des paragraphes 6.23, 6.24 et 6.25 de l'annexe VI;

ATTENDU que le comité paritaire prévu au paragraphe 6.07 de l'annexe VI a révisé les régimes d'assurance complémentaires obligatoires relativement à l'assurance vie et à l'assurance invalidité, dans le processus du renouvellement des assurances assumées par la SSQ-Vie;

ATTENDU que cette révision implique des modifications aux garanties prévues à l'annexe VI;

COMPTE TENU que ces modifications doivent s'appliquer au moment du renouvellement des assurances, soit le 1^{er} juillet 1999;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De modifier, d'ici le 1^{er} octobre 1999, les articles 6.00, 7.00 et 8.00 de l'annexe VI de l'entente générale relativement aux régimes d'assurance en y précisant, entre autres, que :

- dans le cas du régime complémentaire obligatoire d'assurance vie, pour toute nouvelle invalidité débutant à compter du 1^{er} juillet 1999, l'exonération des primes et la protection des personnes dont l'invalidité débute avant 63 ans se terminent à 65 ans;
- le régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée se termine à 65 ans;
- dans le cas du régime complémentaire optionnel d'assurance vie, pour toute nouvelle invalidité débutant à compter du 1^{er} juillet 1999, l'exonération des primes et la protection des personnes dont l'invalidité débute avant 63 ans se terminent à 65 ans.

2. D'appliquer, dès le 1^{er} juillet 1999, les modifications décrites à l'article I des présentes.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 23 juin 1999 et le demeure jusqu'à la signature des amendements requis à 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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 98

Ayant pour objet le financement des coûts additionnels reliés à la tenue d'un projet pilote intéressant le Centre hospitalier régional de Sept-Îles.

VU l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., chapitre A-29);

ATTENDU la conclusion d'une entente particulière prévoyant la tenue d'un projet pilote au Centre hospitalier régional de Sept-Îles;

ATTENDU que ce projet pilote vise à stabiliser la pratique médicale des médecins qui exercent leur profession dans le centre hospitalier visé tout en augmentant l'accessibilité aux soins médicaux prioritaires qui y sont dispensés;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y a de pourvoir à la détermination de modalités additionnelles de financement des soins médicaux prioritaires dispensés en certaines régions.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts additionnels déterminés par les parties découlant de la mise en oeuvre du projet pilote susmentionné sont financés à même certaines ressources financières additionnelles qui, dans un avenir prochain, seront dégagées par la ministre de la Santé et des Services sociaux en vue de stabiliser la pratique médicale, hospitalière ou autre, des médecins qui exercent leur profession en certaines régions tout en rendant plus disponibles les soins médicaux prioritaires qui y sont dispensés.

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

LETTRÉ D'ENTENTE NO 99

Ayant pour objet le financement des coûts reliés à la mise en oeuvre des documents conventionnels régissant la rémunération des chefs de département régional de médecine générale (DRMG) (Protocole d'accord) et de département clinique de médecine générale (DCMG) (Entente particulière).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts reliés à la mise en oeuvre du protocole d'accord régissant la rémunération des chefs de département régional de médecine générale (DRMG) sont financés, sur base annuelle, à même une somme de 2,5 millions que le gouvernement rend disponible à cette fin. Subsidiairement, toute quote-part non utilisée de cette somme est, sur la même base, en raison notamment des activités professionnelles que le chef de département clinique de médecine générale (DCMG) est appelé à effectuer pour le compte du DRMG, affecté au financement des coûts reliés à la mise en application de l'entente particulière prévoyant la rémunération des chefs de DCMG.

2. Les économies réalisées au niveau de l'utilisation de la banque d'heure attribuée aux médecins énumérés aux paragraphes 4.01 et 4.02 du protocole d'accord visé aux présentes et découlant de la rémunération des fonctions décrites au paragraphe 4.03 de ce même protocole sont également affectées, dans une année donnée d'application de l'Entente, au financement des autres coûts reliés à la mise en oeuvre des documents conventionnels susmentionnés.

3. Tout autre coût supplémentaire relié à la mise en oeuvre des documents conventionnels susmentionnés excédant la somme totale des montants ci-haut décrits est pris en compte lors de l'affectation de la marge financière dégagée aux fins du renouvellement de l'Entente, dans le cadre des paramètres gouvernementaux applicables aux secteurs public et para-public.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 101

Considérant le financement des coûts découlant de l'émission de permis restrictifs.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La rémunération des médecins à qui le Collège des médecins du Québec décerne un permis restrictif après le 1^{er} avril 2000 n'est pas considérée aux fins de la détermination de tout dépassement ou non atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre.
2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} avril 2000 et le demeure 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

LETTRE D'ENTENTE NO 102

Concernant l'application de certaines dispositions de l'Accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale pour la période débutant le 1^{er} avril 1998 et se terminant le 31 mars 2002 ainsi que la révision de modalités relatives à la rémunération différente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les dispositions du sous-paragraphe 9.00 a) i) de l'Accord-cadre s'appliquent, pour les parties du territoire actuellement désignées aux fins de la rémunération différente, aux régions suivantes :

- Région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec
- Région 07 : Outaouais
- Région 08 : Abitibi-Témiscamingue
- Région 09 : Côte-Nord
- Région 11 : Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine
- Région 15 : Laurentides

et sous réserve de l'article 2 de la présente lettre d'entente, pour les parties du territoire actuellement désignées aux fins de la rémunération différente, aux régions suivantes :

- Région 01 : Bas-St-Laurent
- Région 02 : Saguenay-Lac-St-Jean

2. D'ici le 30 mai 2000, les parties devront décider de l'applicabilité des dispositions du sous-paragraphe 9.00 a) i) de l'Accord-cadre aux secteurs géographiques d'Alma, de Rimouski, de Rivière-du-Loup, de Kamouraska et de Ste-Anne-de-la-Pocatière.

3. La révision de la carte et des modalités de la rémunération différente, pour l'ensemble du Québec, doit être réalisée par les parties pour le 31 décembre 2000.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 5 mai 2000 et le demeure 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

LETTRE D'ENTENTE NO 103

Lettre d'entente n° 77 concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

CONSIDÉRANT les négociations en cours;

CONSIDÉRANT les responsabilités qu'assumeront incessamment les départements régionaux de médecine générale (DRMG);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 3. de la lettre d'entente n° 77 du 19 février 1999, les règles d'application de ladite lettre d'entente prévalant à ce jour se poursuivent jusqu'au 1er mars 2001.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17 jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 104

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant l'accessibilité aux services médicaux à la population de Malartic.

PRÉAMBULE

La présente lettre d'entente est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

ATTENDU que la population de Malartic est éloignée de plus de vingt-six (26) km du service d'urgence de première ligne le plus près ;

ATTENDU le nombre important de personnes habitant Malartic et les environs;

ATTENDU que cette population est plus âgée que dans les autres secteurs de la région, plus affligée sur le plan socio-économique et moins mobile;

ATTENDU que les services de transport en commun y sont inexistants ;

CONSIDÉRANT que le centre hospitalier de Malartic est un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) ;

CONSIDÉRANT que le service d'urgence du CHSP est devenu un point de service du Centre de Santé Vallée de l'Or dans le cadre d'une réorganisation des services de première ligne ;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux et l'impossibilité de répondre aux besoins de services médicaux d'urgence de première ligne ;

CONSIDÉRANT les difficultés de recruter de nouveaux médecins ;

CONSIDÉRANT la vulnérabilité du réseau intégré de soins dispensés à la population de Malartic ;

CONSIDÉRANT que ledit réseau fait l'objet d'un projet d'expansion pour la population de Val d'Or requérant des soins psychiatriques ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1.00 Accessibilité aux services médicaux d'urgence de première ligne

1.01 L'équipe médicale de Malartic s'engage à offrir, sur place, des services médicaux d'urgence de première ligne à la population de Malartic selon des plages horaires couvrant une période minimale quotidienne de six (6) heures, sept (7) jours semaine;

1.02 Sous réserve d'un recrutement suffisant d'effectifs médicaux, la période d'accessibilité aux services médicaux d'urgence de première ligne devra couvrir graduellement une période quotidienne de douze (12) heures sur sept (7) jours semaine.

2.00 Participation

2.01 Le médecin qui est détenteur d'une nomination du Centre de Santé Vallée de l'Or et qui participe à la dispensation des soins au service d'urgence de première ligne, bénéficie des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

3.00 Mesures de rétention

3.01 Le médecin qui participe à la dispensation des soins médicaux d'urgence de première ligne est rémunéré, pour ces services, conformément au paragraphe 2.1 de l'annexe XII de l'Entente comme si dispensés dans un des établissements visés à ce paragraphe.

AVIS : *Les modes de rémunération sont ceux prévus à l'article 3.00 de l'entente particulière relative aux médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC.*

4.00 Mise en vigueur et durée

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} février 2001 et le demeure jusqu'à la révision, par les parties, des ententes particulières relatives au réseau de garde intégré.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec. ce 17^e jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 105

Concernant la rémunération des services médicaux dispensés dans le cadre du dépannage dans certains points de service du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. Sous réserve de l'article 2 de la présente lettre d'entente, les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte de l'Hôpital Chibougamau Limitée relatives aux services médicaux dispensés dans le cadre du dépannage par le médecin désigné selon les modalités de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent lorsque ces services sont dispensés dans les points de services suivants:

- Point de services Chapais
- Point de services Matagami .
- Point de services Lebel sur Quevillon

2. La garde en disponibilité faite en plus des services rémunérés selon le per diem prévue au paragraphe 6.02 a) de l'entente relative à l'Hôpital Chibougamau Limitée n'est pas rémunérée contrairement aux dispositions apparaissant à ce même paragraphe.

3. La présente lettre d'entente remplace la lettre d'entente n° 58 du 22 janvier 1996. Elle prend effet le 11 février 2001 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^e jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 106

Concernant l'actualisation des tarifs, afférente à la période annuelle d'application débutant le 1^{er} avril 2001, prévue à l'accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale pour la période débutant le 1^{er} avril 1998 et se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. Dans le cadre des dispositions de l'accord-cadre susmentionné, affecter, pour la période annuelle d'application débutant le 1^{er} avril 2001, les sommes disponibles, telles que déterminées par les parties à partir de leur estimation de la dépense réelle sur la base des données disponibles au 31 mars 2001 et, sur cette base, en tenant compte de l'application des taux d'augmentation de 2,5 % au 1^{er} janvier 2001 et, pour les trois premiers mois de l'année visée, de 2,5 % au 1^{er} janvier 2002, aux majorations suivantes :

- a) une majoration de 2,5 % applicable sur le tarif de l'examen en cabinet;
- b) une majoration de 5 % sur le tarif de la thérapie psychiatrique de soutien en cabinet.

Les majorations visées à cet article prennent effet le 1^{er} avril 2001. La tarification découlant de ces majorations s'applique à compter du 1^{er} juin de la même année.

2. Si l'expérience du régime, tel qu'il appert des données relatives aux trois premiers trimestres de la période annuelle d'application débutant le 1^{er} avril 2000, autorise les parties à dégager, malgré la mise en oeuvre de l'article 1, une marge de manœuvre additionnelle permettant de bonifier la rémunération du médecin applicable à la période annuelle d'application débutant le 1^{er} avril 2001, appliquer, successivement et dans l'ordre apparaissant ci-après, jusqu'à concurrence des sommes disponibles, les montants ainsi dégagés, tels que déterminés par les parties, aux majorations suivantes :

- a) une majoration de 2,5 % sur le tarif de la consultation ;
- b) une majoration de 2,5 % sur le tarif de l'examen à domicile;
- c) l'équivalent d'une majoration de 2,5 % sur la rémunération des examens dispensés, auprès du malade inscrit, dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, selon des modalités à être déterminées par les parties.

Les majorations visées à cet article prennent effet le 1^{er} juillet 2001. La tarification découlant de ces majorations s'applique à compter du 1^{er} septembre de la même année.

Dans la mesure où la mise en oeuvre du présent article laisse aux parties une marge de manœuvre financière résiduelle, celles-ci disposent des sommes ainsi dégagées, selon les dispositions qu'édictent l'article 10 de l'accord-cadre.

3. Convenir des amendements techniques requis

- a) d'ici le 31 mars 2001, quant à la mise en oeuvre de l'article 1 ;
- b) d'ici le 30 juin 2001, quant à la mise en oeuvre de l'article 2.

La mise en oeuvre des articles 1 et 2 de cette lettre d'entente comprend la détermination des modalités de versement de la rétroactivité prévue à l'article 1 pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mai de la même année et, à l'article 2, pour la période comprise entre le 1^{er} juillet 2001 et le 31 août de la même année.

En outre, la mise en oeuvre de l'article 1 de cette lettre d'entente comprend, selon des modalités à être déterminées par les parties, un rajustement à la hausse du plafond trimestriel non inférieur à 51125 \$.

4. Aux fins d'assurer le caractère fonctionnel des modalités qui seront convenues selon l'alinéa c) de l'article 2, entreprendre, à compter du 15 avril 2001, une révision judicieuse de la nomenclature des actes afférente aux actes médicaux visés à cet alinéa.

5. Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} avril 2001.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^e jour de septembre 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 107

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIVIT:

1. Sous réserve des dispositions prévues à la présente lettre d'entente, prolonger jusqu'au 1^{er} avril 2002 la lettre d'entente n° 77 du 19 février 1999.
2. D'ici le 1^{er} octobre 2001 :
 - identifier sur base annuelle et régionale les dépenses réelles encourues relatives à l'application de la lettre d'entente n° 77 ;
 - convenir, sur recommandation du comité paritaire formé en vertu de l'article 2 de la lettre d'entente n° 77, de mesures incitatives qui, à partir du 1^{er} avril 2002, pourront être octroyées aux centres de consultation désignés selon l'article 4 des présentes ;
 - convenir d'un cadre de gestion des mesures incitatives qui relèvera du département régional de médecine générale (DRMG) ;
 - établir les modalités et procédures d'application des nouvelles dispositions convenues entre les parties et impliquant les régies régionales, la Régie et le comité paritaire.
3. D'ici le 1^{er} octobre 2001, le comité paritaire :
 - élabore les critères que doit rencontrer tout centre de consultation sans rendez-vous appelé à bénéficier des mesures incitatives convenues entre les parties ;
 - recommande aux parties des mesures incitatives.
4. À partir du 1^{er} octobre 2001, le comité paritaire :
 - reçoit des régies régionales la liste des centres de consultation sans rendez-vous qu'elles proposent et qui a été, au préalable, recommandée par le DRMG ;
 - désigne les centres de consultation sans rendez-vous qui bénéficieront, selon leurs engagements, des mesures incitatives applicables à partir du 1^{er} avril 2002.
5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} mars 2001 et le demeure jusqu'au 1^{er} avril 2002.

AVIS : Cette lettre d'entente est reconduite jusqu'au renouvellement de l'entente générale par l'amendement n° 80.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^e jour de septembre 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 108

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 de Chaudière-Appalaches.

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 ;
- 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 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. Inscire la **période couverte** par l'avis de service. Sous la section « Situations d'entente », cocher la case **LETTRE D'ENTENTE** et inscrire : lettre d'entente n° 108.

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 principale se situe dans la région socio-sanitaire de Chaudière-Appalaches et son lieu de résidence est situé à plus de 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 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 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 région régionale.

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

AVIS : *Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*

- sous **quantième** : la journée du déplacement;
 - sous **mode de rémunération** : le mode TH;
 - sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;
 - sous **code d'activités** : le code 002092 (temps de déplacement);
 - sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;
 - sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;
 - sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.
- La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.*

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 1^{er} juillet 2001 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 janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 110**Concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéro-médicale au Québec (É.V.A.Q.)****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. Objet**

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les conditions de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du système d'évacuation aéro-médicale au Québec.

2. Champ d'application

2.1 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

3.1 Les activités professionnelles visées couvrent l'ensemble des services dispensés par les médecins-escortes, ceux dispensés par les médecins responsables de l'intervention téléphonique ainsi que les activités médico-administratives.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité 016045: Activités d'évacuation aéro-médicale*

4. Banque d'heures allouée

4.1 Est allouée pour la rémunération de l'ensemble des services visés aux présentes une banque de 861 heures par période de vingt-huit (28) jours dont au plus 120 heures peuvent être consacrées à rémunérer des activités autres que celles des médecins-escortes.

Tout dépassement de la banque d'heures allouée doit être soumis et autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

5. Modalités de rémunération

5.1 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en évacuation aéro-médicale dans le département de médecine générale du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, lorsqu'il exerce dans le cadre du système d'évacuation aéro-médicale au Québec, est obligatoirement rémunéré selon le mode du tarif horaire.

5.2 Les services dispensés par les médecins-escortes sont rémunérés sur la base des modalités suivantes :

- a) les heures de garde assumées par le médecin durant le quart de garde sous sa responsabilité sont rémunérées à tarif horaire ;
- b) les heures de garde en disponibilité assumées par le médecin avant le début de son quart de garde sont rémunérées à tarif horaire à raison d'une heure par quart de garde quelle que soit la durée du quart de garde ;
- c) les heures supplémentaires faites en déplacement suite au quart de garde du médecin sont rémunérées à tarif horaire pour la totalité des heures faites en déplacement, le déplacement débutant à l'heure du départ à l'aéroport de Québec et se terminant à l'heure du retour à l'aéroport de Québec.

5.3 Pour les fins de l'application du Règlement sur la rémunération différentielle pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession (Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q. c.A-29), la rémunération versée dans le cadre de la présente lettre d'entente est réputée être versée dans un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

5.4 Une majoration de 8,7 % de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire est accordée pour tous les services dispensés et cela en tout temps.

5.5 Un supplément de 50 \$ est accordé pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. Un seul forfait peut être facturé par jour.

AVIS : *Inscrire sur une demande de paiement n° 1200, les données suivantes :*

- la date et le code d'acte **09791**;
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie ;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7) d'un CH visé ;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS ;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

5.6 Aux fins de l'application de l'annexe IX, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe.

6. Mise en vigueur

La présente lettre d'entente remplace la lettre d'entente n° 100. Elle entre en vigueur le 1^{er} août 2001 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 janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 111

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés de 0 h 00 à 8 h 00, du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées dans certains services d'urgence de certains établissements.

ATTENDU que le médecin de garde sur place au service d'urgence des établissements énumérés aux présentes est rémunéré selon les modes du tarif horaire ou des honoraires fixes;

ATTENDU que ce médecin bénéficie depuis le 1^{er} janvier 2001 des dispositions de la lettre d'entente n° 77 du 19 février 1999 concernant la rémunération majorée pour les services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée;

ATTENDU que ce médecin ne peut se prévaloir du forfait de nuit prévu au paragraphe 1.4 du préambule général de l'Entente;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de permettre à ce médecin de bénéficier d'une majoration à sa rémunération pour les services qu'il dispense la nuit au service d'urgence.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services médicaux dispensés au service d'urgence des établissements énumérés à l'article 3 des présentes, de majorer de 10 % la rémunération versée selon le mode du tarif horaire et de majorer selon les dispositions des trois derniers alinéas du paragraphe 15.05 a) de l'entente générale la rémunération versée selon le mode des honoraires fixes.

2. Cette majoration s'applique du lundi au vendredi, de 0 h 00 à 8 h 00, à l'exception des jours fériés et n'est payable qu'à un seul médecin de garde sur place au service d'urgence.

AVIS : - Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci;

- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activités suivants :

- **honoraires fixes** : XXX015, XXX030, XXX043, XXX055 et XXX063

- **tarif horaire** : XXX015, XXX030, XXX043, XXX055, XXX063 et XXX071

#

3. Aux fins de l'application des présentes est désigné le service d'urgence des établissements suivants :

Région 06 : Montréal-Centre

- Hôpital du Sacré-Cœur : Pavillon Albert-Prévost
- Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Hôpital Douglas

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2001 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 janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 114

Concernant la création d'un comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale.

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de bien planifier les effectifs médicaux en médecine générale ;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de poursuivre les efforts déployés jusqu'à présent en vue d'assurer la répartition géographique des médecins omnipraticiens sur l'ensemble du territoire québécois ;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux généraux et la prise en charge de la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille ;

ATTENDU qu'il y a lieu d'arrêter certaines mesures permettant l'atteinte de ces objectifs ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Lorsque les travaux portent sur l'organisation des services en médecine générale au sein d'une région spécifique, le chef du département de médecine générale de la région régionale concernée, participe également au comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens ainsi que de représentants des établissements qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

2. Le comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale a pour fonction d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, le tout afin d'assurer une accessibilité optimale aux services médicaux en médecine générale de première et deuxième ligne et une prise en charge pour la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille. À cette fin, le comité exerce notamment les attributions suivantes, sur le plan local, régional et provincial :

- a) Il évalue les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine ;
- b) Il identifie les besoins prioritaires en effectifs médicaux en médecine générale de première et de deuxième ligne et définit les objectifs de répartition ;
- c) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux généraux ;
- d) Le cas échéant, il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, les plans régionaux d'organisation des services et les plans régionaux des effectifs médicaux relatifs aux services de médecine générale ;
- e) Il donne son avis sur tout projet concernant la prestation des services médicaux généraux ;

3. Dans le cadre de l'exercice de ses attributions, le comité tient compte, notamment, des besoins de la population en matière de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne, des effectifs médicaux disponibles en médecine générale et de leur répartition dans les différentes régions et dans les différents territoires de MRC et communautés urbaines. De plus, il tient compte des prévisions de l'évolution de ces effectifs, des mesures incitatives déjà existantes, des modes d'organisation des services et des masses critiques d'effectifs médicaux nécessaires, sur une base locale et régionale, pour assurer un panier de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne adéquat.

4. Afin de favoriser l'atteinte des objectifs qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions, dans certains territoires de MRC et communautés urbaines ainsi que dans certains centres hospitaliers, le comité peut recommander la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

- a) La révision de certains plans d'organisation d'établissement, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans régionaux d'organisation des services relatifs à la médecine générale ;
- b) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains territoires de MRC ou communautés urbaines et dans certains établissements insuffisamment pourvus en médecins omnipraticiens ;
- c) La conclusion d'ententes de services interétablissements ;
- d) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet de médecins omnipraticiens ;
- e) Le soutien financier, logistique et informationnel de projets d'organisation de services médicaux généraux de première ligne.

5. Le comité évalue les résultats découlant de l'application des mesures identifiées à l'article 4 en regard des objectifs visés.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} octobre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^e jour de mars 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 115

Concernant l'actualisation pour l'année débutant le 1^{er} avril 2001 prévue à l'Accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale pour la période débutant le 1^{er} avril 1998 et se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sur la base des données sur la dépense réelle pour l'année 2000-2001, des estimations de la dépense pour l'année 2001-2002 et en escomptant l'augmentation consentie au 1^{er} janvier 2002 par l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale pour la période du 1^{er} avril 1998 au 31 mars 2002, affecter :

1.1 Une somme de 19M \$, sur une base annuelle, aux tarifs des consultations, des examens faits à domicile, de la thérapie psychiatrique de soutien, ainsi qu'à ceux des examens faits en cabinet selon des modalités à convenir par les parties. La majoration des tarifs sera intégrée aux tarifs à partir du 1^{er} décembre 2001 et un montant forfaitaire sera versé aux médecins pour la période du 1^{er} juillet 2001 au 30 novembre 2001 selon des modalités à déterminer par les parties. Le montant forfaitaire n'est pas sujet à l'application des dispositions de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale.

1.2 Une somme de 0,7M \$, sur une base annuelle, aux tarifs des accouchements qui seront augmentés de 5 % pour les actes 6903 et 6943 et de 50 % pour l'acte 6933. Cette majoration entre en vigueur le 1^{er} juillet 2001 et, pour la période comprise entre le 1^{er} juillet et le 30 novembre 2001, cette majoration n'est pas davantage sujette aux dispositions de l'article 5 de l'annexe IX de l'Entente.

1.3 Une somme de 0,8M \$ aux fins de financer l'exclusion, du calcul du plafond trimestriel, de la rémunération versée pour les services dispensés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée et dans un service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde, quelle que soit la plage horaire en cause. Cette mesure entre en vigueur le 1^{er} décembre 2001.

1.4 Une somme de 5,1M \$, sur une base annuelle, à la bonification de la rémunération versée pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde. Cette somme se répartit comme suit :

Le tarif de l'examen fait auprès d'un malade inscrit est majoré de 8,5 % lorsqu'il est fait auprès d'une personne âgée de 70 à 79 ans et de 13,5 % lorsqu'il est fait auprès d'une personne âgée de 80 ans et plus. Le tarif de l'examen psychiatrique fait auprès d'un malade inscrit est majoré de 17 % lorsqu'il est fait auprès d'un malade inscrit de moins de 70 ans et de 34 % lorsqu'il est fait auprès d'une personne de 70 ans et plus. Cette mesure coûte annuellement 1,6M \$ et elle entre en vigueur le 1^{er} décembre 2001.

- Le modificateur s'appliquant au tarif des actes faits de 0 h 00 à 8 h 00 dans un établissement visé au paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale, lorsque le médecin opte pour le forfait compensatoire, est augmenté à 90 %. Une somme de 2,3M \$ est affectée annuellement à cette mesure qui entre en vigueur le 1^{er} décembre 2001.
- Le forfait compensatoire prévu au paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale est porté à 500 \$. Cette mesure coûte 1,2M \$, sur une base annuelle, et elle entre en vigueur le 1^{er} décembre 2001.

1.5 Une somme de 2M \$, sur une base annuelle, à la révision des conditions de rémunération pour les services dispensés dans les régions 17 et 18. Les parties doivent convenir avant le 1^{er} décembre 2001 de ces modifications par la voie d'une nouvelle entente particulière prévoyant une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 16 octobre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^e jour de mars 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 116

Concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération des médecins qui exercent dans le cadre du Centre médical Acton ou du CLSC La Chênaie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services dispensés au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie.

2.0 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 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.

3.0 Médecins réguliers

3.01 Est considéré comme médecin régulier aux fins de la présente lettre d'entente le médecin dont la pratique en cabinet se situe principalement, c'est-à-dire à plus de 75 % de sa pratique totale en cabinet, au Centre médical Acton.

3.02 La rémunération du médecin régulier provenant de sa pratique auprès du Centre médical Acton ou auprès du CLSC La Chênaie est comptée dans le calcul de son plafond individuel aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale mais n'est pas sujette à la réduction qui y est prévue.

4.0 Engagement individuel

4.01 Est visé par les dispositions du présent article tout médecin qui n'est pas un médecin régulier au sens de la présente lettre d'entente, dont la pratique principale se situe à l'extérieur de la municipalité d'Acton Vale et qui s'engage à assurer pendant deux trimestres l'équivalent d'au moins une (1) journée de services médicaux par semaine au Centre médical Acton soit un total de vingt-deux (22) jours répartis de façon égale sur les deux (2) trimestres couverts par l'engagement. Cet engagement implique que le médecin est sur place au moins sept (7) heures par journée de services médicaux.

4.02 La rémunération des services dispensés par ce médecin au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie n'est pas comptée dans le calcul du plafond individuel du médecin aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale ni sujette à réduction.

4.03 Un forfait de 100 \$ est versé au médecin pour chaque journée de dispensation des services médicaux au Centre médical Acton conformément à son engagement de départ pour un maximum de cinq (5) forfaits par semaine.

AVIS : *Veuillez inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement n° 1200 » :*

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte **19008** dans la case CODE de la section « ACTE »;
- le code d'établissement correspondant au Centre médical Acton: **54005**;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL .

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

4.04 Le non-respect de l'engagement du médecin qui ne peut être pallié par un médecin remplaçant et qui se traduit par une diminution de services au Centre médical Acton pendant une journée d'engagement donne lieu à l'application d'une pénalité de 100 \$ par jour au médecin et cela pour chaque journée pendant laquelle il ne respecte pas l'engagement de départ et qu'il ne peut être remplacé.

4.05 L'engagement du médecin est renouvelable pour un (1) ou plusieurs trimestres au sens de l'annexe IX de l'entente générale.

5.0 Engagement de groupe

5.01 Est visé par les dispositions du présent article tout médecin qui n'est pas un médecin régulier au sens de la présente lettre d'entente, dont la pratique principale se situe à l'extérieur de la municipalité d'Acton Vale et qui fait partie d'un groupe de médecins qui prend l'engagement d'assurer, au Centre médical Acton, la dispensation de services médicaux à raison de cinq (5) jours par semaine pendant vingt-deux (22) semaines réparties sur deux (2) trimestres. Cet engagement implique la présence sur place d'un médecin pendant au moins sept (7) heures par jour et cela cinq (5) jours par semaine.

5.02 La rémunération des services dispensés par un médecin du groupe au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie n'est pas comptée dans le calcul du plafond individuel du médecin aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale ni sujette à réduction.

5.03 Un forfait de 100 \$ par jour pour un maximum de cinq (5) forfaits par semaine est versé au médecin du groupe responsable durant cette journée de la dispensation des services médicaux au Centre médical Acton.

AVIS : *Veuillez inscrire les données suivantes sur la « Demande de paiement n° 1200 » :*

- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'acte **19008** dans la case CODE de la section « ACTE »;
- le code d'établissement correspondant au Centre médical Acton: **54005**;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

5.04 Le non-respect de l'engagement d'un médecin qui ne peut être pallié par un médecin remplaçant et qui se traduit par une diminution de services au Centre médical Acton pendant une journée où sa présence était requise donne lieu à l'application d'une pénalité de 100 \$ par jour au médecin en faute et cela pour chaque journée pendant laquelle il ne respecte pas l'engagement de départ et qu'il ne peut être remplacé.

5.05 L'engagement du groupe de médecins peut être renouvelé pour un ou plusieurs trimestres au sens de l'annexe IX de l'entente générale même si les médecins qui assurent la continuité ne font pas tous partie du groupe de départ.

5.06 Un médecin qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut se prévaloir, pendant la période de l'engagement, des dispositions de l'article 4.00.

6.0 Médecin retraité

6.01 Un médecin qui s'est prévalu des dispositions du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté peut être autorisé, malgré les dispositions de la Lettre d'entente n° 94, à exercer au Centre médical Acton.

AVIS : *L'établissement doit informer la Régie de l'assurance maladie du nom du médecin en utilisant le formulaire « Avis de service tarif horaire et acte » n° 3547; indiquer la période de nomination et, inscrire dans la section « Situation d'entente » qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 116. Aucune heure ne doit être précisée puisque le médecin se prévaut du mode de l'acte au Centre médical Acton.*

6.02 Ce médecin est rémunéré selon le mode de l'acte lorsqu'il exerce au Centre médical Acton. Il ne peut se prévaloir des dispositions de l'article 4.00 et du paragraphe 5.03 des présentes.

7.00 Autres modalités de rémunération

7.01 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'un des articles 4.00, 5.00 ou 6.00 et dont le lieu de pratique principale ou le lieu de résidence dans le cas du médecin retraité se situe à plus de vingt-cinq (25) kilomètres d'Acton Vale peut se prévaloir des dispositions suivantes :

- Le temps de déplacement du lieu principal de pratique ou, le cas échéant, du domicile au Centre médical Acton est compensé sur la base du tarif horaire selon les dispositions de la partie II de l'annexe XIV de l'entente générale;

AVIS : *Voir les modalités de facturation sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » section 4.6.5, annexe V « Remboursement des frais de déplacement » du MANUEL des Médecins omnipraticiens. Le temps de déplacement se calcule comme suit : Kilométrage total (aller-retour) divisé par 80 km/heure*

- La compensation versée en vertu de l'alinéa précédent n'est pas considérée aux fins d'application des annexes IX et XIV de l'entente générale ;
- Les frais de transport sont remboursés selon les dispositions prévues à l'alinéa a) du paragraphe 30.05 de l'entente générale.

8.0 Modalités de fonctionnement

8.01 Les médecins du Centre médical Acton confient à un des leurs la responsabilité de l'application de la présente lettre d'entente en regard des points suivants :

- Recevoir la demande de tout médecin ou tout groupe de médecins intéressé à se prévaloir des dispositions de l'article 4.00, 5.00 ou 6.00 des présentes ;
- Préciser et convenir, par écrit, de l'engagement du médecin ou du groupe de médecins ;
- Informer le comité paritaire, prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, du nom du médecin ou des médecins concernés et de la période couverte par l'engagement ;
- Transmettre au comité la liste de garde pour la période couverte par l'engagement et toute modification à cette liste de garde ;
- Informer le comité du nom des médecins dont la demande n'aura pas été agréée par les médecins du Centre médical Acton ;
- Au plus tard un mois suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, informer le comité de tout non-respect de l'engagement et cela pour chacune des journées pour lesquelles il y aura eu manquement à l'engagement. Le comité doit être informé du nom du médecin en cause ainsi que de la journée pendant laquelle il y aura eu non-respect de l'engagement.

8.02 Le comité paritaire transmet à la Régie le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de la présente lettre d'entente.

8.03 Il transmet également le nom du médecin qui ne respecte pas son engagement ainsi que la date des journées au cours desquelles le médecin n'a pas respecté son engagement au plus tard six (6) semaines suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale.

9.0 Mise en vigueur

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} mars 2002 sauf pour son article 3.00 qui entre en vigueur le 1^{er} décembre 2001. Elle demeure en vigueur jusqu'au 31 août 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 12^e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 118

Concernant certains engagements relatifs à l'entente particulière prévoyant la détermination des conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Dans le cadre de l'entente particulière applicable en phase transitoire, allouer sur une base annuelle:
 - une banque de 30 870 heures pour la rémunération des activités additionnelles requises pour le fonctionnement en GMF;
 - une somme de 1,9M\$ pour la bonification tel que prévue à la section 1 de l'annexe V de l'entente particulière;
 - les sommes requises pour le financement de la garde en disponibilité et les fonctions du médecin responsable selon les modalités prévues à l'annexe V de l'entente particulière.
 2. Limiter, pendant la phase transitoire, l'application de cette entente particulière à au plus vingt (20) groupes de médecine de famille, ou l'équivalent de l'un deux, si un GMF déjà identifié en date du 1^{er} avril 2002 se scinde en parties. Malgré le fractionnement autorisé, le nombre maximal de GMF ne peut, sauf accord des parties, excéder vingt-cinq (25);
 3. Prendre acte des coûts découlant de la rémunération prévue à l'annexe V de l'entente particulière visée et ajuster pour autant, jusqu'à concurrence de 4,8M\$ annuellement, selon des modalités à convenir, les enveloppes budgétaires prédéterminées applicables pendant la phase transitoire en cause;
 4. En regard des ressources financières qui, par période annuelle d'application, sont réservées aux fins de la bonification prévue à l'article 1 des présentes, réallouer, sur la base des données afférentes aux périodes annuelles d'application couvertes par cette entente particulière, selon des modalités à convenir entre les parties et au bénéfice des médecins visés, tout montant résiduel non versé.
- Advenant que moins de deux cents (200) médecins ETP(*) se prévalent des dispositions de l'entente particulière citée en rubrique, le montant résiduel à réallouer est proportionnel au nombre de médecins visés sur deux cents (200) médecins ETP(*);
5. Prendre acte des coûts additionnels reliés à l'augmentation du nombre de médecins ETP(*) en excédant de deux cents (200) médecins ETP(*) et convenir des mesures nécessaires aux fins d'assurer un financement équitable et adéquat des coûts additionnels engendrés;
 6. Effectuer, pendant la première année d'application de cette entente particulière, une évaluation des coûts, économies et impacts découlant de la mise en place des premiers GMF;

7. Dans l'entente particulière permanente susceptible d'intervenir, au bénéfice du médecin qui exerce sa profession dans un GMF visé à l'article 2 de la présente lettre d'entente, reconnaître les droits acquis de ce médecin à l'égard du nombre de patients que celui-ci a inscrit à même sa clientèle, telle que celle-ci est décrite au paragraphe 5.1 de l'entente particulière citée en rubrique;

8. Constituer, sur base paritaire, un comité de travail sur les modalités de rémunération susceptibles de s'appliquer, sur une base permanente aux médecins qui exercent leur profession dans le cadre d'un GMF;

9. Entreprendre, toutes affaires cessantes, des échanges sur les questions d'ordre légal et réglementaire que soulève le statut juridique du GMF qui, selon le cas, est sis en CLSC ou en CH et, dans les mêmes délais, négocier les incidences d'ordre conventionnel qui s'y rattachent;

10. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 12^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

ETP () = Équivalents temps pleins*

LETTRE D'ENTENTE NO 120

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Jonquière par les médecins de l'établissement.

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier Jonquière 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 au cours de la prochaine année;

Considérant que l'établissement compte dix (10) médecins ou moins qui ont une nomination dans 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 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 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 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence.

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite.

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 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : - **Rémunération à l'acte :** Utiliser la demande de paiement n° 1200. **Ajouter le 5 %** à vos honoraires. *Aucun modificateur n'est requis.*

- **Tarif horaire et Honoraires fixes :** Utiliser la demande de paiement n° 1215 ou n° 1216 et 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 à même les 35 premières heures d'activités (TH, seulement)
 - XXX098, Services de santé durant le délai de carence
- et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :
- 12 : samedi, dimanche et jour férié
 - 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 5 %, 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

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.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

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 du paragraphe 4.02 et 5.00.

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 2002 et se termine le 1^{er} septembre 2003.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 121**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre Maria-Chapdelaine par les médecins de l'établissement.**

Considérant que l'activité principale du Centre Maria-Chapdelaine 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;

Considérant que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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 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 Sous réserve du paragraphe 3.03 des présentes, 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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 . Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective;

3.04 La période d'engagement débute le 1^{er} juillet 2002.

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 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : - **Rémunération à l'acte :** Utiliser la demande de paiement n° 1200 . **Ajouter le 5 %** à vos honoraires. *Aucun modificateur n'est requis.*

- **Tarif horaire et Honoraires fixes :** Utiliser la demande de paiement n° 1215 ou n° 1216 et 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 (**TH**, seulement)
- XXX098, Services de santé durant le délai de carence

et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :

- 12 : samedi, dimanche et jour férié
- 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 5 %, 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

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.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- + a) Il informe la Régie de la date 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 de la date de fin 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 2002 et se termine le 1^{er} septembre 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 122**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier de Val-d'or par les médecins de l'établissement.**

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier de Val-d'or 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;

Considérant que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIV**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 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 Aux mêmes fins, 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 Sous réserve du paragraphe 3.03 des présentes, 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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 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. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite.

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 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : - **Rémunération à l'acte :** Utiliser la demande de paiement n° 1200. **Ajouter le 5 %** à vos honoraires. *Aucun modificateur n'est requis.*

- **Tarif horaire et Honoraires fixes :** Utiliser la demande de paiement n° 1215 ou n° 1216 et 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 (**TH**, seulement)
 - XXX098, Services de santé durant le délai de carence
- et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :
- 12 : samedi, dimanche et jour férié
 - 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 5 %, 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

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 % et répartition de la somme résiduelle. Cependant, malgré ce qui précède, cette majoration sera d'au moins 5 % applicable dès le début de sa pratique au service d'urgence de l'établissement.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures**6.01** Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- a) Il informe la Régie de la date 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 de la date de fin 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 2002 et se termine le 1^{er} septembre 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 123**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier régional Baie-Comeau par les médecins de l'établissement.**

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier régional Baie-Comeau 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;

Considérant que l'établissement devra grandement faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

Considérant que l'établissement compte dix (10) médecins ou moins qui ont une nomination dans 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 de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;
- b) Le médecin détient une nomination dans 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 Sous réserve du paragraphe 3.03 des présentes, 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective;

3.04 La période d'engagement débute le 1^{er} juillet 2002.

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 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : - **Rémunération à l'acte :** Utiliser la demande de paiement n° 1200. **Ajouter le 5 %** à vos honoraires. *Aucun modificateur n'est requis.*

- **Tarif horaire et Honoraires fixes :** Utiliser la demande de paiement n° 1215 ou n° 1216 et 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 (**TH**, seulement)
 - XXX098, Services de santé durant le délai de carence
- et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :
- 12 : samedi, dimanche et jour férié
 - 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 5 %, 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

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 % et répartition de la somme résiduelle. Cependant, malgré ce qui précède, cette majoration sera d'au moins 5 % applicable dès le début de sa pratique au service d'urgence de l'établissement.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- + a) Il informe la Régie de la date 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 de la date de fin 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 2002 et se termine le 1^{er} septembre 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^e jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE NO 124

Concernant l'apport des médecins résidents avec permis de pratique aux services d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie et du Centre hospitalier Jonquière.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

1.01 Un médecin résident peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il détient un permis de pratique du Collège des médecins du Québec;

1.02 Seuls les services dispensés auprès du service d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie ou du Centre hospitalier Jonquière sont visés aux fins des présentes;

+ **1.03** La liste des médecins admissibles aux dispositions de la présente lettre d'entente apparaît en annexe.

AVIS : *Les médecins visés par la présente lettre d'entente ne peuvent se prévaloir des modalités de rémunération prévues aux lettres d'entente n° 120 ou n° 129.*

2.00 Modalités de rémunération

2.01 Le médecin visé aux présentes est dépêché auprès des établissements concernés par la présente lettre d'entente dans le cadre de l'article 30.00 relatif au mécanisme de dépannage de l'entente générale;

2.02 Les dispositions s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions apparaissant au paragraphe suivant;

2.03 Malgré les dispositions du paragraphe 1.01 de l'annexe XVIII et pour la durée de la présente lettre d'entente, le médecin visé aux présentes peut opter, pour les services dispensés au service d'urgence, pour le mode, ou l'un des modes de rémunération en vigueur dans le service d'urgence de l'établissement ou pour le mode du tarif horaire.

AVIS : - *Pour les modalités de facturation, voir les AVIS à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII, sous l'onglet ENTENTE.*
- *Pour le remboursement des frais de déplacement, voir la partie 4.6.5 sous l'onglet RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT du Manuel des médecins omnipraticiens.*

3.00 Dispositions particulières

3.01 Pour la durée de la présente lettre d'entente, la cotisation versée par le médecin au Collège des médecins du Québec lui est remboursée, sur pièce justificative, par la RAMQ;

3.02 Malgré les dispositions de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle et pour la durée de la présente lettre d'entente, le Ministère s'engage à assumer la totalité de la prime d'assurance responsabilité professionnelle payée par le médecin. La RAMQ rembourse au médecin, sur pièce justificative, ladite prime.

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 19 juillet 2002 et se termine le 19 octobre 2002.

+ 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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 125

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 de Québec.

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 « Situations d'entente », cochez la case **LETTRE D'ENTENTE** et inscrire *Lettre d'entente n° 125*.

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 de Québec 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 région régionale.

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

AVIS : *Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*

- sous **quantième** : la journée du déplacement;
 - sous **mode de rémunération** : le mode TH;
 - sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;
 - sous **code d'activités** : le code 002092 (temps de déplacement);
 - sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;
 - sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;
 - sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.
- La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.*

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 1^{er} juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ 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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 126

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 du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

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 « Situations d'entente », cochez la case **LETTRE D'ENTENTE** et inscrire *Lettre d'entente n° 126*.

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 du Saguenay-Lac-Saint-Jean 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 région régionale.

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

AVIS : *Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*

- sous **quantième** : la journée du déplacement;
 - sous **mode de rémunération** : le mode TH;
 - sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;
 - sous **code d'activités** : le code 002092 (temps de déplacement);
 - sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;
 - sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;
 - sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.
- La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.*

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 1^{er} juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ 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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 127

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 de la Mauricie et Centre-du-Québec.

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 « Situations d'entente », cochez la case **LETTRE D'ENTENTE** et inscrire Lettre d'entente n° 127.

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 de Mauricie et Centre-du-Québec 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 région régionale.

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

AVIS : Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :

- sous **quantième** : la journée du déplacement;
 - sous **mode de rémunération** : le mode TH;
 - sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;
 - sous **code d'activités** : le code 002092 (temps de déplacement);
 - sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;
 - sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;
 - sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.
- La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

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 1^{er} juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ 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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 128**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier régional de Sept-Iles par les médecins de l'établissement.**

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier régional de Sept-Iles 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 au cours de la prochaine année;

Considérant que l'établissement compte dix (10) médecins ou moins qui ont une nomination dans 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 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite;

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 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : - **Rémunération à l'acte :** Utiliser la demande de paiement n° 1200. **Ajouter le 5 %** à vos honoraires. *Aucun modificateur n'est requis.*

- **Tarif horaire et Honoraires fixes :** Utiliser la demande de paiement n° 1215 ou n° 1216 et 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 (**TH**, seulement)
- XXX098, Services de santé durant le délai de carence

et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :

- 12 : samedi, dimanche et jour férié
- 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 5 %, 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

+ **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.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- a) Il informe la Régie de la date 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 2002 et se termine le 1^{er} septembre 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

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LETTRE D'ENTENTE NO 129**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie par les médecins de l'établissement.**

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie 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 au cours de la prochaine année;

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;

CONSIDÉRANT que l'établissement a convenu d'une entente de parrainage avec un autre établissement selon les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT**1.00 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 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 de l'article 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. Elle peut être prolongée pour deux autres périodes de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite;

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

- **Tarif horaire et honoraires fixes :** Utiliser la demande de paiement n°1215 ou n° 1216 et 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 (**TH**, seulement)
- XXX098, Services de santé durant le délai de carence

et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :

- 12 : samedi, dimanche et jour férié
- 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 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

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, pendant la période d'application de la présente lettre d'entente 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 voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 % s'il respecte les conditions suivantes:

- Il s'engage, par écrit, pour une période de trois mois, à assumer un nombre déterminé de garde;
- Il respecte cet engagement pour l'ensemble de la période de trois mois.

AVIS : *Rémunération à l'acte : Voir l'AVIS sous 4.02.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- a) Il informe la Régie de la date 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 de la date de fin 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 dépanneur visé par le paragraphe 5.02 et, le cas échéant, du non-respect de l'engagement pris par ce dernier.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002, sauf pour son paragraphe 5.02 qui entre en vigueur le 25 novembre 2002 et se termine le 31 décembre 2003.

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

LETTRE D'ENTENTE NO 130

Concernant l'expérimentation de certaines modalités d'exercice et de rémunération des services dispensés dans le cadre d'une entente de parrainage entre les services d'urgence de deux ou de plusieurs établissements.

CONSIDÉRANT que les établissements désignés aux fins des présentes ont convenu d'une entente de services selon les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter, dans le cadre d'une entente de services convenue entre un établissement ou plus d'un établissement en pénurie d'effectifs médicaux (ci-après nommé établissement parrainé) et un ou plusieurs établissements (ci-après nommé établissement parrain), certaines modalités de rémunération des services dispensés au service d'urgence de l'établissement parrainé par les médecins de l'établissement parrain.

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

3.01 Un établissement ne peut être désigné comme établissement parrainé que s'il adhère à une lettre d'entente visant, au plan de la rémunération, la reconnaissance de la prestation supplémentaire de ses médecins à son service d'urgence;

3.02 Un établissement peut être désigné comme établissement parrain s'il répond aux conditions suivantes :

- l'entente de services convenue entre l'établissement parrainé et l'établissement parrain est agréée par la majorité des médecins qui exercent au service d'urgence de l'établissement parrain;
- l'entente de parrainage n'entraîne pas de diminution de la prestation des services d'urgence de l'établissement parrain;
- l'établissement ne fait pas appel au dépannage.

3.03 L'annexe aux présentes fait état, pour chaque entente de parrainage, de la désignation de l'établissement parrainé et de l'établissement parrain, du nombre minimal de gardes que chaque établissement parrain s'engage à assumer ainsi que de la période d'application;

3.04 Dans le cas où un parrainage implique plus d'un établissement parrain, le nombre de gardes qui apparaît en annexe est le nombre total auquel s'engagent ensemble les médecins des établissements. Toutefois, les articles 4.00 et 5.00 des présentes s'appliquent, de façon distincte, pour les médecins de chacun des services d'urgence des établissements impliqués;

3.05 La désignation des établissements se fait par accord des parties sur recommandation du comité paritaire prévu au paragraphe 6.02 des présentes.

4.00 Engagement

4.01 Les médecins du service d'urgence de l'établissement parrain s'engagent à assumer un nombre minimal de gardes par mois à l'établissement parrainé pendant un an. Cet engagement représente une prestation de services supplémentaires pour ces médecins. Également cet engagement peut être révisé après six mois d'application de la présente entente. Il ne peut être prolongé à moins d'accord des parties;

4.02 Un médecin de l'établissement parrain est désigné comme coordonnateur du parrainage;

4.03 Pendant une phase de démarrage d'au plus deux mois précédant le début de la période d'application, les dispositions de l'article 5.00 s'appliquent à l'exception du paragraphe 5.05;

4.04 Sur approbation du comité paritaire, cet engagement peut être révisé à la baisse eu égard au nombre minimal de gardes à assumer, ou annulé, s'il s'avère que la disponibilité des effectifs médicaux pour le service d'urgence de l'établissement parrainé augmente ou que les effectifs médicaux du service d'urgence de l'établissement parrain diminuent de façon significative. L'établissement parrain doit en aviser l'établissement parrainé au moins un mois à l'avance.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Sous réserve des paragraphes suivants, les dispositions s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au médecin de l'établissement parrain lorsqu'il exerce au service d'urgence de l'établissement parrainé;

5.02 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement parrainé par un médecin du service d'urgence de l'établissement parrain est majorée d'un pourcentage de 15 % applicable sur le tarif de base;

5.03 Pour chaque garde régulière assumée au service d'urgence de l'établissement parrainé par un médecin de l'établissement parrain, une prime de 150 \$ est accordée à l'ensemble des médecins du service d'urgence de l'établissement parrain. Cette prime n'est pas sujette à l'application de l'annexe XII;

5.04 Les médecins du service d'urgence décident du mode de répartition entre eux des primes accordées en vertu du paragraphe précédent. Le coordonnateur transmet, à tous les mois, au comité paritaire, le nom des médecins et les montants alloués à chacun selon le mode de répartition retenu;

5.05 L'engagement des médecins de l'établissement parrain relatif au nombre minimal de gardes doit être respecté pour chacun des mois de la période d'application d'un an de la présente lettre d'entente. Le non-respect de cet engagement, pour un mois donné, entraîne, pour ce mois, l'annulation des dispositions prévues au paragraphe 5.03 à moins d'exemption accordée par le comité paritaire;

5.06 Un forfait de 4 000 \$ est versé au médecin coordonnateur pour la rémunération de l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de l'élaboration de l'entente de services entre les établissements concernés, de sa mise en place ainsi que de son application. Dans le cas où une entente de parrainage implique plus d'un établissement parrain, ce forfait peut être réparti entre plusieurs coordonnateurs. Un des établissements parrains en informe le comité paritaire et lui transmet le nom des médecins concernés ainsi que le montant qui est alloué à chacun;

5.07 Une somme de 3 000 \$ du forfait prévu au paragraphe précédent est versée au début de la période d'engagement et la somme résiduelle de 1 000 \$ est versée au début de la deuxième période de six mois de la période d'engagement.

AVIS : *Le médecin n'a pas à facturer la Régie pour le paiement des primes et le forfait du médecin coordonnateur. Le comité paritaire avise la Régie quant aux montants à verser.*

6.00 Modalités de fonctionnement

6.01 Le coordonnateur du parrainage est responsable, notamment :

- de transmettre au comité paritaire la liste des médecins du service d'urgence de l'établissement parrain qui acceptent d'assumer des gardes à l'établissement parrainé;
- de transmettre les informations requises pour l'application, s'il y a lieu, des dispositions des paragraphes 5.04 et 5.06;
- d'aviser le comité paritaire de toute difficulté relative à la réalisation de l'entente de parrainage;

6.02 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

- il transmet à la Régie toutes les informations requises pour l'application des dispositions de la présente lettre d'entente;
- s'il y a lieu, il informe la Régie du non-respect, pour un mois donné, de l'engagement;
- il informe la Régie, le cas échéant, du retrait de la désignation de l'établissement parrain de la présente lettre d'entente;
- il est responsable du suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties le cas échéant.

7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} novembre 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^e jour de janvier 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE 1

Établissement parrain	Établissement parrainé	Nombre minimal de gardes	Période d'application
CH Pierre-Boucher	CH du Centre-de-la- Mauricie	20	01-01-2003 au 31-12-2003
CH de Lévis CH de Montmagny	CH St-Georges de Beauce	25	01-05-2003 au 30-04-2004

LETTRE D'ENTENTE NO 131

Concernant le programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'application

1.01 Les dispositions de la présente lettre d'entente s'appliquent aux établissements d'une région en pénurie d'effectifs médicaux désignée par le comité paritaire;

1.02 Le département régional de médecine générale (DRMG) doit élaborer son programme de ressourcement. Ce programme de ressourcement doit :

- Tenir compte de l'accréditation des milieux de stages par le Collège des médecins du Québec et, en accord avec ce dernier, déterminer le mode de sélection des maîtres de stages;
- + - Désigner les établissements en grave pénurie d'effectifs médicaux où le médecin inscrit au programme de ressourcement pourra effectuer les gardes ou dispenser les services dans une unité de soins de courte durée selon l'engagement pris en vertu de la présente lettre d'entente
- Être approuvé par le comité paritaire;
- Déterminer les termes de l'engagement attendu du médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente quant aux services à dispenser dans le service d'urgence ou à l'unité de soins de courte durée de l'établissement désigné.

1.03 Sauf sur dérogation du comité paritaire, est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente le médecin qui :

- Est en pratique depuis plus de quatre ans;
- N'a pas pratiqué dans un service d'urgence ou dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier, de façon significative, depuis plus de quatre ans. N'est pas considérée comme une pratique dans un service d'urgence, une pratique limitée au service d'urgence mineure d'un établissement;
- S'inscrit dans le programme de ressourcement de la région régionale;
- Répond aux exigences du Collège des médecins du Québec;
- S'engage à répondre aux attentes déterminées par la région régionale, par son DRMG, quant aux services à dispenser au service d'urgence ou dans l'unité de soins de courte durée de l'établissement désigné;
- Complète ses stages sur une période ne dépassant pas trois (3) mois, sauf sur approbation du comité paritaire.

2.00 Allocations compensatoires

2.01 Le médecin en stage de ressourcement reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 600 \$ pour une période de formation de huit (8) heures ou de 300 \$ pour une période de formation de quatre (4) heures ;

AVIS : Utiliser la « Demande de paiement - Médecin » n° 1200 en y inscrivant les données suivantes dans les cases appropriées:

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
 - le code d'acte **19020** (stage de ressourcement pour une période de formation de **8 heures**) ou,
 - le code d'acte **19021** (stage de ressourcement pour une période de **4 heures**) dans la case CODE de la section actes;
 - ne **rien** inscrire dans la case UNITÉS;
 - le code d'établissement;
 - les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL (non soumis à la rémunération différente).
- Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

2.02 Il ne peut recevoir, pour la journée pendant laquelle il se prévaut de l'allocation forfaitaire, aucune autre rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence ou dans l'unité de soins de courte durée où il effectue son stage;

2.03 Pour le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet, une allocation supplémentaire de 180 \$ par journée de stage ou de 90 \$ par demi-journée de stage, est accordée pour compenser les frais de cabinet lorsque la journée de formation ou la demi-journée selon le cas, a lieu une journée pendant laquelle il aurait exercé en cabinet;

AVIS : Pour facturer une allocation supplémentaire de :

- 180 \$ par journée de stage (code **19020**), inscrire le modificateur **152** dans la case MOD
- 90 \$ par demi-journée de stage (code **19021**), inscrire le modificateur **153** dans la case MOD

2.04 Les dispositions relatives à la compensation du temps de déplacement et du remboursement des frais de déplacement s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au médecin en stage de ressourcement visé aux présentes et, s'il y a lieu, au médecin maître de stages. Les frais de séjour sont à la charge de l'établissement désigné;

AVIS : Voir les modalités de facturation sous l'onglet « Rédaction de la demande de paiement » section 4.6.5, Annexe V « Remboursement des frais de déplacement » du MANUEL des médecins omnipraticiens.

2.05 La participation aux séances de formation en ATLS, APLS et ACLS est admissible aux dispositions de la présente entente;

2.06 Les dispositions du paragraphe 1.1.3 du préambule général de l'annexe V s'appliquent au médecin maître de stages;

2.07 Aux fins de l'annexe IX, les allocations versées en vertu des présentes sont considérées comme une rémunération versée pour des services dispensés dans un service d'urgence ou, selon le cas, dans une unité de soins de courte durée;

2.08 Le médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente ne peut se prévaloir des dispositions de l'annexe XIX relative au programme de formation continue pour les mêmes journées de formation ni, le cas échéant, de celles relatives au ressourcement prévues à l'annexe XII.

3.00 Procédures

3.01 La régie régionale assume les fonctions suivantes :

- Elle soumet, pour approbation, son programme de ressourcement au comité paritaire;
- Elle transmet au comité paritaire le nom du médecin qui s'inscrit au programme de ressourcement, le nombre de journées de stages prévu ainsi que le nom du ou des médecins maîtres de stages et le nom des établissements identifiés comme lieux de formation
- Elle établit les liens avec le Collège des médecins du Québec responsable de déterminer le nombre de journées de stages requis pour chaque médecin, les critères de sélection des maîtres de stages et des lieux de stages;
- Elle s'assure du bon déroulement du stage de ressourcement;
- Elle s'assure du respect de l'engagement du médecin quant aux services à dispenser dans le service d'urgence ou, selon le cas, dans l'unité de soins de courte durée, de l'établissement désigné;

3.02 Le comité paritaire assume les fonctions suivantes ;

- Il approuve le programme de ressourcement de la régie régionale ;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins visés par la présente lettre d'entente ;
- Il évalue l'efficacité du programme de ressourcement après un an de fonctionnement.

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et se termine le 31 mars 2004.

+ 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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 132

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 d'un établissement désigné.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services de garde d'un service d'urgence de première ligne d'un établissement dans le cadre d'une prise en charge de la couverture complète de ces services par un groupe de médecins.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 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 Désignation des établissements

3.01 Peut être désigné, sur recommandation de la régie régionale par la voie de son département régional de médecine générale, dans le cadre de l'expérimentation des modalités de rémunération prévues aux présentes, l'établissement doit opérer un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et remplir, à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, les conditions suivantes :

- a) Ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie relativement aux effectifs requis en se basant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins qui y exercent;
- b) Le temps de déplacement pour se rendre au service d'urgence le plus rapproché est de plus de quarante-cinq (45) minutes;
- c) Il est situé dans un territoire désigné par arrêté du Ministre conformément au 3^e alinéa de l'article 19 de la Loi;
- d) Il est désigné dans le cadre d'une lettre d'entente concernant des modalités spécifiques de compensation de temps de déplacement dans le cadre de la desserte d'un établissement désigné par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région socio-sanitaire;

3.02 Sur recommandation du comité paritaire, les parties désignent, par accord, les établissements inscrits à l'annexe des présentes.

4.00 Conditions d'application

4.01 Pour chaque établissement désigné, la régie régionale, par la voie de son département de médecine générale, en collaboration avec les établissements concernés, forme un groupe de médecins qui s'engagent à couvrir l'ensemble des quarts de garde au service d'urgence de l'établissement désigné;

4.02 Peut faire partie du groupe de médecins prévu au paragraphe précédent :

- a) tout médecin de l'établissement désigné;
- b) tout médecin exerçant dans la région de l'établissement désigné 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 désigné 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 7.00 des présentes;

4.03 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente que s'il fait partie du groupe de médecins qui, collectivement, prend l'engagement décrit à l'article 5.00 des présentes;

4.04 Ne peut faire partie du groupe de médecins, 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.

5.00 Engagement

5.01 Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement, prend l'engagement de couvrir la totalité des quarts 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;

5.02 Chaque médecin faisant partie du groupe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef du groupe désigné selon l'article 9.00 des présentes;

5.03 La garde peut être assurée sur place ou en disponibilité en conformité avec les modalités de garde déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou le chef du service médical ou par celui qui en assume les fonctions.

6.00 Médecin de la région

6.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement désigné, le médecin visé au paragraphe 4.02b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement désigné;

AVIS : *Un avis de service doit être transmis **seulement** dans les cas où le mode du tarif horaire (n° 3547) ou celui des honoraires fixes (n° 1897) prévaut dans l'établissement. Ce dernier doit préciser qu'il s'agit de la Lettre d'entente n° 132.*

6.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 4.02b) se fait selon les modalités de la lettre d'entente citée au paragraphe 3.01d) des présentes.

7.00 Médecin hors région

7.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 4.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

7.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause;

7.03 Chaque déplacement de ce médecin, dans le cadre des services dispensés auprès de l'établissement désigné aux fins des présentes, doit donner lieu à au moins deux quarts de garde sauf si ce médecin a son lieu de pratique principale, ou son lieu de résidence s'il s'agit d'un médecin à la retraite, à moins de 75 kilomètres de l'établissement. Toutefois, le comité paritaire peut accepter de réduire cette exigence d'un minimum de quarts de garde par déplacement sur la base de la distance à parcourir par le médecin.

8.00 Modalités spécifiques de rémunération

8.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement désigné, par un médecin faisant partie du groupe de médecins, est majorée d'un pourcentage de 10 % applicable sur le tarif de base. Le taux de majoration est de 12,8 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes pendant une période régulière d'activités et de 12 % pendant une période de garde;

AVIS : *Pour les professionnels rémunérés à l'acte : Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et facturer vos services en **ajoutant le 10 %** 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)
- 075081 : garde en disponibilité (Voir NOTE plus bas pour utilisation);
- 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.

NOTE : *Pour la garde en disponibilité : Les professionnels couverts par les ententes particulières **1)** du Grand-Nord **2)** dans ou auprès du CH de l'Archipel **3)** pour le compte du Centre de santé Chibougamau, **sont les seuls** pour qui la facturation à honoraires fixes et à tarif horaire de la garde en disponibilité (075081) est permise; autrement, la garde en disponibilité doit être facturée à l'acte tel qu'il est prévu dans les documents d'entente.*

8.02 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 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. Le 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**.

8.03 Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins n'est pas respecté et que l'établissement doit faire appel, dans le cadre du dépannage, à d'autres médecins que ceux du groupe de médecins 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.

9.00 Modalités de fonctionnement

9.01 La régie régionale concernée, par la voie de son département régional de médecine générale, est responsable de :

- a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 4.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;
- b) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins ainsi que de son renouvellement;
- c) désigne le chef du service d'urgence de l'établissement désigné comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

9.02 L'établissement informe la régie régionale de toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin dans le cadre du mécanisme de dépannage qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes. La régie régionale en informe le comité paritaire;

9.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes:

- a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;
- b) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 8.03 des présentes.
- c) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

10.00 Entrée en vigueur et durée

10.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 avril 2003 et le demeure jusqu'au 15 avril 2005.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ e jour de _____ 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 133

Concernant l'expérimentation de 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

La présente entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une pénurie d'effectifs lors de la période comprise entre le 15 juin 2003 et 6 septembre 2003.

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 quittent 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 quart de garde requis;

3.02 Un établissement peut se prévaloir, pour au plus à deux reprises, des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde durant la période visée 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 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;
- Le médecin doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
 - a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du dimanche au samedi suivant, 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;

- 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 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) » 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} mai 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 après le 15 mai 2003 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 de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 31 mai 2003, 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, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec la régie concernée et tenant compte des besoins des établissements, 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 1^{er} mars 2003 et se termine le 7 septembre 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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 134

Concernant certaines applications découlant du Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La révision de la nomenclature des actes et la majoration de certains tarifs applicables dans le service d'urgence d'un CHSGS ou d'un CLSC au réseau de garde tel que prévu au deuxième alinéa du paragraphe 8.00 du protocole ci-haut mentionné prennent effet le 15 mars 2003.
2. Les modifications de l'entente particulière relative à l'unité de soins coronariens ou intensifs d'un CHSGS découlant du paragraphe 8.06 du protocole ci-haut mentionné prennent effet le 1^{er} avril 2003.
3. Pour la période du 1^{er} janvier au 14 mars 2003 en ce qui concerne le service d'urgence et du 1^{er} janvier au 31 mars 2003 en ce qui concerne l'entente particulière relative à l'unité de soins intensifs ou coronariens, un forfait équivalant à la majoration est accordé. Le montant de ce forfait est déterminé selon des modalités à convenir par les parties.
4. Cette lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ 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

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

LETTRE D'ENTENTE NO 135

Concernant certaines dispositions relatives à l'application de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables et de l'entente particulière relative à certaines conditions de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

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

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet de rendre applicables les dispositions de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille et la détermination des modalités de cette application.

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 Application de l'entente particulière provisoire relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables

3.01 Malgré le second alinéa du paragraphe 2 de l'annexe I du protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002, un médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille peut se prévaloir des dispositions de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables, de l'entente particulière provisoire, et lorsque convenue, de l'entente particulière relative à ce protocole.

3.02 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables pour les services dispensés auprès d'un patient, ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions prévues au paragraphe I de l'annexe V de l'entente particulière applicable, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

3.03 Au bénéfice du médecin qui exerce en cabinet, dans le cadre d'un groupe de médecine de famille, un forfait supplémentaire de 7 \$ est versé lors du premier examen fait, pour une période annuelle d'application, auprès d'un patient pour lequel le médecin se prévaut de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables pour un total de 14 \$ lors du premier examen, en comptabilisant le forfait versé en vertu du paragraphe 3.01 des présentes.

+ **3.04** Au bénéfice du médecin qui exerce en CLSC ou en UMF (CH), dans le cadre d'un groupe de médecine de famille, un forfait supplémentaire de 6 \$ est versé, une fois par période annuelle d'application, pour un examen fait auprès d'un patient pour lequel le médecin se prévaut de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables pour un total de 21 \$, une fois par période annuelle d'application, en comptabilisant le forfait versé en vertu du paragraphe 3.01 des présentes.

3.05 L'entente particulière relative à certaines conditions de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille est modifiée au paragraphe I de son annexe V en remplaçant le montant de 5,50 \$ qui y apparaît par le montant de 7 \$.

AVIS : Les articles **3.01 à 3.05** de cette lettre d'entente sont remplacés par les nouvelles dispositions des alinéas E et F de l'article 8 de l'Amendement 83.

3.06 À compter du 1^{er} avril 2003, le formulaire d'inscription prévu à l'annexe III de l'entente particulière applicable, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille sera modifié pour inclure l'identification des conditions de vulnérabilité du patient retenues aux fins de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables.

4.00 Financement

4.01 Le financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente est évalué par les parties, sur base annuelle récurrente, à 6M \$ pour 100 GMF.

4.02 Pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 mars 2004, un montant maximal de 3M \$ est retenu à cette fin par les parties. Ce montant est pris à même les sommes allouées dans le cadre des mesures visant l'équité convenues en regard du règlement intervenu entre le MSSS et la FMSQ. Si les coûts réels encourus, durant la période annuelle visée au présent paragraphe, sont inférieurs au montant de la réserve maximale sus-mentionnée, les parties conviennent d'affecter les sommes rendues ainsi disponibles aux fins qu'elles détermineront.

4.03 Pour les années subséquentes, les parties conviennent de discuter, à l'occasion du renouvellement de l'Entente, du financement récurrent des mesures visées à la présente lettre d'entente.

5.00 Entrée en vigueur et durée

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

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour d'octobre 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 136

Prévoyant la modification du protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente se terminant le 31 mars 2002.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. c. A-29)* ;

VU également les dispositions du *Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002* ;

ATTENDU que le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec conviennent d'introduire certaines modifications à ce protocole d'accord ;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aura, d'ici le 31 mars 2003, d'amender en conséquence le protocole d'accord visé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

1.1 Cette lettre d'entente détermine certaines modifications à introduire au *Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002*.

2. Prolongation

2.1 L'article 1 de ce protocole sera amendé de façon à couvrir la période comprise entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2004.

3. Paramètres monétaires

3.1 L'article 2 de ce protocole sera amendé en conformité avec les dispositions apparaissant à cette lettre d'entente.

4. Évolution de la pratique médicale

4.1 L'article 3 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir, respectivement en date des 1^{er} avril 2002 et 1^{er} avril 2003, aux lieu et place du facteur de croissance actuel (1 %), l'application d'un facteur de croissance de 1,5 % de l'enveloppe budgétaire globale applicable, à chacune de ces dates.

4.2 Cet amendement indiquera également que pour les années 2002-2003 et 2003-2004, toute non atteinte cumulée reliée à l'application de l'augmentation prévue au paragraphe 4.1 sera affectée, de façon ciblée, selon des modalités à convenir entre les parties.

4.3 Cet amendement précisera enfin que cette augmentation du facteur de croissance devra, dans le cadre du renouvellement de l'Entente se terminant conventionnellement le 31 mars 2004, faire l'objet d'un réexamen par les parties selon une méthodologie agréée par celles-ci.

5. Financement additionnel

5.1 L'article 4 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir, sur base annuelle, à certaines fins spécifiques (mise à niveau en GMF, régions et rattrapage), l'introduction d'un financement additionnel récurrent de 23,5 M \$.

6. Enveloppe budgétaire

6.1 L'article 5 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir ce qui suit :

- a) pour la période annuelle d'application comprise entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mars 2003, une enveloppe budgétaire globale établie à 1 116,7 M \$;
- b) pour la période d'application comprise entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 mars 2004, une enveloppe budgétaire globale établie à 1 238,9 M \$ (incluant le forfaitaire de 0,5 % prévu payable en 2003-2004). Sur base annuelle récurrente, cette enveloppe budgétaire s'établit à 1 250,4 M \$;

6.2 Cet amendement devra préciser que les montants susmentionnés incluront les sommes allouées aux titres des paramètres monétaires, de l'évolution de la pratique médicale ainsi que des sommes supplémentaires octroyées par le Ministre à certaines fins spécifiques ;

6.3 Cet amendement précisera également que les paramètres visés au présent article devront comprendre, sur base annuelle, le pourcentage d'augmentation découlant de la mise en œuvre de l'article 8 de cette lettre d'entente ;

6.4 L'amendement susmentionné devra enfin indiquer que l'enveloppe budgétaire globale sera rajustée en fonction des mesures que les parties auraient convenu d'introduire dans le cadre des dispositions de la Lettre d'entente No 137.

7. Ajustement monétaire

7.1 L'article 7 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir que l'annexe IX de l'Entente sera actualisée de façon à refléter les augmentations consenties aux termes de cette lettre d'entente ;

7.2 Cet article 7 sera également amendé de façon à permettre, à des fins de recrutement ou de rétention, l'introduction, à partir du 1^{er} octobre 2003, de mesures et de conditions particulières de rémunération au bénéfice des médecins qui, en régions, y exercent leur profession. Sur base récurrente, une somme de 14,7 M \$ est réservée à cette fin.

8. Ajustement spécifique

8.1 Le protocole d'accord visé aux présentes sera amendé de façon à prévoir un ajustement de l'enveloppe monétaire de 1 % en date du 1^{er} janvier 2004. Cet ajustement est consenti en anticipation de l'augmentation à être accordée à cette date dans les secteurs public et parapublic ;

8.2 Si l'augmentation consentie dans les secteurs en cause devait s'avérer inférieure au pourcentage de l'ajustement consenti, l'ajustement de 1 % accordé aux termes des présentes, sera toutefois maintenu et pris en considération dans le cadre du redressement découlant de la mise en œuvre de la *Lettre d'entente No 138 ayant pour objet le redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens* ;

8.3 Si, au cours de la période couverte par cette lettre d'entente, des augmentations supérieures à l'ajustement consenti étaient apportées aux conventions collectives applicables aux employés des secteurs public et parapublic, les dispositions de cette lettre d'entente ainsi que celles du protocole d'accord visé aux présentes seront rajustées en appliquant, à compter du 1^{er} janvier 2004, le pourcentage d'augmentation qui aura été accordé à ces employés.

9. Augmentation paramétrique

9.1 Déduction faite des sommes réservées par les parties à certaines fins spécifiques (mise à niveau en GMF et régions), le solde des bénéfices monétaires consentis aux termes des présentes sera consacré, sauf exception arrê-tée par les parties, à une augmentation paramétrique de la rémunération du médecin, peu importe que celui-ci soit rémunéré à l'acte (*annexe V*), à tarif horaire (*annexe XIV*) ou à honoraires fixes (*annexe II*).

9.2 Les modalités relatives à l'actualisation visée au présent article seront complétées avant le 1^{er} avril 2003. Cette actualisation comportera des stipulations disposant du montant que représente le pourcentage de 1 % apparaissant à l'article 8 de cette lettre d'entente ;

9.3 Cette actualisation ne saurait être affectée, retardée ou remise en question en raison d'un dépassement prévisi-ble ou constaté de l'enveloppe budgétaire globale.

10. Modification

10.1 La modification du protocole d'accord visée aux présentes est complétée d'ici le 31 mars 2003.

11. Mise en vigueur

11.1 Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} mars 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour d'octobre 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 137**Ayant pour objet l'adoption des mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins.**

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q.c. A-29)* ;

VU les dispositions du *Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente se terminant le 31 mars 2002* ;

VU également les dispositions de la *Lettre d'entente No 136* prévoyant la modification du protocole d'accord susmentionné ;

ATTENDU la volonté des parties de poursuivre sans délai les échanges et les travaux déjà entrepris relativement à l'étude de certaines questions ainsi qu'à l'adoption de certaines mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins ;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aurait d'identifier les principales mesures et questions en cause en les situant à l'intérieur d'un calendrier pouvant comporter certaines échéances.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties s'engagent à poursuivre les échanges et les travaux déjà entrepris sur les mesures et questions suivantes :

- Dans le cadre du réseau d'accessibilité, les rôles et fonctions dévolus au cabinet privé, au CLSC ainsi qu'au GMF ;
- Dans le cadre susmentionné, la révision de la composante technique ;
- La rémunération de la télé-médecine ;
- L'amélioration du programme de congé parental ;
- La révision et la bonification du programme de ressourcement ;
- Dans le cadre du réseau d'accessibilité, la rémunération des tâches médico-administratives ;
- Dans le cadre susmentionné, la modification des plafonds de gains de pratique ;

2. La négociation ayant trait aux mesures et questions susmentionnées devra être complétée dans les meilleurs délais afin de permettre la conclusion d'ententes applicables même avant le 1^{er} avril 2004 ;

3. Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} mars 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour d'octobre 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 138**Ayant pour objet le redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens**

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. c. A-29)*;

ATTENDU la politique de rémunération du gouvernement;

ATTENDU que le gouvernement a la responsabilité d'offrir, et de maintenir, un niveau de rémunération concurrentiel aux fins de permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens nécessaires au bon fonctionnement du système de santé québécois;

ATTENDU, qu'à ces fins, les comparaisons et les écarts de rémunération avec les autres provinces se doivent d'être pris en considération;

ATTENDU que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'existence d'écarts entre la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec et celle de leurs collègues des autres provinces, sans pour autant s'entendre sur l'ampleur des écarts à reconnaître et à corriger;

CONSIDÉRANT que les comparaisons de rémunération de même que leur interprétation exigent la prise en compte d'une multitude de facteurs d'ordre technique, économique et social;

CONSIDÉRANT qu'en dépit de l'incertitude sur l'ampleur des écarts à corriger, le gouvernement a déjà accepté de procéder, à compter du 1^{er} avril 2003, à un redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens par le biais des mesures prévues aux termes de l'article 5 de la *Lettre d'entente No 136 prévoyant la modification du protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'Entente se terminant le 31 mars 2002*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité d'étude sur la rémunération des médecins omnipraticiens. Ce comité a pour mandat de comparer la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces et, partant, de déterminer l'ampleur des écarts de rémunération.

Dans le cadre de son analyse, le comité tient compte de l'ensemble des facteurs pertinents à la comparaison de la rémunération des médecins omnipraticiens et à la détermination des écarts de rémunération.

2. Ce comité est composé des personnes suivantes :

- a) un expert indépendant choisi par les parties qui, par ses connaissances dans le domaine, pourra, par sa participation, faciliter la réalisation du mandat du comité;
- b) de représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;
- c) de représentants du Ministre de la Santé et des Services sociaux; et :
- d) d'un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor.

3. Les parties désignent monsieur Marc-André Fournier afin d'agir comme expert indépendant et conviennent d'assumer, à part égale, le paiement de ses honoraires.

4. Afin de permettre au comité d'accomplir son mandat avec compétence et célérité, les parties conviennent de retenir les services de l'Institut canadien d'information sur la santé ou, à défaut, de tout autre expert, afin de colliger et de fournir aux membres du comité l'ensemble des données pertinentes à la comparaison de la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec avec celle de leurs confrères des autres provinces, de même qu'à la détermination des écarts de rémunération qui prévalent. Les coûts reliés à l'obtention de ces services sont assumés, à part égale, par les parties.

Les parties conviennent d'octroyer les mandats requis à cette fin de façon à ce que l'ensemble des données pertinentes soit colligé et fourni au plus tard le 31 mai 2003.

5. Les travaux du comité d'étude sur la rémunération devront être complétés au plus tard le 31 octobre 2003. Le comité remettra aux parties un rapport faisant état de ses commentaires et conclusions.

6. Une fois saisies des résultats des travaux du comité, les parties entreprennent des pourparlers en vue de conclure une entente sur les écarts de rémunération à corriger. À moins que les parties n'en conviennent autrement, le calendrier de ces correctifs, avec les échéances qu'il comportera, ne saurait s'étendre sur une période excédant quatre (4) ans.

7. En tout temps, à la demande d'une partie, un médiateur pourra être désigné par les parties afin de leur permettre d'en arriver à une entente. Les honoraires du médiateur sont assumés, à part égale, par celles-ci.

8. Le médiateur fera rapport aux parties en indiquant à celles-ci les sujets d'ententes et de mésententes. Il les saisira de toute autre conclusion ou recommandation qu'il jugera raisonnables. Une recommandation du médiateur aux parties ne lie pas celles-ci.

9. Le gouvernement s'engage à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens nécessaires au bon fonctionnement du système de santé québécois.

10. Ces correctifs s'appliquent à compter du 1^{er} avril 2004, et par la suite au 1^{er} avril de chaque année, selon l'ampleur des écarts à être corrigés et en conformité avec le calendrier convenu entre les parties.

11. Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} mars 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour d'octobre 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 139

Concernant la gestion de fin de carrière des médecins omnipraticiens

CONSIDÉRANT l'introduction en 1995 d'un programme d'allocation de fin de carrière pour les médecins omnipraticiens ;

CONSIDÉRANT la fin du programme d'allocation de fin de carrière au 31 décembre 1998 ;

ATTENDU que depuis cette date les médecins omnipraticiens ne bénéficient plus de modalités particulières de gestion de fin de carrière ;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir le statut de travailleur autonome des médecins omnipraticiens ;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'ici le 31 mai 2003, la Fédération déposera à la table de négociation, à laquelle se sera joint un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor, ses orientations, en matière de gestion de la fin de carrière des médecins omnipraticiens ;

2. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours de ce dépôt, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Secrétariat du Conseil du trésor procéderont à l'analyse des orientations déposées par la Fédération et feront part de leur position ;

3. Par la suite, les parties entameront des pourparlers en vue d'en arriver à la conclusion d'une entente applicable à compter du 1^{er} avril 2004 ;

4. Dans le cadre de ces pourparlers, les parties pourront convenir de procéder aux divers travaux ou études susceptibles de les éclairer dans leur négociation.

5. Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} mars 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour d'octobre 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 140**Ayant pour objet les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens**

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. c. A-29)* ;

ATTENDU que les médecins omnipraticiens exercent leurs activités professionnelles à divers niveaux de soins, que ce soit en cabinet, en établissement ou à domicile ;

ATTENDU que les champs d'activités du médecin omnipraticien se situent aussi bien en première, deuxième et, plus rarement, en troisième ligne ;

ATTENDU la nécessité qu'il y a d'assurer en CLSC, compte tenu des ressources disponibles, des conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment un soutien administratif et technique adéquat ;

ATTENDU que la Fédération considère que la vocation première du médecin omnipraticien est, et doit demeurer, la médecine générale et la médecine de famille et qu'il lui importe d'assurer la sauvegarde de cette vocation première, celle-ci étant d'ailleurs la raison d'être du médecin omnipraticien ;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aurait, à ces fins, de cerner plus précisément les facteurs qui influencent la détermination des champs d'activités du médecin omnipraticien, ses orientations de carrière ainsi que le choix des niveaux de soins où il exerce sa profession.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité paritaire sur les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens composé de représentants du Ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Un observateur en provenance du Collège des médecins du Québec participe également aux travaux de ce comité.

2. Le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens exerçant dans divers champs d'activités, de représentants de régions régionales ou voire d'établissements du réseau, lesquels sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité. Il peut à cette fin constituer un groupe de travail et leur confier des mandats spécifiques.

3. Le comité a pour mandat de favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des médecins omnipraticiens, et ce, dans le but de favoriser la qualité des soins et d'améliorer leur accessibilité pour la population.

4. À des fins d'analyse et de recommandation quant aux correctifs à apporter, le comité identifie plus particulièrement certaines problématiques liées aux conditions d'exercice des médecins omnipraticiens, parmi lesquelles :

- La hiérarchisation des soins, ses causes et ses effets;
- Les modes de rémunération et leur impact sur le partage des tâches entre médecins omnipraticiens et médecins spécialistes;
- L'importance du rôle du médecin omnipraticien, peu importe le niveau de soins (pratique institutionnelle, cabinet, GMF, domicile, réseau de garde ou réseau d'accessibilité);
- En CLSC, l'existence de conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment en matière de soutien administratif et technique.

5. Le comité peut également donner des avis ou faire des recommandations sur toute question relative à l'organisation du travail ou aux conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.

6. Cette lettre d'entente prend effet le 1^{er} mars 2003.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^e jour d'octobre 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 141**Concernant la prise en charge du service d'urgence de l'hôpital de Notre-Dame-de-Fatima par les médecins de l'établissement.**

CONSIDÉRANT que l'activité principale de l'hôpital de Notre-Dame-de-Fatima 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 au cours de la prochaine année;

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 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective;

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 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : - **Rémunération à l'acte :** Utiliser la demande de paiement n° 1200. **Ajouter le 5 %** à vos honoraires. *Aucun modificateur n'est requis.*

- **Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :**

Veuillez utiliser les codes d'activités :

- 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'activité) : Tarif horaire uniquement
- XXX098 (Service 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 5 %, 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

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.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

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} avril 2003 et se termine le 1^{er} juin 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 142**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier de Chandler par les médecins de l'établissement.**

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier de Chandler 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 au cours de la prochaine année;

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 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui, selon le cas l'approuve et y donne suite s'il y a lieu. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois de soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective.

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 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : - **Rémunération à l'acte :** Utiliser la demande de paiement n° 1200. **Ajouter le 5 %** à vos honoraires. *Aucun modificateur n'est requis.*

- **Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :**

Veuillez utiliser les codes d'activités :

- 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'activité) : Tarif horaire uniquement
- XXX098 (Service 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 5 %, 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

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.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

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} mai 2003 et se termine le 1^{er} juillet 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 143

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 de l'Estrie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT**1.00 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.

2.00 Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 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.

4.00 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° 143**.

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

5.00 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.

6.00 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 de l'Estrie 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 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.

7.00 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;

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

AVIS : *Veuillez utiliser le formulaire « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires » n° 1215, en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*

- sous quantième : la journée du déplacement;
- sous mode de rémunération : le mode TH;
- sous plage horaire : la ou les plages horaires concernées;
- sous code d'activité : le code 002092 (temps de déplacement);
- sous secteur de 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.

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} avril 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 145**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemin par les médecins de l'établissement.**

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier Beauce-Etchemin 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 au cours de la prochaine année;

CONSIDÉRANT que l'établissement compte dix (10) médecins ou moins ou l'équivalent en tenant compte des effectifs requis pour assurer la prestation des services, qui ont une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;

CONSIDÉRANT que l'établissement a convenu d'une entente de parrainage avec un autre établissement selon les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1.00 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 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. Elle peut être prolongée pour deux autres périodes de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite;

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 :** 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'activité) :

Tarif horaire uniquement

- XXX098 (Service 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

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.

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

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.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} mai 2003 et se termine le 30 avril 2004. Elle remplace, à partir du 1^{er} mai 2003, la lettre d'entente No 119 du 1^{er} juillet 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 146

Concernant la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIIT :

1. Les parties, pour la période comprise entre le 1^{er} et le 30 juin 2003, conviennent d'appliquer, dans les territoires visés par le décret punitif, le tarif de base prévu à l'Entente.
2. Le différentiel existant entre les rémunérations sus-mentionnées, fixé conventionnellement ou par décret selon le cas, est versé au médecin par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} juin 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 147

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 de Lanaudière.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT**1.00 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.

2.00 Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 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.

4.00 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 no 147.*

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

5.00 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.

6.00 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 de Lanaudière 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 dans leur partie respective :*

- sous quantième : la journée du déplacement;
- sous mode de rémunération : le mode TH;
- sous plage horaire : la ou les plages horaires concernées;
- sous code d'activité : le code 002092 (temps de déplacement);
- sous secteur de 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 _____, ce ____^e jour de _____ 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 148

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 de la Gaspésie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT**1.00 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.

2.00 Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 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.

4.00 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 no 148.*

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

5.00 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.

6.00 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 de la Gaspésie 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 dans leur partie respective :*

- sous quantième : la journée du déplacement;
- sous mode de rémunération : le mode TH;
- sous plage horaire : la ou les plages horaires concernées;
- sous code d'activité : le code 002092 (temps de déplacement);
- sous secteur de 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 _____, ce ____^e jour de _____ 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 149

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 du Bas-Saint-Laurent.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT**1.00 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.

2.00 Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 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.

4.00 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 no 149.*

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

5.00 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.

6.00 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 dans leur partie respective :*

- sous quantième : la journée du déplacement;
- sous mode de rémunération : le mode TH;
- sous plage horaire : la ou les plages horaires concernées;
- sous code d'activité : le code 002092 (temps de déplacement);
- sous secteur de 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 _____, ce ____^e jour de _____ 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 couvrir l'ensemble des quarts 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 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente que s'il fait partie du groupe de médecins qui, collectivement, prend l'engagement décrit à l'article 4.00 des présentes;

3.04 Ne peut faire partie du groupe de médecins, 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 de couvrir la totalité des quarts 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 du groupe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef du groupe 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 faisant partie du groupe de médecins, 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 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 n'est pas respecté et que l'établissement doit faire appel, dans le cadre du dépannage, à d'autres médecins que ceux du groupe de médecins 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.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 La régie régionale concernée, par la voie de son département régional de médecine générale, est responsable de :

- a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 3.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;
- b) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins ainsi que de son renouvellement;

c) désigne le chef du service d'urgence de l'établissement comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

8.02 L'établissement informe la régie régionale de toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin dans le cadre du mécanisme de dépannage qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes. La régie régionale en informe le comité paritaire;

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 informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 7.03 des présentes;
- c) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

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 mai 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____, ce ____^e jour de _____ 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 151**Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Rouyn-Noranda par les médecins de l'établissement.**

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier Rouyn-Noranda 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 au cours de la prochaine année;

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 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 à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 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. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps.

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective.

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 5 % 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 et facturer vos services, sans aucun nouveau modificateur, en prenant soin de calculer le pourcentage de 5 %.

- 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 5 %, 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

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 _____, ce ____^e jour de _____ 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 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 _____, ce ____^e jour de _____ 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 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 _____, ce _____^e jour de _____ 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 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 _____, ce ____^e jour de _____ 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 483

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du docteur Michelle Dumais n° 95 396, qui dispense des services médicaux à la population du Bas-Saguenay.

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 que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. La rémunération versée au docteur Michelle Dumais pour les services dispensés à l'Anse St-Jean est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente;
2. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} septembre 2002 et se termine le 31 août 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^e jour de octobre 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 484

AVIS : Les établissements visés ont été ajoutés à l'annexe 1 de l'Entente particulière « Soins psychiatriques en CH ».

ACCORD NO 485

AVIS : L'établissement visé (Hôpital du Saint-Sacrement) a été ajouté à l'annexe 1 de l'Entente particulière « Soins palliatifs CHSGS ou dans une maison privée liée par entente ».

ACCORD NO 486

AVIS : Le centre jeunesse Gaspésie/Les Îles a été ajouté à l'annexe 1 de l'Entente particulière « Rémunération dans certains centres de réadaptation ou dans le cadre d'un programme spécifique d'un CHSGS ».

ACCORD NO 487

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui détiennent une nomination au Centre de santé et des services sociaux de la St-Maurice et qui dispensent des services médicaux au dispensaire de Parent.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 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. Les médecins qui dispensent des services médicaux au dispensaire de Parent ont le droit de se prévaloir des dispositions relatives au temps de déplacement prévues à l'article 30.06 de l'entente générale.

AVIS : - L'établissement doit faire parvenir à la Régie un **avis de service** (formulaire n° 3547) pour chaque médecin concerné en inscrivant les données suivantes :

- le numéro d'établissement **01773**

- la période couverte par l'avis de service

- sous la section « Situations d'entente », cochez la case **ACCORD** et inscrire : **Accord n°487**

- Veuillez remplir le formulaire n° 1215 « Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaire » en y inscrivant le numéro d'établissement **01773** ainsi que les données suivantes :

- sous **quantième** : la journée du déplacement

- sous **mode de rémunération** : le mode **TH**

- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées

- sous **code d'activités** : le code **002092** (temps de déplacement)

- sous **secteur disp.** : ne rien inscrire

La demande de paiement doit être contresignée par un représentant autorisé de l'établissement.

2. Le présent accord entre en vigueur le 7 janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^e jour de février 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 490

+ # **AVIS :** Retrait de l'Hôpital Notre-Dame-du-Lac. Les autres établissements ont été ajoutés ou remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde en disponibilité en CHSGS ».

ACCORD NO 491

AVIS : Les Centres Jeunesse du Saguenay - Lac-St-Jean ont été ajoutés à l'annexe 1 de l'Entente particulière « Centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS ».

ACCORD NO 492

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

ACCORD NO 493

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la dérogation permettant au médecin, en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale, d'exercer dans un service d'urgence d'établissements désignés par les parties.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Inscrire le Centre hospitalier de Chandler comme établissement désigné en vertu du paragraphe 3.2 de l'annexe XVI de l'entente générale;
2. Le présent accord entre en vigueur le 20 janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^e jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ACCORD NO 494

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération du docteur Alain Lalonde et du docteur Louis Gagnon.

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 que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CONSIDÉRANT la menace de fermeture du service d'urgence du Centre Maria-Chapdelaine les 1^{er}, 2 et 4 mars 2003 faute d'effectifs médicaux disponibles.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Accorder aux médecins dont le nom et les coordonnées sont inscrits à l'article 4., des présentes, un forfait de 150 \$ par quart de garde de huit (8) heures sur place qu'ils ont effectué au cours des journées des 1^{er}, 2 et 4 mars 2003, ce forfait est divisible en heures pour les heures excédentaires aux 8 heures;
2. Appliquer aux bénéfices de ces médecins les dispositions s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale;
3. Inclure à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale la rémunération versée en vertu du présent accord;
4. Les médecins visés par le présent accord et les quarts de garde effectués sont les suivants :
Docteur Alain Lalonde #189081
Le 1^{er} mars 2003;
Quart de garde : 12 heures;
Docteur Louis Gagnon #193085
Le 2 mars et le 4 mars 2003;
Quart de garde effectués : 8 heures;
5. Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} mars 2003 et se termine le 5 mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^e jour de avril 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

+

ACCORD NO 495

- # **AVIS :** *L'Établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Soins palliatifs / Établissement qui exploite un CHSGS ou maison privée liée par entente ».*

+

ACCORD NO 496

- # **AVIS :** *Retrait du Centre hospitalier d'Amqui. Les autres établissements ont été ajoutés ou remplacés à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Garde sur place - Urgence 1^{re} ligne, CHSGS désignés - Réseau intégré ».*

+

ACCORD NO 497

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 498

AVIS : L'Établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée CHSLD ».

+

ACCORD NO 500

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Programme en toxicomanie (Certains établissements) ».

+

ACCORD NO 501

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Planning-sexualité (Établissement qui exploite un CHSGS) ».

+

ACCORD NO 502

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant le mode de rémunération du docteur Annick Reid pour les services dispensés au Centre de santé de la Haute-Gaspésie.

PRÉAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré les dispositions du paragraphe 17.01 de l'entente générale, docteur Annick Reid peut modifier, à nouveau, son mode de rémunération actuellement à honoraires fixes pour celui du tarif horaire.
2. Le présent accord entre en vigueur le 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 7^e jour de juillet 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 503

AVIS : L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un CHSGS »

+

ACCORD NO 504

AVIS : *L'établissement visé a été ajouté à l'Annexe 1 de l'Entente particulière « Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ».*

+

ACCORD NO 506

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relativement à la rémunération de services dispensés dans le Centre hospitalier Kateri Mémorial du Conseil des Mohawks de Kanawake.

PREAMBULE

Le présent accord est conclu entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1^{er} septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins d'application de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables du 1^{er} avril 2003, la clinique externe du Centre hospitalier Kateri Mémorial rattachée au Conseil des Mohawks de Kanawake est réputé être un CLSC.

2. Le présent accord entre en vigueur le 4 août 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^e jour d'août 2003.

PHILIPPE COUILLARD

Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, M.D.

Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

4. ENTENTES PARTICULIÈRES

AVANT-PROPOS :

Les Ententes particulières sont des ententes conclues entre le MSSS et la FMOQ en vertu de l'Entente générale relative à l'assurance maladie (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	48
# 13	Programme en toxicomanie (Certains établissements).	52
# 14	Gériatrie dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.)	56
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	66
18	Programme en adaptation-réadaptation - Déficience physique	68
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.)	71

N° SÉQ.	TITRES ABRÉGÉS	PAGE
22	Rémunération dans ou auprès d'un C.L.S.C.	87
23	Unité de médecine familiale (U.M.F.) (programme de formation)	90
24	Évaluation multidisciplinaire de personnes en attente d'hébergement pour la régie régionale	94
# 25	Soins palliatifs / Établissement qui exploite un C.H.S.G.S. ou maison privée liée par entente.	97
# 26	Planning-sexualité (Établissement qui exploite un C.H.S.G.S.)	102
# 27	Rémunération dans certains centres de réadaptation ou programme spécifique d'un C.H.S.G.S.	106
# 28	Centre de Santé Chibougamau	112
# 29	Santé publique	116
# 30	Garde sur place - Urgence 1 ^{re} ligne, C.H.S.G.S. désignés - Réseau intégré	121
# 31	Garde en disponibilité auprès de certains établissements (<i>maintien à domicile</i>)	129
32	CH Régional de Sept-Iles (<i>Abrogée le 30 juin 2001, Amendement 75</i>)	
# 33	Chef de département clinique de médecine générale (CHSGS).	146
34	Centre hospitalier ambulatoire de la Région de Laval (CHARL).	151
# 35	Malade admis - CHSGS.	153
# 36	Garde en disponibilité en CHSGS.	161
37	Projet / CH Pierre Janet / santé mentale.	167
# 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).	170
# 39	Groupe de médecine familiale (G.M.F.).	175
# 40	Entente particulière provisoire / Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables	183
# 41	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables	185
42	Chef du service d'urgence (CHSGS)	187

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ASSURANCE HOSPITALISATION ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC CONCERNANT LES MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS LE GRAND-NORD****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

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

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet certaines normes spéciales relatives à la rémunération des services professionnels des médecins qui exercent dans ou auprès des établissements suivants : le Centre de santé et des services sociaux de la Radissonie (Centre hospitalier La Grande Rivière), le Centre de santé de l'Hématite, le Centre de santé de la Minganie, le CLSC Naskapi ou l'un de leurs points de service.

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 des centres susmentionnés, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS D'EXERCICE

3.01 La dispensation à domicile de services médicaux sur le territoire desservi par un établissement qui exploite un centre visé aux présentes fait partie du programme de santé de cet établissement. Il en est ainsi des services médicaux dispensés dans l'un de ces centres en vertu d'une entente de service;

3.02 Le temps que le médecin consacre à la dispensation de ces services fait partie de sa période régulière d'activités professionnelles s'il est rémunéré à honoraires fixes et, s'il est rémunéré selon le mode du tarif horaire, de sa période normale d'activités professionnelles;

AVIS : *Pour le mode de rémunération honoraires fixes ou tarif horaire, utilisez 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 35 premières heures d'activités (**TH**, seulement)
- 002081 : Garde en disponibilité
- 002084 : Services cliniques (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- 002085 : Garde sur place (situation exceptionnelle) (**TH**, seulement)
- 002094 : Garde en disponibilité (Points de services)
- 002098 : Services de santé durant le délai de carence.

4.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

Selon la nomination qu'il détient, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire. Le médecin peut cependant opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.

AVIS : *Pour le mode de rémunération à l'acte, veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 pour la facturation des services médico-administratifs.*

5.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES**5.01 Circonstances exceptionnelles et temporaires**

S'il y a survenance de circonstances exceptionnelles et temporaires, le chef du département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable peut, avec l'accord de l'établissement, autoriser, au bénéfice d'un médecin, le dépassement du nombre maximal d'heures prévu aux paragraphes 5.02 et 5.05 de l'annexe XIV de l'entente générale.

5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

AVIS: *L'établissement doit utiliser l'avis de service « Rémunération au tarif horaire » (formulaire n° 3547), cocher la case ENTENTE PARTICULIÈRE AUTRE, et inscrire la mention « Article 5.02 de l'entente particulière du Grand-Nord ».*

- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :
- la moitié de la prime d'isolement;
 - deux (2) sorties;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon le paragraphe 5.02 a) de la présente entente particulière;
- c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 8.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés.

6.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

6.01 La garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le centre. Elle est, selon le mode de rémunération du médecin, rémunérée, sur base horaire, à la moitié du taux normal applicable;

6.02 Dans ou auprès d'un centre, ou pour le compte d'un établissement exploitant plusieurs centres, au plus deux (2) médecins peuvent, par période de garde en disponibilité, se prévaloir de la rémunération prévue au paragraphe 6.01;

6.03 Dans ou auprès d'un point de service désigné spécifiquement par accord des parties, un médecin peut, par période de garde en disponibilité, être rémunéré selon les modalités qu'édicte le paragraphe 6.01. Cette garde en disponibilité se situe en dehors des heures régulières de dispensation de services dans le dispensaire.

7.00 TAUX NORMAL APPLICABLE

7.01 Aux fins des présentes, les vocables « taux normal applicable » signifient, sur base horaire, pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, le taux horaire normal prévu au paragraphe 15.04 de l'entente générale;

7.02 Au bénéfice du médecin rémunéré selon le tarif horaire, ces mêmes vocables signifient, sur une base horaire pour la garde en disponibilité, le taux horaire prévu à l'annexe XIV de l'entente générale, auquel on applique les modificateurs inscrits sous la colonne 3.

8.00 AVANTAGES ADDITIONNELS

8.01 Les avantages et les conditions relatives à la nourriture et au logement sont octroyés au médecin aux endroits et conformément aux normes établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cadres de l'établissement selon les termes du décret 1179-88 du 3 août 1988;

8.02 La perte de temps que subit un médecin par suite d'une attente qui lui est imposée par une intempérie ou une force majeure à l'occasion de l'exercice de ses fonctions n'entraîne aucune perte de rémunération ou autres avantages auxquels il aurait eu droit autrement selon la répartition des tâches et l'horaire établis pour la période correspondant à la période d'attente.

9.00 DÉPANNAGE

9.01 L'établissement peut faire appel à la banque de noms de médecins volontaires 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 :

9.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès d'un 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 au paragraphe 6.00;
- b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée diffèrent des heures prévues au per diem, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire;

AVIS: - 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
- 009094 : Garde en disponibilité (Points de service du Grand-Nord)

- Veuillez identifier le mode de rémunération, comme suit :

PD : per diem (maximum de 14 hres d'activités professionnelles, dont au moins 9 hres d'activités sur place).

TH : tarif horaire (heures d'activités de garde en disponibilité ou lorsque les heures d'activités professionnelles effectuées sur place sont différentes des heures prévues au per diem, soit moins de 9 hres ou plus de 9 hres).

Toutefois, pour plus de 9 hres d'activités professionnelles sur place, le médecin peut choisir l'un ou l'autre de ces modes de rémunération.

9.03 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;

9.04 La rémunération selon le per diem couvre un maximum de quatorze (14) heures d'activités professionnelles, dont neuf (9) heures d'activités professionnelles sur place.

+ Le taux de base du per diem est de 766 \$ à compter du 1^{er} janvier 2003 et de 789 \$ à compter du 1^{er} octobre 2003.

9.05 Le médecin peut bénéficier, pour chaque période minimale de quinze (15) jours consécutifs de présence, d'une sortie aller-retour à son domicile. Dans ce cas, seuls les frais de transport lui sont remboursés selon les modalités prévues au paragraphe 30.05 de l'entente générale;

Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement.

9.06 Aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale, une rémunération versée en vertu du présent article de la présente entente particulière est réputée versée en vertu de l'article 30.00 de l'entente générale.

10.00 MESURES TRANSITOIRES

10.01 Les heures excédentaires effectuées du 1^{er} juin 1998 au 30 septembre 1998, peuvent être imputées sur les semaines couvrant la période du 1^{er} décembre 1997 au 31 mai 1998, en autant que le médecin bénéficie de la disposition du paragraphe 6.09 de l'entente particulière du 8 octobre 1993 et que les règles d'application de ce paragraphe soient rencontrées.

10.02 Ces heures ainsi imputées ne sont pas comptabilisées dans le calcul des 1540 heures prévues au paragraphe 5.02 de l'annexe XIV de l'entente générale;

10.03 La Régie applique cette imputabilité au plus tard le 28 février 1999;

10.04 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, peut, exceptionnellement, permettre à un médecin une dérogation aux délais qui lui sont fixés par le présent article.

11.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

11.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière intervenue en date du 8 octobre 1993, telle que modifiée subséquemment, concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord;

11.02 Elle prend effet le 1^{er} juin 1998. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 19^e jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

		ACCORD	AMENDEMENT
Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine			
03308	Centre hospitalier Baie des Chaleurs, département de psychiatrie, Maria (87-11-18)	-----	-----
04958	Centre hospitalier Mgr Ross, à l'exception du Foyer Notre-Dame de Gaspé (94-05-01)	100	-----
03418	Hôpital des Monts, service de psychiatrie (95-04-30)	134	
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02878	Centre hospitalier Beauce-Etchemin, département de psychiatrie (97-01-01)	205	
02808	Centre hospitalier de la Région de l'Amiante Inc., département de psychiatrie, Thetford-Mines (87-05-13)	-----	-----
03038	Hôtel-Dieu de Montmagny, département de psychiatrie, Montmagny (87-11-18)	-----	-----
03008	Hôtel-Dieu de Lévis, département de psychiatrie (89-03-01)	-----	-----
Région 13 : Laval			
00448	Cité de la Santé de Laval, département de psychiatrie, Laval (87-11-18)	-----	-----
Région 14 : Lanaudière			
01418	Centre hospitalier Le Gardeur, département de psychiatrie, Le Gardeur (87-11-18)	-----	-----
00858	Centre hospitalier régional de Lanaudière, département de psychiatrie, Joliette (88-04-13)	-----	-----
Région 15 : Laurentides			
00788	Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine Labelle, département de psychiatrie (96-03-01)	183	
01448	Hôtel-Dieu de St-Jérôme, département de psychiatrie, Saint-Jérôme (90-04-01)	-----	-----
01278	Hôpital d'Argenteuil, département de psychiatrie (94-05-01)	-----	-----
Région 16 : Montérégie			
07768	Centre hospitalier Anna-Laberge, département de psychiatrie (89-03-01)	-----	-----
01038	Centre hospitalier de Granby, département de psychiatrie, Granby (87-05-13)	-----	-----
01148	Centre hospitalier de Valleyfield, département de psychiatrie, Valleyfield (88-04-13)	-----	-----
00948	Centre hospitalier Honoré Mercier Inc. (C.H.C.D. : département de psychiatrie; C.H.L.D. : pavillon sud), St-Hyacinthe (86-02-15)	-----	-----
07538	Centre hospitalier Pierre Boucher, département de psychiatrie, Longueuil (87-11-06)	-----	-----
00958	Hôpital Charles Lemoyne, département de psychiatrie, Greenfield Park (89-03-01)	-----	-----
00428	Hôpital du Haut-Richelieu, département de psychiatrie, St-Jean-sur-Richelieu (86-02-15)	-----	-----
00928	Hôtel-Dieu de Sorel, département de psychiatrie, Sorel (87-11-18)	-----	-----

Remarque : L'absence de numéro d'accord ou d'amendement signifie que l'établissement faisait partie de l'Annexe I de l'entente particulière lorsque celle-ci a été reconduite par l'accord-cadre d'avril 1991.

AVIS : Établissements retirés ou modifiés par les Accords n^{os} 183, 246, 312 et 338.

ENTENTE PARTICULIÈRE

RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES PROFESSIONNELS EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN, EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, DANS UNE UNITÉ DE SOINS CORONARIENS OU DE SOINS INTENSIFS

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

- + **1.01** La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin auprès de patients dans l'unité de soins coronariens ou dans l'unité de soins intensifs, excluant les lits de monitoring, sise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés inscrit à l'annexe I des présentes.

1.02 L'adhésion ou le retrait d'un établissement dans le cadre de la présente entente se fait par accord des parties.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les stipulations de l'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

3.01 Le médecin, selon un choix quotidien, opte d'être rémunéré selon la formule du mode de rémunération forfaitaire prévue au présent article ou selon la rémunération à l'acte prévue à l'entente générale.

3.02 Mode de rémunération forfaitaire

- + **3.02.1** La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un forfait de 96,65 \$ pour la première journée de séjour dans l'unité, 76,30 \$ pour la deuxième journée de séjour et 71,25 \$ pour les suivantes;

AVIS : Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes:

- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée
- le code d'acte **9997** pour la **première** journée de séjour dans l'unité et les honoraires de **96,65 \$**
- le code d'acte **8896** pour la **deuxième** journée de séjour dans l'unité et les honoraires de **76,30 \$**
- le code d'acte **8897** pour les journées **suivantes** de séjour dans l'unité et les honoraires de **71,25 \$**
- le code d'établissement spécifique (0XXX6)
- la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité de soins.

En vertu des dispositions du sous-paragraphe 2.2.9.A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale, ce forfait est majoré de 10 % le samedi, dimanche et un jour férié.

AVIS : Inscrire le modificateur 045 ou ses multiples pour le code d'acte 8896, 8897 ou 9997 le code d'établissement correspondant à l'unité des soins coronariens ou intensifs (0XXX6) et le montant des honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %.

3.02.2 Toutefois, le forfait ne comprend pas la rémunération de la réanimation cardio-respiratoire ni le supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis.

Il ne couvre pas non plus la prestation des actes médicaux suivants :

- a) En cas de non disponibilité temporaire du médecin visé au paragraphe 3.01, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin;
- b) Les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant;
- c) La constatation de décès;

- d) L'examen médical et le constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel;
- e) L'examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources.

AVIS : *Inscrire la lettre « G » dans la case C.S.*

3.02.3 Sont rémunérés à l'acte de la façon prévue à l'entente générale les soins simultanés requis par le médecin qui fournit l'ensemble de la prestation des services, quelle que soit la formule de rémunération retenue selon les dispositions de la présente entente, ou par un médecin spécialiste.

AVIS : *Inscrire la lettre « H » dans la case C.S.*

4.00 COMITÉ PARITAIRE

4.01 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.

5.00 ADHÉSION ET RETRAIT

5.01 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;

5.02 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;

5.03 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;

5.04 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;

5.05 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.

6.00 ENTRÉE EN VIGUEUR

6.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière signée le 16 mai 1991 et ses amendements. Elle entre en vigueur le 1^{er} avril 1997 et se termine lors du renouvellement de l'entente générale.

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

Liste des établissements désignés aux fins de l'application de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.

Région 01 : Bas St-Laurent

- Les centres hospitaliers et centres d'hébergement et de soins de longue durée de Matane :
- 03316 - Centre hospitalier de Matane, Matane (86-12-01)
 - Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup :
 - 03406 - Centre hospitalier régional du Grand-Portage, Rivière-du-Loup (88-02-01)
 - 03346 Centre hospitalier régional de Rimouski : - CH régional de Rimouski (90-04-01)
 - 03256 Centre hospitalier d'Amqui : - CH d'Amqui, Amqui (88-02-01)
 - 03336 Hôpital Notre-Dame-du-Lac, Notre-Dame-du-Lac (88-02-01)
 - 03046 Réseau santé Kamouraska : - Centre Notre-Dame-de-Fatima, La Pocatière (88-02-01)

Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean

- 02506 Centre Maria-Chapdelaine : - Centre hospitalier de Dolbeau, Dolbeau (88-02-01)
- 02476 Complexe hospitalier de la Sagamie, Chicoutimi (86-12-01)
- 02456 Centre Le Jeannois : - Pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Alma, Alma (86-12-01)
- 02526 Hôpital-Dieu de Roberval : - Hôtel-Dieu de Roberval, Roberval (88-02-01)
- 02516 Centre hospitalier Jonquière (00-10-02)

Région 04 : Mauricie / Bois-Francs

- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :
- 01836 - Pavillon Sainte-Marie, Trois-Rivières (86-12-01)
 - 01826 - Pavillon St-Joseph (99-07-23)
 - 01756 Regroupement Cloutier-du-Rivage : - Hôpital Cloutier, Cap-de-la-Madeleine (86-12-01)
 - 02786 Complexe Santé et Services sociaux Nicolet-Yamaska : - Hôpital du Christ-Roi, Nicolet (86-12-01)
 - 01856 Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie : - CH régional de la Mauricie, Shawinigan (86-12-01)
 - 02756 Hôpital-Dieu d'Arthabaska, Arthabaska (86-12-01)

Région 05 : Estrie

- 01116 Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke : - Pavillon Argyll (93-06-14)
- 01126 Corporation Centre hospitalier Lac Mégantic : - Centre hospitalier Lac Mégantic (88-02-01)
- 01066 Centre hospitalier et d'hébergement de Memphrémagog : - CH et CHSLD de Memphrémagog (94-10-30)

Région 06 : Montréal-Centre

- Centre hospitalier Angrignon :
- 00146 - Pavillon Lasalle (86-12-01)
 - 00366 - Pavillon Verdun (93-06-29)
 - 00056 Centre hospitalier Fleury (91-04-01)
 - 00356 Hôpital Santa Cabrini (96-02-01)
 - 00086 Institut de Cardiologie de Montréal (90-02-01)
 - + 00316 Centre hospitalier de St-Mary (03-06-15)

Région 07 : Outaouais

- 01256 Centre hospitalier de Buckingham, Buckingham (86-03-06)
- 07696 Centre hospitalier de Gatineau, Gatineau (86-12-01)
- 01266 Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais : - Pavillon de Hull (02-07-03)

Région 08 : Abitibi-Témiscamingue

01536 Centre hospitalier Rouyn-Noranda, Rouyn (86-12-01)
01526 Réseau de la Santé et des Services sociaux des Aurores Boréales : - CH La Sarre (86-12-01)
01546 Centre hospitalier de Val-d'Or (88-02-01)

Région 09 : Côte-Nord

07546 Centre hospitalier régional Baie-Comeau : - Pavillon Le Royer (86-12-01)
02696 Centre hospitalier régional de Sept-Iles (90-04-01)

Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine

03326 CLSC Mer et Montagnes : - Centre de santé des Hauts Bois, Murdochville) (88-02-01)
03306 Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs, Maria (88-02-01)
03416 CLSC-CHSLD de la MRC Denis-Riverin : - Hôpital des Monts (90-04-01)

Région 12 : Chaudière-Appalaches

02876 Centre hospitalier Beauce-Etchemin, St-Georges-de-Beauce (86-12-01)
02806 Centre hospitalier de la région de l'Amiante, Thetford-Mines (86-12-01)
03036 Hôtel-Dieu de Montmagny, Montmagny (86-12-01)

Région 13 : Laval

00446 Cité de la Santé de Laval, Laval (86-12-01)

Région 14 : Lanaudière

01416 Centre hospitalier Le Gardeur, Repentigny (88-02-01)
00856 Centre hospitalier régional Delanaudière (90-04-01)

Région 15 : Laurentides

01436 Centre hospitalier Laurentien, Sainte-Agathe-des-Monts (88-02-01)
01456 Centre hospitalier St-Eustache, St-Eustache (86-12-01)
01426 Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle : - Centre de Mont-Laurier (86-03-06)
01276 L'Hôpital d'Argenteuil, Lachute (88-02-01)
00786 Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle : - Centre de l'Annonciation (00-11-01)

Région 16 : Montérégie

07766 Centre hospitalier Anna Laberge (96-05-27)
01036 Centre hospitalier de Granby, Granby (86-12-01)
01146 Centre hospitalier régional du Suroit, Valleyfield (90-04-01)
00946 Réseau santé Richelieu - Yamaska, St-Hyacinthe (86-02-22)
01136 Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins, Cowansville (86-12-01)
00426 Hôpital du Haut-Richelieu (97-04-01)
00926 Hôtel-Dieu de Sorel, Sorel (86-12-01)
01086 L'Hôpital Barrie Memorial, Ormstown (86-02-01)

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

AVIS : Liste modifiée par les **Amendements** : 48, 51, 54, 56 et 58 et par les **Accords** : 12, 162, 220, 228, 348, 411, 450 et 497.

ENTENTE PARTICULIÈRE**AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES GARDES EN DISPONIBILITÉ EFFECTUÉES DANS CERTAINS CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

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

La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde en disponibilité effectuée, dans le cadre du réseau de garde intégré, dans ou auprès d'un service d'urgence de première ligne d'un centre local de services communautaires (C.L.S.C.) inscrit en annexe I des présentes.

2.00 PARTICIPATION

La présente entente particulière permet à un médecin d'être titulaire d'une nomination spécifique aux seules fins d'effectuer une période de garde en disponibilité selon la présente entente.

3.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

- + 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.

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.

Pour être rémunérée selon la présente entente particulière, 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 ou, le cas échéant, sur semaine, après l'heure de fermeture du Centre.

La rémunération prévue à la présente entente particulière n'est payable, pour une même période de garde et pour un même service d'urgence, qu'à un seul médecin.

AVIS: Utiliser une demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :

- la date et le code 9272;
- 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 (soumis à la rémunération différente);
- 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.

4.00 RÉPARTITION DE LA GARDE

Lorsque le fonctionnement du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes est assumé par des médecins dont certains sont rémunérés à l'acte et d'autres à honoraires fixes, la garde est répartie équitablement entre ces médecins par le chef de médecine générale, ou le médecin qui assume ces fonctions, peu importe leur mode de rémunération.

5.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

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 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

ANNEXE I

Liste des C.L.S.C. désignés aux fins de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées dans certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré.

Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean

80045 C.L.S.C. du Fjord
- Point de service l'Anse St-Jean *

Région 03 : Québec

80055 C.L.S.C. de Portneuf
- Point de service de Donnacona *

Région 04 : Mauricie / Bois-Francs

80065 C.L.S.C. Valentine-Lupien
- Point de service St-Alexis-des-Monts *

Région 05 : Estrie

80075 C.L.S.C. Fleur de Lys
- Point de service La Patrie

Région 10 : Nord-du-Québec

80015 C.S. Isle-Dieu (90-09-01)
- Point de service Joutel

Région 11 : Gaspésie et Iles-de-la-Madeleine

93422 C.L.S.C. Des Berges (Mont-Louis) *

Région 15 : Laurentides

80085 C.L.S.C. des Hautes Laurentides
- Point de service Notre-Dame-du-Laus *

* Les dates d'entrée en vigueur sont celles de la signature de l'Entente particulière.

Remarque : Les dates énumérées ci-dessus sont les dates d'entrée en vigueur d'un amendement ou d'un accord.

AVIS : Établissement retiré par l'Amendement n° 54 prenant effet le 1^{er} octobre 1995.

ENTENTE PARTICULIÈRE**CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE SUR PLACE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DU CENTRE HOSPITALIER PAUL-GILBERT DE CHARNY****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde sur place effectuée de 20 h à 8 h, dans le service d'urgence de première ligne du centre hospitalier Paul-Gilbert de Charny.

2.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES**2.01 Forfait compensatoire**

À compter du 1^{er} juin 1988, l'option de rémunération prévue au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif qui entre en vigueur à cette date s'applique, dans le service d'urgence visé aux présentes, à la rémunération de la garde sur place effectuée, de 20 h à 8 h, par le médecin rémunéré à l'acte.

3.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

3.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 30 mai 1988 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EFFECTUÉE DANS LE SERVICE D'URGENCE DE PREMIÈRE LIGNE DE CERTAINS CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DU RÉSEAU DE GARDE INTÉGRÉ****PRÉAMBULE**

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu de l'article 17.07 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

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

1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de la rémunération de la garde effectuée, dans le cadre du réseau de garde intégré, dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un centre local de services communautaires (C.L.S.C.) agréé par les parties et énuméré en annexe I des présentes.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 L'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, s'applique au médecin exerçant dans ou auprès du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes, sous réserve des dispositions suivantes.

3.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES**3.01 Participation**

Dans un centre local de services communautaires régi selon la présente entente particulière, cette entente permet au médecin non rémunéré à honoraires fixes dont l'activité professionnelle s'en limite à effectuer des gardes sur place régies en vertu des présentes, d'être titulaire, à cette fin, d'une nomination spécifique.

Cette entente particulière permet également à un médecin déjà rémunéré à honoraires fixes dans un autre établissement d'être titulaire, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, d'une nomination spécifique à honoraires fixes pour la garde sur place qu'il effectue.

Une nomination spécifique à honoraires fixes au sens de la présente entente particulière ne comporte, à l'endroit du médecin qui en est titulaire, ni détermination d'une qualité quelconque, ni détermination d'une période régulière d'activités professionnelles.

3.02 Garde sur place

La garde sur place effectuée par un médecin qui est rémunéré à l'acte est rémunérée selon ce mode et les options de rémunération prévues au paragraphe 1.4 du préambule général au tarif s'appliquent.

AVIS: - L'établissement doit faire parvenir un avis de service à la Régie.
- Voir l'article 1.4 du préambule général, dans le Manuel des médecins omnipraticiens, sous l'onglet A, pour les modalités d'application et de facturation.

La garde sur place effectuée par un médecin qui se prévaut d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire est, selon le mode de rémunération applicable au médecin, rémunérée selon l'un de ces modes.

AVIS : Utiliser le code d'activités 002063 (Honoraires fixes et tarif horaire) ou 002071 (tarif horaire). Samedi, dimanche, jour férié, utiliser le secteur de dispensation **12** ou **14**⁽¹⁾. **Tout autre jour :** de **20 h à 8 h**, utiliser le secteur **12 ET de 8 h à 20 h**, utiliser le secteur **07**.

(1) Le secteur de **dispensation 14** peut être utilisé si les avantages de la Lettre d'entente n° 77 vous sont acquis.

3.03 Garde en disponibilité

Outre les motifs énoncés à l'article 14.00 de l'entente générale, la nécessité d'effectuer, en complémentarité avec la garde sur place, une garde en disponibilité selon la présente entente particulière, se fonde également sur le nombre réduit des effectifs médicaux et l'impossibilité qui en découle d'assurer, de façon continue, une garde sur place.

- + La garde en disponibilité 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.

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.

Pour être rémunérée selon la présente entente particulière, 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 ou, le cas échéant, sur semaine, après l'heure de fermeture du Centre.

AVIS : *Inscrire sur la demande de paiement n° 1200 les données suivantes:*

- la date et le code 9272
- 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 (soumis à la rémunération différente);
- 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, utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire un « E » dans la case C.S. Ces services doivent être facturés pour chaque personne assurée sur des demandes de paiement distinctes.

3.04 Répartition de la garde sur place

Lorsque le fonctionnement du service d'urgence de première ligne d'un C.L.S.C. visé aux présentes est assumé par des médecins dont certains sont rémunérés à l'acte et d'autres à honoraires fixes, la garde est répartie équitablement entre ces médecins par le chef de médecine générale, ou le médecin qui assume ces fonctions, peu importe leur mode de rémunération.

3.05 Activités professionnelles

Un médecin dont la nomination spécifique a pour objet exclusif, dans un centre local de services communautaires visé aux présentes, la dispensation de services d'urgence de première ligne selon la présente entente particulière ne peut être contraint d'accepter une autre activité professionnelle se situant en dehors des périodes de garde sur place visées aux présentes. Le présent paragraphe ne s'applique pas aux activités qui sont celles du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre local de services communautaires.

Malgré l'objet restreint de sa nomination, le médecin qui est détenteur d'une nomination spécifique selon la présente entente particulière peut, à l'occasion et à la demande expresse du chef de médecine générale ou du médecin qui assume ces fonctions, accepter d'effectuer une activité professionnelle autre que la garde prévue à la présente entente particulière. Dans ce cas, pour l'activité professionnelle ainsi exercée, la rémunération à l'acte s'applique au médecin qui est rémunéré selon ce mode et, selon que le médecin est détenteur d'une nomination spécifique à honoraires fixes ou à tarif horaire, il est rémunéré, selon le mode de rémunération qui lui est applicable, en vertu des dispositions des paragraphes 15.04 ou 17.12 de l'Entente.

3.06 Effectifs médicaux

Malgré les paragraphes 10.09 et 10.11 de l'entente générale, le médecin régi selon le paragraphe 3.05 de la présente entente particulière ne peut voir son avis de non-renouvellement de nomination spécifique fondé sur la détermination des effectifs médicaux arrêtés par le conseil d'administration du C.L.S.C.

Toutefois, cette disposition ne doit pas avoir pour effet d'augmenter le nombre de médecins autorisés par le plan d'effectifs médicaux spécifique prévu pour le C.L.S.C.

CODE	ÉTABLISSEMENT ET ENDROIT (par Région)	NOMBRE DE VACATIONS HEBDOMADAIRES	
		Régime A	Régime B
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)	10	8
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine			
03273	C.H. de Chandler - Chandler (82-04-02)	20	15
03303	C.H. Baie-des-Chaleurs - Maria (82-04-02 (95-07-01) CLSC - CHSLD - CH de la MRC Denis-Riverin :	26	45
03413	- Hôpital des Monts - Ste-Anne-des-Monts (83-07-15) Centre hospitalier de Gaspé :	10	8
03283	- Centre hospitalier de Gaspé - Gaspé (82-04-02)	25	19
Région 15 : Laurentides			
00783	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle : - Centre de l'Annonciation - L'Annonciation (86-05-04)	10	8
01423	- Centre de Mont-Laurier - Mont-Laurier (82-04-02)	21	16
Région 16 : Montérégie			
01133	Hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins - Cowansville (85-07-01)	36	28
01083	L'Hôpital Barrie Memorial - Ormstown (87-03-23) (89-03-01)	10	8

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

AVIS : Annexe modifiée par les Accords n^{os} 229, 260 et 356.

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 a 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
+ Adjoints 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 \$
+ Adjoints 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 \$
+ Ophtalmologie	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 / Iles-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'alcoologie 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;

		ACCORD (DATE)	ADHÉSION partielle	complète
Région 15 : Laurentides				
12195	Accueil Come Cartier	-----		X
10225	Centre d'accueil Sainte-Anne de Mont-Laurier	-----		X
07774	CHSLD Drapeau Deschambault	240 (98-01-04)		X
13865	Les CHSLD de la Rive et de Mirabel	-----		X
28205	Villa du Vieux Sapin Inc.	-----		X
15265	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	266 (98-09-15)		X
29615	CHSLD Villa Soleil	416 (00-12-11)	X	
Région 16 : Montérégie				
28115	Accueil du Rivage Inc.	-----		X
15545	Centre d'accueil Contrecoeur	-----		X
15535	Centre d'accueil Jeanne Crevier	-----		X
14095	Centre d'accueil La Prairie	-----		X
23895	Centre d'accueil Marcelle Ferron Inc.	-----		X
15855	Centre d'accueil Pierre-Rémi Narbonne	-----		X
15095	Centre Rouville	-----		X
01044	Centre hospitalier du Comté de Huntingdon	-----		X
04464	CHSLD du Bas Richelieu	233 (97-11-02)		X
15385	C.L.S.C./C.H.S.L.D. de la Vallée du Richelieu - Centre Marguerite-Adam, centre Montarville	233 (97-11-02)		X
10975	CLSC/CHSLD Des Maskoutains : - Centre Andrée-Perreault	233 (97-11-02)		X
16175	Foyer Lajemmerais	-----		X
29665	Le Manoir Harwood	443 (01-08-01)		X
12135	Le Foyer de Châteauguay Inc.	-----		X
11235	Le regroupement des CHSLD des Trois Rives	266 (98-09-15)		X
16545	Les centres du Haut St-Laurent (CHSLD)	-----		X
04234	CHSLD de la MRC de Champlain	397 (00-07-31)	X	
15825	CHSLD de Longueuil	-----	X	
07734	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - C.H. de Bedford, les Foyer Farnham - Centre d'accueil de Cowansville - Foyer Sutton	459 (01-12-17) 223 (97-07-27) 431 (01-04-02) 459 (01-12-17)	X X X	X
25605	Foyer Notre-Dame de Laprairie	372 (00-01-10)	X	
+ 29545	La maison des Aîné(es)	504 (03-08-04)	X	
+ 29425	Centre d'hébergement C.P.L. Argyle inc. - Résidence du Parc	498 (03-06-15)	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 et 468.
- 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

ENTENTE PARTICULIÈRE**RELATIVE AUX ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (A.M.P.)****PRÉAMBULE**

Dans le cadre de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) et de l'article 360 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c.42), 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 conclue 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. 42), 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. DISPOSITIONS GÉNÉRALES**3.1 Rémunération considérée**

Seule la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec 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.

Cette rémunération est, pour un trimestre visé aux présentes, comptée comme ayant été payée selon le tarif de base prévu à l'Entente.

Malgré ce qui précède, est également considérée la rémunération versée pour l'exercice des fonctions de directeur des services professionnels d'un établissement. Aux fins de la présente entente particulière, cette rémunération est comptabilisée de la même façon que celle qui est reliée à la dispensation de services médicaux dans un centre exploité par un établissement.

3.2 Calcul des années de pratique

3.2.1 Le médecin qui, au 1^{er} décembre 1993 détient, depuis dix (10) ans et plus, son permis de pratique de la Corporation professionnelle des médecins du Québec n'est pas soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

3.2.2 Le médecin qui, à la date d'entrée en vigueur de cette entente, détient, depuis moins de dix (10) ans, son permis de pratique du collège des médecins du Québec est assujéti à l'application des articles 360 à 366 susmentionnés. Dans le cadre de l'application de ces dispositions et des clauses conventionnelles s'y rapportant, les conditions suivantes s'appliquent obligatoirement :

- lorsqu'une année, ou partie de celle-ci, est antérieure à la date d'entrée en vigueur de l'entente relative aux activités médicales particulières, 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, ou partie de celle-ci, est postérieure à la date d'entrée en vigueur de l'entente concernant les activités médicales particulières, 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 4 000,00 \$ 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, le congé d'adoption n'est octroyé qu'à l'un des conjoints.
- aux fins des sous-paragraphe précédents, seules les années postérieures à l'obtention du permis du collège des médecins du Québec sont considérées comme des années de pratique.

3.2.3 De façon exceptionnelle, le comité paritaire peut reconnaître à un médecin qui n'est pas considéré comme actif selon les critères énoncés au sous-paragraphe précédent 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.

3.3 Règle d'émancipation

Les parties peuvent convenir par lettre d'entente, de règles d'émancipation qui permettront au médecin qui s'en prévaut de réduire sa période d'assujettissement à la présente entente.

3.4 Champ d'application

Seul le médecin qui réalise plus de 50% de sa rémunération en cabinet privé est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Aux fins de l'application du présent paragraphe, la rémunération versée pour une visite à domicile entre dans le calcul de cette rémunération. Toutefois, aux mêmes fins, n'entre pas dans ce calcul une rémunération découlant de l'application des alinéas 3 et 5 de l'article 361 de la loi précitée ou versée en paiement d'une visite à domicile effectuée dans le cadre d'une entente régissant, dans le territoire d'une régie régionale, le fonctionnement d'un système préhospitalier d'urgence ou reliée à une activité professionnelle exclue de la rémunération en cabinet en vertu des dispositions de l'annexe I de la présente entente particulière.

Selon les modalités qu'elle édicte, cette annexe contient également la liste de certaines activités professionnelles qui, de l'avis des parties, sont réputées constituer des activités médicales particulières, ou être considérées comme des activités professionnelles en établissement.

L'annexe I ci-jointe peut être modifiée par accord des parties.

3.5 Conditions d'application

3.5.1 Participation aux activités médicales particulières

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

La participation du médecin adhérent à l'entente relative aux activités médicales particulières d'une ou de plusieurs régies régionales doit, sauf si le médecin répond aux conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit, répondre, minimalement, aux exigences de base suivantes :

- s'il exerce selon le mode de l'acte : une rémunération équivalente à 12 000 \$ par trimestre selon le tarif de base prévu à l'entente;
- s'il exerce selon le mode de la vacation, du tarif horaire ou selon le mode des honoraires fixes : un nombre total de douze (12) heures par semaine sur une base de onze (11) semaines par trimestre (moyenne trimestrielle);

- en cas de pratique mixte, vacation, tarif horaire ou honoraires fixes et acte : les revenus gagnés selon le mode de l'acte seront considérés au prorata de la rémunération trimestrielle s'appliquant pour l'année en cours, tel prorata étant, pour cette fin, reconverti sur la base horaire du douze (12) heures par semaine pendant onze (11) semaines.

Aux fins de la présente entente particulière, est réputé répondre aux conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit, le médecin qui voit sa rémunération, telle que définie au paragraphe 3.1, se situer, pour la période visée, en deçà des seuils prévus au sous-paragraphe 3.5.9 de la présente entente particulière.

3.5.2 Règles de conversion

Les règles de conversion, en équivalence/heures plutôt qu'en revenus, ont pour objet les activités médicales apparaissant en annexe. Dans ces cas, lorsque la conversion en temps est retenue, les revenus découlant de la rémunération à l'acte des services dispensés n'entrent pas dans le calcul de la rémunération trimestrielle visée aux présentes. Enfin, dans ces cas, les règles relatives à la pratique mixte s'appliquent.

Les modalités de conversion afférentes à chacune des activités visées apparaissent à l'annexe II de la présente entente. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

Les règles de conversion apparaissant à l'annexe II sont des règles dont l'application est, pour une régie régionale ou pour la Régie de l'assurance maladie du Québec, **obligatoire**. Les responsabilités respectives de la régie régionale et de la Régie de l'assurance maladie du Québec quant à la conversion des services sont précisées à l'annexe II.

En ce qui a trait à l'ensemble des services médicaux visés à cette annexe, la conversion en temps est faite d'une façon automatique par la Régie de l'assurance maladie du Québec et complétée par la régie régionale. Ultimement, en ce qui a trait à chacun de ces services, le médecin bénéficie de l'application de la formule qui, en regard des exigences de temps ou de revenus relatives aux activités médicales particulières, lui est le plus favorable.

3.5.3 Garde en disponibilité

Peut être reconnue par une régie régionale et comptabilisée à des fins d'activités médicales particulières, toute garde en disponibilité qui, effectuée par un médecin pendant des horaires défavorables, répond à l'une des exigences suivantes :

- a) elle est établie par un établissement qui exploite un centre, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de ce centre;
- b) elle est régie, de façon spécifique, par une entente particulière, une lettre d'entente ou un accord;
- c) elle est effectuée dans un point de service du réseau d'accessibilité aux soins généraux d'une région;
- d) elle est recommandée par la Commission médicale régionale.

Aux fins des présentes, les vocables « horaires défavorables » réfèrent aux samedi, dimanche et jour férié, entre 8 h et 20 h, ainsi que tous les jours de la semaine entre 20 h et 8 h.

La garde en disponibilité relative aux horaires défavorables est comptabilisée comme activité médicale particulière à raison d'une (1) heure par huit (8) heures de garde en disponibilité.

La garde en disponibilité ne peut compter, aux fins des exigences prévues par la présente entente, pour plus de six (6) heures par semaine sur une base de onze (11) semaines par trimestre (moyenne trimestrielle).

3.5.4 Supplément d'activités professionnelles

Lorsque les activités particulières sont exercées dans un centre hospitalier, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation, le chef de département de médecine générale, le chef du service médical ou le médecin responsable peut exiger du médecin, lorsque la situation le requiert, un quantum supérieur d'activités.

Lorsqu'un médecin participe à des activités médicales particulières dans plus d'un centre, l'exigence du chef de département, du chef de service ou du médecin responsable ne peut avoir pour effet de soustraire ce médecin à l'accomplissement de ses activités dans l'un de ces centres.

En cas de difficulté relativement à la mise en oeuvre du sous-paragraphe précédent, la régie régionale a, sur recommandation de la Commission médicale régionale, pleine autorité pour régler le problème.

3.5.5 Cumul

Lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectue des activités médicales particulières sur les territoires de plus d'une régie régionale, l'administration de son dossier, à des fins d'activités médicales particulières, est alors confiée à la régie régionale dite régie principale.

Aux fins des présentes, les vocables « régie principale » réfèrent à la régie régionale du territoire où un médecin tire la majorité de sa rémunération, telle que définie au paragraphe 3.1 de la présente entente particulière, pour les services médicaux qu'il y dispense dans le cadre de ce régime.

Lorsqu'un médecin effectue des activités médicales particulières sur le territoire de plus d'une régie régionale, les heures d'activités professionnelles qui en découlent, ou les revenus y afférents, sont cumulés de la même façon que si les activités en cause avaient été effectuées, ou le revenu y afférent gagné, sur le territoire d'une seule régie régionale.

3.5.6 Pénalité

Aux fins de l'application de la pénalité prévue au présent sous-paragraphe, c'est la moyenne résultant de la rémunération ou des heures effectuées pour un trimestre, additionnée à la rémunération ou aux heures des trois (3) trimestres suivants, qui sera considérée. Le médecin dont la rémunération d'un des trois derniers trimestres de sa période d'assujettissement à l'entente est sujette à l'application de la pénalité pourra, au cours des trois trimestres suivants, même si un ou plusieurs de ces trimestres se situent en dehors de sa période d'assujettissement, effectuer le supplément d'activités requis. Il pourra alors faire une demande d'exemption de la pénalité selon les dispositions prévues au présent article.

Une réduction de 30% s'applique à la rémunération originant des activités faites en cabinet privé, selon la définition apparaissant au sous-paragraphe 3.4, du médecin soumis à l'application des articles 360 à 366 mais non-adhérent. Cette réduction s'applique également au médecin qui ne respecte pas l'engagement qu'il a pris auprès d'une ou de plusieurs régies régionales si sa participation aux activités médicales particulières répond pour 92 heures et moins par trimestre aux exigences de base telles que prévues au sous-paragraphe 3.5.1 de la présente entente. Si la participation du médecin aux activités médicales particulières s'élève à 92 heures et plus par trimestre sans atteindre 132 heures, la pénalité de 30 % est alors diminuée proportionnellement au rapport entre les heures effectuées au-delà de 92 heures par trimestre et l'intervalle de 40 heures compris entre 92 et 132 heures et retenu aux fins du calcul de la diminution de la pénalité.

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 mais elle ne s'applique pas à la rémunération déjà sujette à l'application du décret sur la rémunération différente.

Pour les fins d'application des articles 2 et 3 de l'annexe IX, la rémunération sujette à l'application de la pénalité prévue dans le cadre de l'entente sur les activités médicales particulières est considérée selon le tarif de base prévu à l'Entente.

Cette réduction ne s'applique pas à la rémunération du médecin qui, pour se qualifier aux fins des activités médicales particulières, exerce sa profession sur les territoires de plus d'une régie régionale et qui, selon les données constatées sur ces territoires par la régie principale, répond, de façon cumulative, aux exigences de revenus ou de temps que l'entente édicte en semblable matière. Le présent paragraphe ne bénéficie qu'au médecin qui respecte ses engagements, dans chacun des territoires.

Les dispositions prévues aux alinéas 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 informer la Régie de la période d'exemption dont il désire se prévaloir.*

En outre et de façon exceptionnelle, le comité paritaire peut, de lui-même lorsqu'il s'agit d'un médecin non adhérent ou réputé adhérent, ou sur recommandation de la régie régionale lorsqu'il s'agit d'un médecin adhérent, exempter un médecin de l'application de la pénalité pour des raisons non prévues par l'entente.

3.5.7 Dispositions spéciales applicables au médecin déjà en pratique

Pour le médecin qui a reçu, au cours de l'année 1992 ou au cours des trois (3) premiers mois de l'année 1993, une rémunération telle que définie au paragraphe 3.1 de la présente entente particulière :

- tous les services médicaux dispensés en établissement à la date d'entrée en vigueur de la présente entente particulière et répondant à la définition de la rémunération retenue à l'article 3.1 de la présente entente particulière sont, aux fins du calcul des exigences de base prévues à la présente entente particulière, reconnus par une régie régionale et comptabilisés comme tels par la Régie de l'assurance maladie du Québec et la régie régionale;
- est également reconnue par une régie régionale et comptabilisée comme telle par la Régie de l'assurance maladie du Québec, la garde en disponibilité faite par le médecin à partir du 1^{er} décembre 1993 si cette garde reflète la pratique en vigueur au cours de la dernière année et si elle répond aux exigences énumérées aux alinéas a), b) et d) du paragraphe 3.5.3;
- une régie régionale ne peut, en cas d'absence ou d'insuffisance d'activités médicales particulières, pénaliser un médecin déjà installé sur son territoire. Dans ce cas, pour autant que le médecin soit consentant et disponible à exécuter les activités médicales particulières qu'on pourrait lui offrir sur le territoire visé, ce médecin est réputé satisfaire aux exigences que comporte, en semblable matière, l'entente;
- une régie régionale ne peut exiger, à des fins de qualification, qu'un médecin déjà installé soit contraint à effectuer des activités médicales particulières sur le territoire de cette régie, lorsque le lieu de dispensation des activités médicales particulières visées est situé, dans une région désignée, à plus de quarante (40) kilomètres de son cabinet ou, dans une région autre que désignée, depuis le même lieu, au-delà de la distance déterminée par la Commission médicale régionale concernée. Aux conditions susmentionnées (consentement et disponibilité à effectuer d'autres activités médicales particulières), ce médecin est également réputé satisfaire aux exigences qu'édicte l'entente, en matière d'activités médicales particulières.

3.5.8 Dispositions spéciales applicables au médecin débutant sa pratique

Au bénéfice du médecin dont le permis de pratique a été émis après le 31 mars 1993, il est prévu ce qui suit :

- en cas d'absence ou d'insuffisance d'activités médicales particulières dans le territoire où il a établi son lieu de pratique, ce médecin peut, à des fins de qualification, effectuer des activités médicales particulières dans le territoire d'une autre régie régionale, ou dans ceux de plus d'une régie régionale, dans lesquels cas les activités médicales particulières visées sont comptabilisées tel que décrit au sous-paragraphe 3.5.1 de la présente entente particulière;

Les parties conviennent de prendre, si le cas se présente, les moyens appropriés aux fins d'éviter qu'un médecin débutant sa pratique ne soit pénalisé du fait qu'une régie régionale, située dans un territoire non en surplus d'effectifs médicaux, tarde à établir ou mettre en opération des activités médicales particulières.

En plus des dispositions qui précèdent, pour le médecin qui a reçu, du 1^{er} avril 1993 au 1^{er} septembre 1993, une rémunération telle que définie au paragraphe 3.1 de la présente entente particulière :

- tous les services médicaux dispensés en établissement au 1^{er} décembre 1993, incluant la garde en disponibilité, répondant à la définition de la rémunération retenue à l'article 3.1 de la présente entente particulière sont, aux fins du calcul des exigences de base prévues à la présente entente particulière, reconnus par une régie régionale et comptabilisés comme tels par la Régie de l'assurance maladie du Québec et la régie régionale. Cette garde doit refléter la pratique en vigueur, telle qu'observée au cours des mois précédant cette date.

3.5.9 Diminution des activités médicales particulières

Une régie régionale peut, exceptionnellement, ou doit, dans certains cas prévus par accord des parties, diminuer, dans son territoire, ou partie de celui-ci, les exigences de base applicables à un médecin.

Dans l'un et l'autre cas, la régie doit alors agir sur recommandation de la Commission médicale régionale concernée.

Lorsque l'exception octroyée n'est pas prévue par accord, elle doit, pour prendre effet, recevoir l'aval du Comité paritaire constitué à cette fin par le Ministre et la Fédération. En outre, lorsque le médecin exerce sa profession à temps réduit, tel que déterminé selon le paragraphe 3.5.1, une régie régionale doit, selon les modalités apparaissant ci-après, diminuer la quantité d'activités médicales particulières exigibles de ce médecin.

3.5.9.1 Cas spéciaux

Aux fins de la présente entente particulière, est réputé répondre aux conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit le médecin qui, au retour d'un congé d'invalidité ou d'un congé de maternité ou d'adoption, voit sa rémunération trimestrielle, telle que définie au paragraphe 3.1, se situer à l'intérieur des paramètres apparaissant ci-après pour un trimestre qui suit ce retour, selon le tarif de base prévu à l'entente.

Pour l'année qui suit ainsi ce retour, une régie régionale doit, sur base trimestrielle, diminuer la quantité d'activités médicales particulières exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

Rémunération trimestrielle du médecin

de 0 à 8 999 \$
de 9 000 \$ à 17 999 \$
de 18 000 \$ à 26 999 \$

Activités médicales particulières exigibles

trois (3) heures par semaine
six (6) heures par semaine
neuf (9) heures par semaine

3.5.9.2 Autres cas

Est également réputé répondre aux conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit, le médecin qui, pendant un trimestre donné, voit sa rémunération se situer en deçà d'un montant équivalant au double du montant prévu au paragraphe 3.5.1, selon le tarif de base prévu à l'entente.

Jusqu'à concurrence des maximums exigibles d'un médecin en matières d'activités médicales particulières, que ce soit en termes de revenus ou d'heures, la rémunération de ce médecin découlant des activités médicales particulières qu'il effectue doit, pendant le trimestre visé, se situer à au moins 50% de sa rémunération totale.

3.5.10 Durée de l'engagement du médecin

L'engagement d'un médecin ne peut faire l'objet d'une terminaison quelconque, sinon dans les cas et selon les modalités apparaissant ci-après :

- a) le médecin ne respecte pas son engagement, tel que prévu à l'article 365 de la Loi (L.Q., 1991, c.42);
- b) en matière de services médicaux, lorsque l'entente le permet, la régie régionale, sur recommandation de la Commission médicale régionale, met fin, en totalité ou partie, à l'engagement d'un médecin, au motif que les services médicaux visés à son engagement ne sont plus, en tout ou partie, requis par l'état de santé de la population.

Lorsqu'une régie régionale se prévaut des dispositions de l'alinéa b) ci-dessus, le médecin bénéficie d'une période d'un (1) an, à compter de la date de cette décision, pour pourvoir au remplacement de tout ou partie de l'engagement résilié.

Pendant cette période, en ce qui a trait aux exigences en matière d'activités médicales particulières, ce médecin est réputé satisfaire aux obligations que comportait son engagement, ou partie de celui-ci.

3.5.11 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 une régie régionale, sur recommandation de la Commission médicale régionale, ne peut être fondé que sur des motifs d'effectifs médicaux.

3.5.12 Diffusion de l'information

Le médecin adhérent autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à transmettre les données pertinentes concernant sa rémunération à toute régie régionale concernée.

3.6 Réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux**3.6.1 Principes**

3.6.1.1 Dans le territoire d'une régie régionale, les parties conviennent qu'il s'agit ici, eu égard aux soins généraux dispensés dans le cadre d'horaires défavorables, d'activités professionnelles que vise le cinquième alinéa du deuxième paragraphe de l'article 361 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c.42);

3.6.1.2 Ces activités professionnelles sont exercées en étroite collaboration avec les autres ressources du territoire en vue d'assurer la dispensation de services médicaux en tout temps, tel que prévu à la disposition légale susmentionnée;

3.6.1.3 En ce qui a trait à la dispensation des services médicaux visés, les parties conviennent de s'acquitter de cette responsabilité en prévoyant les mesures conventionnelles appropriées permettant, au niveau du territoire d'une régie régionale, la mise en place d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux, ce réseau devant assurer, dans ce territoire, la dispensation de soins médicaux adéquats en horaires défavorables;

3.6.1.4 Une fois établi, un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux est constitué de points de service situés dans des zones prédéterminées de façon à permettre au médecin qui, sur une base volontaire, s'y inscrit, d'assurer la disponibilité des services médicaux, selon des horaires et un calendrier d'opération prédéterminés. Ce calendrier peut prévoir, au niveau du fonctionnement de ce réseau, une rotation équitable dans la désignation des points de service inscrits;

3.6.1.5 Un point de service est, selon le cas, situé dans un cabinet ou un centre local de services communautaires. L'inscription d'un cabinet ou d'un centre local de services communautaires à un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux s'effectue sur une base strictement volontaire;

3.6.1.6 La mise en oeuvre d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux requiert, au niveau régional, la participation étroite de plusieurs intervenants parmi lesquels, les médecins, la commission médicale régionale et la régie régionale.

3.6.2 Paramètres généraux

3.6.2.1 Organisation

Les modalités afférentes à l'organisation d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux (v.g. la délimitation des zones de service, l'identification des points de service qui acceptent de participer au réseau dont les centres locaux de services communautaires, les plages horaires et les modalités selon lesquelles ce réseau s'articulera avec les autres points de service), sont des questions qui, au niveau régional, relèvent de la juridiction du conseil d'administration de la régie régionale. En ces matières, le conseil d'administration visé doit toutefois agir sur proposition de la commission médicale régionale;

3.6.2.2 Coordination

La coordination d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux (v.g. administration du calendrier d'opération, désignation des points de service dans le cadre, le cas échéant, d'une rotation juste et équitable) est assurée par un ou plusieurs médecins coordonnateurs. Un médecin coordonnateur est désigné par la régie régionale, sur recommandation de la commission médicale régionale. Cette désignation vaut pour une période minimale de deux (2) ans; elle est renouvelable pour la même durée.

Un médecin doit, pour détenir la qualité de médecin coordonnateur, exercer sa profession dans un point de service;

3.6.2.3 Juridiction

Dans l'exercice de ses fonctions, un médecin coordonnateur relève de la régie régionale;

3.6.2.4 Impératifs

Un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux doit, dans son fonctionnement, respecter les impératifs suivants : la notion de médecin traitant, celle de continuité des soins dans le cadre d'un épisode donné, la notion d'accessibilité aux soins dans le cadre de certains horaires dits défavorables et, enfin, la notion d'activité principale du médecin en médecine générale en regard de sa participation, à titre secondaire, à un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux;

3.6.2.5 Compétence exclusive

Lorsqu'un point de service est situé dans un cabinet privé, la qualité de l'activité médicale qui s'y exerce relève de l'autorité exclusive du collège des médecins du Québec;

3.6.3 Engagement

Le Ministre et la Fédération conviennent que la détermination de toutes modalités afférentes à l'établissement et au fonctionnement, dans chaque territoire de régie régionale, d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux est une question qui relève de l'autorité des parties. Ces modalités comprennent tout mécanisme ayant pour objet la procédure de demande d'inscription ou de retrait d'un point de service ainsi que les modalités de participation, de suspension ou de retrait du médecin au fonctionnement de ce réseau, selon que le point de service en cause est situé dans un cabinet ou dans un centre local de services communautaires.

3.6.4 Participation du médecin

3.6.4.1 Admissibilité

Pour participer au fonctionnement d'un réseau d'accessibilité aux soins généraux et pourvoir à la dispensation de soins généraux dans un point de service, dans le cadre des horaires dits défavorables, un médecin doit, au préalable, être détenteur d'une nomination d'un établissement lui permettant d'exercer sa profession dans un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de santé, un centre de réadaptation ou, en vertu d'une nomination spécifique ayant pour objet des activités médicales particulières, dans ou auprès d'un centre local de services communautaires.

Est également éligible à participer au fonctionnement d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux le médecin qui pratique en cabinet et qui, sans détenir une nomination visée ci-dessus, dispense, à la demande d'une régie régionale, des services médicaux à une clientèle déclarée prioritaire par la régie régionale en cause.

À titre exceptionnel, une régie régionale peut, sur recommandation de la commission médicale régionale, admettre un médecin qui ne répond pas aux critères prévus à la présente disposition;

3.6.4.2 Participation

Lorsque la liste des activités médicales particulières d'une régie régionale comprend, comme activité disponible, la participation, dans un point de service, au fonctionnement d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux, le médecin peut demander de participer au fonctionnement de ce réseau. Les procédures de participation prévues à la présente entente particulière s'appliquent à cette demande.

Le médecin doit s'engager, auprès de la régie régionale et du point de service visé, à dispenser les soins en cause pour une période minimale d'un (1) an.

3.6.4.3 Nomination

Lorsque le point de service est situé dans un centre local de services communautaires, la participation du médecin aux activités de ce point de service requiert qu'il soit procédé, en conformité avec la loi et l'Entente, aux nominations requises.

Lorsque le point de service est situé dans un cabinet privé, la participation du médecin qui s'y trouve, aux seules fins de desservir ce point de service, requiert l'accord préalable des médecins qui exercent leur profession dans le point de service visé. Cet accord vaut pendant toute la durée de l'engagement du médecin participant.

Malgré le sous-paragraphe précédent, lorsque le médecin doit quitter le point de service pour cause de désaccord entre les médecins, le médecin dispose d'un délai de trois (3) mois pour faciliter la reprise de sa participation aux activités médicales particulières. Pour autant qu'il s'agisse des activités médicales particulières qu'il exerçait dans le point de service visé, ce médecin est, jusqu'à concurrence d'une période d'une durée maximale de trois (3) mois, réputé satisfaire aux exigences que comporte, en matière d'activités médicales particulières, la présente entente particulière;

3.6.4.4 Suspension

Le médecin coordonnateur peut, pour cause, dans un cas d'urgence, suspendre temporairement, aux fins des activités médicales particulières, la participation d'un médecin qui exerce sa profession dans un point de service. Dans ce cas, le médecin coordonnateur doit faire rapport, dans les quarante-huit (48) heures suivant le moment de cette suspension, à la commission médicale régionale ainsi qu'à la régie régionale. La régie régionale, sur recommandation de la commission médicale régionale dispose, en priorité, de cette décision.

Le conseil d'administration de la régie régionale peut, pour cause, sur proposition de la commission médicale régionale, casser, réviser ou confirmer la suspension d'un médecin.

Le pourvoi en différénd à l'égard d'une suspension ne s'applique qu'à l'égard de cette décision du conseil d'administration de la régie régionale;

3.6.4.5 Révocation

La régie régionale peut, lorsqu'elle décide de ne pas se prévaloir des dispositions de l'article 365 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 42), pour cause, révoquer, aux fins des activités médicales particulières, la participation d'un médecin au fonctionnement d'un point de service. Dans ce cas, la régie régionale doit donner au médecin en cause un avis préalable d'au moins quinze (15) jours et tenir une audition aux fins de permettre à ce médecin d'être entendu;

3.6.4.6 Différénd

Une révocation de participation qui a essentiellement pour objet la participation d'un médecin à un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux et qui, de plus, n'entraîne pas l'application de l'article 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 42), constitue, en cas de mésentente, un différénd d'ordre conventionnel;

3.6.4.7 Retrait

Le médecin lié par un engagement à participer à un réseau doit respecter la durée minimale prévue à son engagement à moins qu'il ne démontre à la régie régionale concernée qu'il est dans l'impossibilité de la respecter.

Le médecin peut annuler sa participation au fonctionnement d'un réseau après l'expiration de la durée minimale mentionnée ci-dessus, s'il donne un avis écrit de soixante (60) jours au point de service ainsi qu'à la régie régionale.

3.6.5 Participation d'un cabinet ou d'un centre local de services communautaires

3.6.5.1 Inscription

Une cabinet privé ou un centre local de services communautaires qui désire constituer un point de service adresse une demande en ce sens à la régie régionale. La régie transmet cette demande à la commission médicale régionale. Après étude, celle-ci propose à la régie régionale l'acceptation ou le refus de la demande d'inscription visée.

La demande d'inscription est accompagnée d'une description des services médicaux offerts, de la clientèle visée, des heures d'ouverture, des effectifs médicaux en place ou pouvant être recrutés et, lorsque le point de service est situé dans un centre local de services communautaires, du plan d'organisation de l'établissement qui exploite ce centre.

Dans les soixante (60) jours de la réception de cette demande, la commission médicale régionale doit transmettre, à la régie régionale, sa proposition concernant l'acceptation ou le refus de la demande visée.

Au plus tard trente (30) jours après avoir reçu la proposition de la commission médicale régionale, la régie régionale adresse une réponse motivée au cabinet privé ou au centre local de services communautaires en cause;

3.6.5.2 Suspension de participation

Le conseil d'administration de la régie régionale peut, en cas d'urgence, pour cause, suspendre temporairement, aux fins des activités médicales particulières, la participation d'un point de service au fonctionnement du réseau. Dans ce cas, la régie régionale doit toutefois agir sur recommandation de la commission médicale régionale.

Cette suspension temporaire ne vaut que pour une période n'excédant pas trente (30) jours. Dans le même délai, le conseil d'administration de la régie régionale doit, avant de statuer de façon permanente, tenir une audition aux fins de permettre à toute personne intéressée d'être entendue. La tenue de cette audition requiert l'envoi d'un avis de sept (7) jours francs.

À la suite de cette audition, le conseil d'administration de la régie régionale annule, confirme ou révisé cette suspension temporaire ou, selon le cas, se prévaut des dispositions de l'alinéa 3.6.5.3 ci-dessous.

Le pourvoi en différénd contre une décision prise en vertu de la présente disposition ne s'exerce qu'à l'endroit d'une décision finale de la régie régionale en confirmation de suspension ou en révocation;

3.6.5.3 Révocation

Le conseil d'administration de la régie régionale peut, pour cause, révoquer, aux fins des activités médicales particulières, la participation d'un cabinet privé ou d'un centre local de services communautaires qui ne répond pas adéquatement à son engagement d'accessibilité aux soins généraux. Dans ce cas, la régie régionale doit donner, au point de service concerné, un avis écrit comportant un délai raisonnable, aux fins de permettre aux responsables de ce point de service, ou à toute autre personne intéressée, d'être entendus.

La régie régionale doit, dans la mesure du possible, assurer au médecin qui exerce sa profession dans ce point de service de continuer sa participation au fonctionnement du réseau à partir d'un autre point de service. Pour faciliter la reprise de la participation du médecin aux activités médicales particulières, celui-ci, pour autant qu'il s'agisse des activités médicales particulières qu'il exerçait dans le point de service visé, est, pendant une période d'une durée maximale de trois (3) mois, réputé satisfaire aux exigences que comporte, en matière d'activités médicales particulières, la présente entente particulière;

3.6.5.4 Retrait

Un cabinet privé ou un centre local de services communautaires peut se retirer d'un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux. Dans ce cas, les représentants du cabinet ou de l'établissement visé doivent donner un avis écrit d'au moins soixante (60) jours à la régie régionale ainsi qu'au président de la commission médicale régionale;

3.6.5.5 Différend

Le médecin qui a un intérêt dans le fonctionnement d'un point de service et subit un préjudice à la suite d'une décision finale de la régie régionale en suspension, révision ou confirmation de suspension, ou de révocation d'inscription d'un cabinet ou d'un centre local de services communautaires qui constitue un point de service, peut logger un différend à l'encontre de cette décision.

Aux fins des présentes, est réputé avoir un intérêt dans le fonctionnement d'un point de service le médecin qui exerce sa profession dans le point de service visé ou, dans le cas d'un cabinet privé, directement ou indirectement, dans ce dernier cas à titre d'associé ou d'actionnaire, a qualité de propriétaire du cabinet privé concerné.

3.7 Dispositions applicables à une régie régionale

3.7.1 Mise en oeuvre de l'entente particulière

En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, une régie régionale doit :

- faire connaître la liste des activités particulières qui ont cours sur son territoire à tout médecin assujéti à l'application des articles 360 à 366 de la Loi (L.Q. 1991, c.42) qui en fait la demande;
- recevoir la demande d'adhésion du médecin et s'entendre avec celui-ci, par écrit, sur sa participation aux activités médicales particulières;
- aviser la Régie de l'assurance maladie du Québec de l'adhésion du médecin et de la date de la demande d'adhésion, au plus tard deux (2) mois après la demande d'adhésion, et transmettre copie de cet avis au médecin concerné;
- faire le suivi du respect de l'engagement du médecin adhérent;
- après avoir donné l'occasion au médecin de se faire entendre, prendre la décision d'appliquer la pénalité prévue, en suivant la procédure prévue ci-après.

3.7.2 Adhésion du médecin

Pendant la période comprise entre la date de la première demande d'adhésion du médecin et celle de la réponse de la régie à laquelle est adressée cette demande, un médecin est réputé satisfaire aux exigences de l'entente, en matière d'activités médicales particulières. Ce bénéfice n'est applicable qu'une seule fois pendant la période d'assujettissement du médecin, soit lors de sa première demande d'adhésion à l'entente, sauf si le médecin se prévaut d'une exemption de l'application de la pénalité accordée par le comité paritaire en vertu du sous-paragraphe 3.5.6 de la présente entente particulière. À moins d'une extension de délai accordée par la régie régionale, le médecin doit, à l'intérieur de la période de cent vingt (120) jours qui suit la date de la réception de la liste des activités médicales particulières, compléter l'ensemble de ses démarches à l'égard de sa participation à celles-ci.

Le médecin est également réputé satisfaire aux exigences de l'entente pendant le trimestre au cours duquel, à la suite de l'acceptation de sa demande d'adhésion, il initie sa participation aux activités médicales particulières.

3.7.3 Procédure de suivi des avis de non-atteinte

Sur réception du premier avis de la Régie de l'assurance maladie du Québec de la non-atteinte, pour un trimestre, des exigences de base, la régie régionale ou la régie principale évalue le dossier du médecin en tenant compte des activités non comptabilisables par la Régie de l'assurance maladie du Québec et des dispositions de la présente entente particulière. Dans les deux mois suivant la réception de ce premier avis, elle informe la Régie de l'assurance maladie du Québec du maintien ou non de la non-atteinte pour ce trimestre. En cas de maintien de la non-atteinte, la régie régionale avise la Régie de l'assurance maladie du Québec et le médecin du nombre d'heures qu'elle reconnaît au médecin au cours du trimestre dans le cadre des activités médicales particulières.

Sur réception du deuxième avis de la Régie de l'assurance maladie du Québec de la non-atteinte, la régie concernée ou la régie principale évalue le dossier du médecin en tenant compte des activités non comptabilisables et, s'il y a lieu, de certaines dispositions de la présente entente particulière. Dans les trois mois suivant la réception de ce dernier avis, elle informe la Régie de l'assurance maladie de sa décision d'appliquer ou non la pénalité, pour le trimestre en question. Si la régie régionale décide d'appliquer la pénalité, elle doit aviser le médecin et la Régie de l'assurance maladie du Québec du nombre d'heures reconnues au médecin au cours du trimestre en question et des trois trimestres subséquents dans le cadre des activités médicales particulières.

3.7.4 Réseau intégré de soins généraux et clientèle prioritaires

Les services médicaux dispensés dans un point de service du réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux peuvent faire partie de la liste des activités médicales particulières, lorsque dispensés dans le cadre de l'accessibilité des services médicaux en horaires défavorables.

Les services médicaux dispensés en cabinet privé peuvent faire partie de la liste des activités médicales particulières, s'il s'agit de services dispensés à des clientèles prioritaires.

3.7.5 Cas d'action conjointe

En cas de participation du médecin aux activités médicales particulières de plus d'un territoire d'une régie régionale, l'administration du cumul des heures d'activités médicales professionnelles du médecin implique une action conjointe des régies régionales concernées, action conjointe dont les modalités sont notamment déterminées à l'article 4 de la présente entente particulière.

3.8 Dispositions applicables par la Régie de l'assurance maladie du Québec

3.8.1 Mise en oeuvre de l'entente

En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, la Régie de l'assurance maladie du Québec doit :

- a) En ce qui a trait au médecin ayant une pratique en cabinet :
 - faire l'inventaire, sur une base trimestrielle, des médecins dont la pratique principale est en cabinet;
 - aviser le médecin dont la pratique principale est en cabinet qu'il doit adhérer à l'entente s'il veut conserver sa pleine rémunération pour ses activités en cabinet;
 - cinq (5) mois après la fin de chaque trimestre, aviser tout médecin qui a une pratique principale en cabinet de l'état de sa rémunération;
- b) En ce qui a trait au médecin non-adhérent :
 - appliquer la pénalité sur la rémunération originant de la pratique en cabinet d'un trimestre donné si la moyenne résultant de la rémunération de ce trimestre additionnée aux rémunérations des trois (3) trimestres suivants maintient la proportion de sa rémunération en cabinet à plus de 50% de sa rémunération totale.
- c) En ce qui a trait au médecin adhérent :
 - vérifier à la fin de chaque trimestre, la rémunération versée pour des services dispensés en établissement (ou le nombre d'heures effectuées);
 - transmettre à la régie régionale concernée ou à la régie principale ainsi qu'au médecin, les données relatives à sa rémunération et à sa participation dans chacun des établissements;

- émettre un avis à la régie régionale concernée ou à la régie principale ainsi qu'au médecin en cas de non-atteinte des exigences de base, si la rémunération du médecin originant de ses activités en cabinet représente plus de 50% de sa rémunération totale;
- émettre à la régie régionale concernée ou à la régie principale ainsi qu'au médecin un deuxième avis si la moyenne résultant de la rémunération de ce trimestre (ou des heures effectuées) additionnée à la rémunération (ou aux heures effectuées) des trois (3) trimestres suivants ne permet toujours pas au médecin d'atteindre, pour ce trimestre, les exigences prévues par l'entente;
- appliquer la pénalité à la suite d'une réévaluation du dossier du médecin par la régie régionale intéressée ou la régie principale en cause.

d) En ce qui a trait au cumul :

- lorsqu'un médecin exécute des activités médicales particulières sur les territoires de plus d'une régie régionale, aviser le médecin et les régies régionales concernées de l'identité de la régie régionale qui, à titre de régie principale, sera responsable de l'administration du dossier du médecin.

3.9 Trimestres applicables aux activités médicales particulières

Les calculs relatifs à l'application des activités médicales particulières, à moins d'une mention expresse à l'effet contraire, sont effectués par trimestre. Ces trimestres sont les mêmes que ceux prévus à l'annexe IX de l'entente générale.

4. CUMUL ET DISPOSITIF ADMINISTRATIF

4.1 Lorsque la Régie de l'assurance maladie du Québec reçoit l'avis d'adhésion d'un médecin et constate que ce médecin exécute des activités médicales particulières sur les territoires de plus d'une régie régionale, la Régie de l'assurance maladie du Québec, selon les modalités qu'édicté le paragraphe 3.5.5, détermine le territoire où le médecin exerce sa principale activité professionnelle et avise en conséquence le médecin visé, la régie régionale appelée à intervenir à titre de régie principale, ainsi que les autres régies régionales intéressées.

4.2 Engagement

Lorsque le médecin participe aux activités médicales particulières de plus d'un territoire de régie régionale, son engagement spécifique, dans des sections distinctes, le détail de la participation à laquelle ce médecin s'engage, dans chacun des territoires visés. Le total des engagements du médecin doit, de façon cumulative, respecter les exigences en matière d'activités médicales particulières, telles que définies selon les dispositions de la présente entente particulière.

4.3 Régie principale

La régie principale fait connaître à la Régie de l'assurance maladie du Québec le nom du médecin adhérent. Cette régie reçoit, par la suite, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les avis de non-atteinte des exigences de base et cela, pour chacun des territoires où exerce ce médecin.

4.4 Action conjointe

Il est de la responsabilité de la régie principale de transmettre toute information pertinente à une autre régie régionale intéressée. Chaque régie fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui la concerne et informe la régie principale du respect, ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin. Il est de la responsabilité d'une régie principale de s'assurer que cette décision d'une régie intéressée est arrêtée, par celle-ci, en conformité avec l'entente.

4.5 Avis à la Régie de l'assurance maladie du Québec

La régie principale avise la Régie de l'assurance maladie du Québec de sa recommandation de faire appliquer, ou non, une pénalité au médecin, décision qui est prise après avoir reçu l'avis de toute autre régie régionale intéressée.

4.6 Mandataire

Aux fins de l'application du présent article et des dispositions relatives au cumul d'activités médicales particulières, la régie principale est, vis-à-vis quiconque, réputée mandataire de toute autre régie régionale intéressée au dossier des activités médicales particulières d'un médecin et sa décision, en toute matière concernant l'administration du cumul des activités médicales particulières, est réputée être celle de l'autre, ou des autres régies régionales intéressées.

4.7 Contestation

En cas de contestation de la part du médecin eu égard à la décision d'appliquer la pénalité, la Régie principale devient la répondante du dossier, que le non-respect de l'engagement concerne son territoire ou celui d'une autre Régie régionale. Toutefois, si le non-respect de l'engagement du médecin concerne le territoire d'une autre Régie régionale, les actions alors prises par la Régie principale doivent, dans ce cas, impliquer obligatoirement cette autre Régie.

4.8 Une Régie principale ne peut recommander l'imposition d'une pénalité à l'endroit d'un médecin sans avoir, au préalable, reçu la recommandation de sa Commission médicale régionale.

5. DIFFÉREND

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

5.2 Étant donné son implication aux présentes, une Régie régionale ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières, une Régie principale, peut être partie à un différend au sens de la présente disposition.

5.3 Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend. Toutefois, est réputée constituer une décision toute recommandation ou avis d'une Régie régionale ou d'une Régie principale, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ayant pour objet l'imposition d'une pénalité.

5.4 Seule une décision du Ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'une Régie régionale, d'une Régie principale ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend au sens de la présente disposition.

5.5 Est imputable à une Régie régionale ou, le cas échéant, à une Régie principale l'acte ou la décision :

- a) du conseil d'administration d'une telle Régie;
- b) d'un organisme relevant de l'autorité du conseil d'administration d'une telle Régie, y compris la Commission médicale régionale;
- c) d'un responsable relevant de l'autorité du conseil d'administration d'une telle Régie.

5.6 Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément au paragraphe 5.8. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.

5.7 Nonobstant la présente disposition, 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.

5.8 Un différend doit être soulevé par une partie de la façon ci-après déterminée :

- a) un différend doit être soulevé par la Fédération lorsqu'un litige se fonde uniquement sur le sous-paragraphe 3.5.12, et l'article 7 de la présente entente particulière;
- b) 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 d'autres dispositions de la présente entente particulière.

Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une pénalité, ce différend doit, lorsqu'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 principale, ou les deux.

Lorsque le différend est relatif à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 42), 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.

Lorsqu'un différend met en cause un réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux, sans pour autant entraîner l'application de l'article 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 42), ce différend doit être dirigé contre la Régie régionale visée. Toutefois, lorsque le différend l'exige, la Régie de l'assurance maladie du Québec ou un centre local de services communautaires, ou les deux, peuvent également être parties à ce différend.

Lorsque le différend a pour objet le respect d'une garantie de réinsertion professionnelle visée à la présente entente particulière, ce différend doit être dirigé contre le Ministre et la Régie régionale concernée et, si un établissement est en cause, contre cet établissement.

5.9 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.

5.10 Advenant contestation, la Régie principale 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 du paragraphe 5.8 ci-dessus ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des activités médicales particulières d'un médecin.

5.11 Le Ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé à la présente disposition.

5.12 La décision que l'arbitre rend en rapport avec un différend visé à la présente disposition lie, selon le cas, la Régie de l'assurance maladie du Québec, une régie régionale, une régie principale, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.

5.13 En faisant les adaptations appropriées, les articles 24.00 à 28.00 de l'Entente s'appliquent à un différend visé à la présente entente particulière.

5.14 Le défaut par la Régie de l'assurance maladie du Québec, une régie régionale ou une régie principale 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 pénalité, par l'une des régies précitées.

5.15 La procédure de différend prévue au présent article s'applique à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q., 1991, c. 42).

6. ÉVALUATION ET RÉVISION DE L'ENTENTE

6.1 Évaluation

Les parties conviennent, à la demande de l'une d'elles, de procéder à l'évaluation de l'entente relative aux activités médicales particulières ou à sa révision.

7. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.1 La présente entente particulière prend effet le 1^{er} septembre 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**(Activités médicales particulières)****A) RÉMUNÉRATION EXCLUE**

Les rémunérations exclues de la notion de **rémunération en cabinet** réfèrent, le cas échéant selon les modalités apparaissant ci-après, à la rémunération des activités médicales suivantes :

-
-
-

B) PRATIQUE RÉPUTÉE INSTITUTIONNELLE

- i) Les services dispensés dans les lieux apparaissant ci-dessous sont considérés au même titre que des activités en établissement et la rémunération originant de ces services est exclue de la rémunération en cabinet :

NO	ÉTABLISSEMENT
0815X	Hôpital Sainte-Anne
54001	Institut de recherches cliniques de Montréal
7XXX6	Les établissements de détention

le médecin qui, au 1^{er} juin 1997, exerce à la Clinique L'Actuel (MTS) et La Maison Marc Simon;

- ii) Les services dispensés dans les lieux apparaissant ci-dessous sont considérés au même titre que des activités en établissement aux fins de l'application du paragraphe 3.5.7 et la rémunération originant de ces services est exclue de la rémunération en cabinet :

NO	ÉTABLISSEMENT
54002	Clinique L'Actuel (MTS)
54003	Maison Marc Simon

C) PRÉSUMPTION

Les activités professionnelles qui, de l'avis des parties doivent être prises en compte aux fins du calcul des exigences de base et, à ce titre, reconnues et comptabilisées comme telles par une régie régionale, sont, le cas échéant selon les modalités apparaissant ci-après, les activités professionnelles suivantes :

- lorsqu'autorisés par une régie régionale, les services médicaux visés à l'alinéa b) du paragraphe 10.07A de l'Entente. Cette autorisation doit être faite pour un terme spécifique. Son renouvellement est sujet à l'accord du Ministre et de la Fédération.
- les activités de dépannage, au sens de l'article 30.00 de l'entente générale ou de l'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord ou de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte de l'Hôpital Chibougamau Limitée, aux conditions prévues par les parties, s'il y a lieu.

D) PRÉSUMPTION SPÉCIFIQUE

Est réputé satisfaire aux exigences qu'édicte cette entente, en matière d'activités médicales particulières, le médecin qui, visé selon le cas à la section 3.5.7 ou 3.5.8 de cette entente, est détenteur, en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou en centre de santé, de privilèges en obstétrique et y effectue des accouchements.

ANNEXE II

RÈGLES DE CONVERSION

(Activités médicales particulières)

En ce qui a trait à la dispensation des services médicaux apparaissant ci-après, les règles de conversion qui s'appliquent et les responsabilités respectives de la régie régionale et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.) sont les suivantes :

- garde sur place (C.H. et réseau intégré de garde) : temps réel vérifiable à partir des forfaits : R.A.M.Q.
ou
sur attestation du chef de département ou du médecin responsable : régie régionale
- garde en disponibilité : une (1) heure d'activités médicales particulières par huit (8) heures de garde vérifiable à partir des forfaits : R.A.M.Q.
ou
sur attestation du médecin responsable : régie régionale
- accouchement (codes d'acte 6903 et 6943) : six (6) heures par accouchement (incluant la disponibilité) : R.A.M.Q.
- l'activité médicale du médecin traitant qui prodigue l'ensemble des soins pendant le travail, tel que déterminé au code d'acte 6933 : six (6) heures (incluant la disponibilité) : R.A.M.Q.
- réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux (cabinet ou C.L.S.C.) : temps réel sur attestation du médecin coordonnateur : régie régionale
- assistance chirurgicale : temps réel sur attestation du chef de département ou du médecin responsable : régie régionale
- anesthésie (à l'acte) : temps réel sur attestation du chef de département ou du médecin responsable : régie régionale
- malade admis (en centre hospitalier des soins généraux et spécialisés : codes d'acte 0003, 9083, 0055, 9112, 9082 et 9115) : trente (30) minutes par examen ordinaire ou complet : R.A.M.Q.

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 : *Veuillez 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.

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.*

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

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*)

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 : *Le mode de rémunération à utiliser est celui du tarif horaire **ou** celui à l'acte.*

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 le code d'activités 050032 (Rencontres multidisciplinaires).*

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-Témiscamingue	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

		Accord	Date
Région 03 : Québec (suite)			
02040	Centre hospitalier universitaire de Québec :		
	- 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			
01820	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :		
	- Pavillon St-Joseph	245	98-01-01
01850	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie :		
	- Centre hospitalier régional de la Mauricie	245	98-01-01
Région 05 : Estrie			
01160	Centre universitaire de santé de l'Estrie :		
	- Site Fleurimont	245	98-01-01
01100	- Site Bowen	245	98-01-01
01060	CLSC - Centre hospitalier et d'hébergement Memphrémagog :		
	- CH et CHSLD de Memphrémagog	373	99-12-14
Région 06 : Montréal-Centre			
00360	Centre hospitalier Angrignon : - 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
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
	- Pavillon de Gatineau (98-01-01)		
01260	- 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

		Accord	Date
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 :	137	95-04-30
	- Pavillon St-François d'Assise		
+ 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 : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03313	Centre hospitalier de Matane : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03343	Centre hospitalier régional de Rimouski : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03403	Centre hospitalier régional du Grand-Portage : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
04963	Hôpital de Mont-Joli Inc. : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03333	Hôpital Notre-Dame-du-Lac : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
03043	L'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
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 : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02513	Centre hospitalier Jonquière : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02473	Hôpital de Chicoutimi Inc. : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02483	Hôpital de La Baie des Ha! Ha! Inc. : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02453	Hôtel-Dieu d'Alma (1964) : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
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
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 : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02063	- Hôpital Laval (1975) : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30

		Accord	Date
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 : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02783	Hôpital du Christ-Roi : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02773	Hôpital Ste-Croix : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
02753	Hôtel-Dieu d'Arthabaska : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
Région 05 : Estrie			
01003	Centre hospitalier d'Asbestos : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01023	Centre hospitalier de Coaticook : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01113	Centre hospitalier de Sherbrooke : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01123	Centre hospitalier Lac Mégantic : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
+ 01163	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : Hôpital de Fleurimont		
	- services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
+	- clinique anti-douleur	503	03-06-16
# 01093	Centre universitaire de santé de l'Estrie - site King		
	- soins dispensés aux traumatisés crânio-cérébraux	174	95-12-01
# 11313	Hôpital de St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01063	Hôpital La Providence de Magog : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01103	Hôtel-Dieu de Sherbrooke : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
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		

		Accord	Date
Région 06 : Montréal-Centre (suite)			
10573	Villa Notre-Dame-de-Grâce	167	95-12-01
00183	Centre universitaire de santé McGill - Hôpital général de Montréal : Centre du traitement des maladies immunitaires	460	01-11-01
Région 07 : Outaouais			
07693	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais: - Pavillon de Gatineau - services préhospitaliers cliniques(95-04-30) - services d'oncologie (02-05-16)	472	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
01253	Centre hospitalier de Buckingham : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01333	Centre hospitalier de Maniwaki : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01313	Centre hospitalier Gatineau Memorial : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01303	L'Hôpital Communautaire du Pontiac Inc. : - services préhospitaliers clinique	141	95-04-30
10903	Pavillon du Parc : - services médicaux dispensés auprès de la clientèle du Centre Mgr Proulx	208	96-11-21
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 / Iles-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 clinique	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

		Accord	Date
Région 12 : Chaudière-Appalaches			
02803	Centre hospitalier de la région de l'Amiante : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
	- projet pilote : Centre intégré de ressources alternatives (C.I.R.A.) (96-04-16, prolongé jusqu'au 97-10-15)	221	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
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 : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
00853	Centre hospitalier régional DeLanaudière : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
Région 15 : Laurentides			
01453	Centre hospitalier St-Eustache : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
	CH et Centre de réadaptation Antoine Labelle : - Centre Mont-Laurier	444	01-06-11
00783	- 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
01443	Hôtel-Dieu de St-Jérôme : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01273	L'Hôpital d'Argenteuil : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
Région 16 : Montérégie			
07763	Centre hospitalier Anna-Laberge : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01033	Centre hospitalier de Granby : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
01143	Centre hospitalier de Valleyfield : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
07533	Centre hospitalier Pierre-Boucher : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
00953	- Hôpital Charles LeMoine : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
00423	Hôpital du Haut-Richelieu : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
00923	Hôtel-Dieu de Sorel : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
10843	Les Pavillons Bois-Joly Inc.	167	95-12-01
00943	Réseau Santé Richelieu-Yamaska : - services préhospitaliers cliniques	141	95-04-30
05863	Conseil des Mohawks de Kahnawake : - services médicaux dispensés dans le cadre du programme des services à domicile et d'autres programmes prioritaires	400	00-07-29

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 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.

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, 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

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 18h00 et 08h00, ainsi que les samedi, dimanche et jours fériés entre 08h00 et 18h00;

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 : *Veillez 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 régions régionales concernées. Pour ce faire elle doit alors préciser au comité paritaire la ou les régions 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 régions 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 2000 au 31 décembre 2001

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 2000 au 31 décembre 2000

	BANQUES D'HEURES
Région 01	
Bas St-Laurent	7 958
Région 02	
Saguenay / Lac-St-Jean	13 382
Région 03	
Québec	41 000
Région 04	
Mauricie / Centre du Québec	17 277
Région 05	
Estrie	8 822
Région 06	
Montréal-Centre	63 627 (*)
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	19 987
Région 16	
Montréal	29 178
Région 17	
Nunavik	1 684
Région 18	
Baie-James (cf. région 06)	1 540
Institut national de la santé publique (sauf les laboratoires)	----- (**)
94519 Centre Anti-Poison	3 240
94529 Centre de toxicologie	770
94539 Laboratoire de santé publique	5 088
94569 Centre d'expertise en dépistage	-----
94509 Direction générale de la santé publique	8 470
TOTAL	298,760

. (*) Le nombre d'heures inclut les heures affectées au Conseil régional de la Baie James (région 18).

(**) Le nombre d'heures affecté à l'Institut national de la santé publique du Québec n'est pas déterminé pour l'année 2000 mais est inclus dans le nombre d'heures allouées aux régions régionales.

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 : Semaine	9858	283 \$	9862	258 \$	9866	232 \$
	Samedi, dimanche, jours fériés	9859	283 \$	9863	258 \$	9867	232 \$
#	20 h à 24 h / 4 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	9860	309 \$	9864	283 \$	9848	232 \$
#	Au-delà de 24 Heures / 4 heures (art. 4.01) : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	9861	309 \$	9865	283 \$	9849	232 \$
2. Rémunération selon le paragraphe 1.4 du préambule général.							
#	0 h à 8 h / 8 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	9802	515\$	9804	515 \$	9998	515 \$
3. Rémunération du ou des médecin(s) additionnel(s) / 8 heures, selon 1.4 du préambule général.							
#	0 h à 8 h / 8 heures : Semaine, samedi, dimanche, jours fériés	9803	515 \$	9805	515 \$	9994	515 \$
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)
046 - 094 - 106	302	0,495
046 - 050 - 106	303	0,2475
046 - 106	254	0,495
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 (OXXX7);
- 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 1 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'applique à la rémunération versée en vertu de la présente entente, forfait et pourcentage des actes;

AVIS : Dans un service d'urgence (OXXX7) : Voir l'AVIS sous la règle 2.2.9B, préambule général de votre manuel.
 Dans un CLSC (8XXX5 ou 9XXX2) : Voir l'AVIS sous la règle 1.1 de la Lettre d'entente no 77.

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				
03337	Hôpital Notre-Dame du Lac	III	28	99-03-07
03347	Centre hospitalier régional de Rimouski	I	42	99-04-25
93492	CHSLD - CLSC des Basques : - CLSC des Basques	III	28	99-04-11
08167	CLSC de Pohénégamook	III	28	03-06-08
+	Réseau Santé Kamouraska :			
+ 03047	Centre Notre-Dame-de-Fatima	III	28	02-11-03
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean				
+ 02477	Complexe hospitalier de La Sagamie (1)	I	92	03-03-02
+ 02517	CH Jonquière	II	44	02-09-01
+	Centre Maria-Chapdelaine :			
+ 02507	Centre Maria-Chapdelaine - Centre hospitalier Dolbeau	III	31	03-05-11
Région 03 : Québec				
02047	CH universitaire de Québec :			
	- Pavillon Hôtel-Dieu de Québec	I	46	01-04-01
02137	- Pavillon CHUL (1)	I	99	00-09-17
02107	- Pavillon St-François d'Assise	I	84	01-03-18
	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
02377	CH de Charlevoix	III	28	99-03-07
02357	Centre régional d'hébergement et de santé de Portneuf : - CH Portneuf	III	28	99-03-07
90682	CLSC et CHSLD de Portneuf :			
	- CLSC Saint-Marc-des-Carières	III	28	00-12-10
+ 02057	L'Hôpital Jeffery Hale	III	29	01-06-17
02067	Hôpital Laval	I	40	01-04-29
+	Centre de santé Orléans :			
+ 02347	- CLSC Orléans / Hôpital Sainte-Anne	III	28	03-01-12
Région 04 : Mauricie - Centre-du-Québec				
01857	CH du Centre-de-la-Mauricie : - CH régional de la Mauricie	I	48	01-01-28
01777	Carrefour de santé et des services sociaux de la Saint-Maurice	III	28	99-03-07
+ 02757	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	I	48	03-08-03
+	CH régional de Trois-Rivières :			
+ 01827	- Pavillon St-Joseph (1)	I	92	03-01-26
Région 05 : Estrie				
01007	Les CLSC - CH - CHSLD de la MRC d'Asbestos : - CH d'Asbestos	III	28	99-03-07
+	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :			
+ 01167	- Hôpital Fleurimont	I	91	03-03-30
01107	CUSE - Pavillon Bowen (1)	I	84	99-03-07
01127	CH Lac Mégantic	III	28	99-03-26
01027	CH de Coaticook	III	28	99-06-27

(1) Deuxième médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date (début)
Région 06 : Montréal-Centre				
00277	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (1)	I	129	00-11-05
+	Centre universitaire de santé McGill :			
00187	Hôpital général de Montréal (1)	I	91	03-05-11
+ 00357	Hôpital Santa Cabrini (1)	I	88	01-01-07
	CH universitaire de Montréal :			
00067	- Campus Hôtel-Dieu (1)	I	58	99-06-13
00307	- Campus St-Luc (1)	I	75	99-10-31
00157	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (1)	I	131	01-03-18
+ 00087	Institut de cardiologie de Montréal	I	34	03-09-07
+ 00257	Hôpital Royal Victoria	I	84	03-09-21
Région 07 : Outaouais				
01317	CH Gatineau Mémorial	III	28	99-03-07
01257	CH - CHSLD de Papineau : - Pavillon du CH	II	37	99-12-05
+	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais :			
+ 01267	- Pavillon de Hull	I	60	02-11-03
+ 07697	- Pavillon de Gatineau	II	56	03-04-06
01307	Centre hospitalier du Pontiac	III	28	00-09-10
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
01507	CH Hôtel-Dieu d'Amos	II	35	00-04-02
+	Réseau santé et services sociaux des Aurores Boréales :			
+ 01527	- Centre hospitalier La Sarre	III	32	03-03-30
Région 09 : Côte-Nord				
+ 02697	CH régional de Sept-Iles	II	40	02-10-13
95062	CLSC - Centre de santé des Sept-Rivières	III	28	99-04-11
	Centre de santé des Nord-Côtiens :			
02647	- Pavillon Escoumins	III	28	99-04-25
90632	- Pavillon Forestville	III	28	99-11-01
+	Région 10 : Baie James			
+	Centre régional de santé et services sociaux Baie James :			
+ 02537	- Centre de santé Chibougamau	III	35	03-04-25
Région 11 : Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine				
03287	CH de Gaspé	III	28	99-03-07
	CLSC - CHSLC Baie-des-Chaleurs :			
90582	- CLSC Chaleur	III	28	99-04-11
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
Région 12 : Chaudière-Appalaches				
+ 02877	CH Beauce-Etchemin	I	56	03-07-13
03037	Hôtel-Dieu de Montmagny	II	35	00-04-02
03007	Hôtel-Dieu de Lévis	I	95	02-03-31

(1) Deuxième médecin la nuit, selon l'article 1.4 du Préambule général.

		Catégorie d'établis.	Nombre hebdo. de forfaits	Date (début)
Région 15 : Laurentides				
01437	CH Laurentien	I	44	02-09-01
+ 01457	CH St-Eustache (1)	I	88	03-03-02
+ 01447	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	I	95	03-01-26
Région 16 : Montérégie				
01087	L'Hôpital Barrie Memorial	III	28	99-03-07
00947	Réseau Santé Richelieu - Yamaska :			
	- Pavillons Honoré-Mercier et St-Charles	I	64	00-09-03
00427	Hôpital du Haut-Richelieu	I	74	99-06-20
01037	CH de Granby	I	65	02-03-17
+ 01147	CH régional du Suroît	I	64	01-09-02
00927	Hôtel-Dieu de Sorel	I	48	02-09-22
+ 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 et 496 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 » 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.

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 nécessairement, 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					
10585	Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire	293	Rég.	3	98-09-01
93442	- Le Foyer de Rimouski	407	Rég.	3	00-08-21
04964	- CLSC de l'Estuaire (**)	293	Maj.	3	98-09-01
03314	Centre Mitissien de santé et de services communautaires (*)				
	- Hôpital de Mont-Joli				
	Les CH et CHSLD de Matane	317	Rég.	3	99-02-01
	- Centre hospitalier de Matane				
	- Foyer d'accueil de Matane				
	- Pavillon de la Mer Inc.				

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

(**) L'ensemble des religieuses de la maison mère des sœurs 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 01 : Bas St-Laurent (suite)					
04984	Centre hospitalier de Rivière-du-Loup - Hôpital St-Joseph-Rivière-du-Loup - Le Foyer de St-Antonin - Centre Villa Maria	452	Maj.	3	01-03-07
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- Lacj	452	Maj.	3	01-11-02
03254	Centre hospitalier d'Amqui - Villa Mon Repos - Foyer Sainte-Marie de Sayabec - Résidence Marie-Anne Ouellet	394	Rég.	3	99-12-16
Région 02 : Saguenay Lac-St-Jean					
11615	Le CHSLD de Chicoutimi - Beaumanoir de Chicoutimi - Le Foyer Delage - Centre Mgr Victor Tremblay	293	Rég.	3	98-09-01
02514	Centre hospitalier Jonquière - Résidence Ste-Marie - Pavillon Arvida - Résidence Georges Hébert - Résidence des Années d'Or	293	Rég.	3	98-09-01
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
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 - Pavillon de La Doré - Le Foyer de la Paix	407, 452 et LCP	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
93472	Centre Maria-Chapdelaine - CLSC (Mistassini) (*)	317	Rég.	3	99-05-14
+ 02484	CH - CHSLD - CLSC Cléophas-Claveau - Hôpital de La Baie des Ha! Ha! - Foyer St-Joseph de La Baie - Foyer de Bagotville	407, 452 et LCP	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					
02314	Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie - Villa des Érables - Accueil Bellerive - Foyer de Clermont - Foyer de Notre-Dame du Sacré-Coeur de St-Siméon - CLSC Charlevoix(*) (secteur Charlevoix Est)	293	Rég.	6	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
04724	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec - Pavillon du Fargy - Pavillon Yvonne-Sylvain - Pavillon Maizerets - Pavillon St-Augustin - Pavillon Alphonse-Bonenfant	293 293 et 394	Rég. Maj.	3 3	98-09-01 99-04-01
93832	CLSC Orléans(*) (secteur Beauport)	438	Rég.	6	01-04-04
04704	Hôpital Général de Québec	293	Rég.	3	98-09-01
11895	CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier - Résidence Notre-Dame de Lourdes - Résidence Saint-Charles	LCP	Rég.	3	03-06-02
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
02054	L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Home - Centre hospitalier St-Sacrement Ltée	293	Rég.	3	98-09-01
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
02354	Centre régional d'hébergement et de santé de Portneuf - Centre hospitalier Portneuf - Centre d'hébergement St-Raymond (*)	364	Rég.	3	99-09-01
20275	Vigi Santé Ltée - CHSLD St-Augustin - Jardins du Haut St-Laurent (1992)	317	Rég.	3	99-03-12
10013	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec - Site François-Charron	317	Rég.	3	98-09-01
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
02134	Centre hospitalier universitaire de Québec - Pavillon CHUL(Foyer des Vétérans) - Résidence Paul Triquet	438	Rég.	3	01-02-01
93972	CLSC Charlevoix (*) - Pavillon Restons chez-nous (Secteur de l'Ile-aux-Coudres)	407	Rég.	3	99-12-01

(*) 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)					
21695	Pavillon Saint-Dominique	407	Rég.	3	00-04-11
90682	- Centre hospitalier Notre-Dame du Chemin Les CLSC et CHSLD de Portneuf (*)	407	Rég.	3	00-05-10
	- CLSC de Portneuf (secteurs ouest et sud-est)				
07720	La Maison Michel Sarrazin	438	Rég.	3	00-07-01
07784	Centre d'hébergement St-Jean-Eudes Inc.	481	Rég.	3	02-05-09
	- Centre d'hébergement St-Jean-Eudes				
	- Centre d'hébergement Champlain-Limoilou				
	- Centre hospitalier St-François				
	- Résidence Le Foyer de Charlesbourg				
95082	CLSC-CHSLD Haute-Ville des Rivières (*)	452 et LCP	Rég.	6	02-11-08
	- CLSC Haute-Ville				
95132	CLSC Sainte-Foy - Sillery-Laurentien (*)	LCP	Rég.	3	02-12-20
	- CLSC Sainte-Foy - Sillery				
91232	CLSC des Seigneuries	LCP	Maj	3	03-04-23
90552	CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier (*)	LCP	Rég.	3	03-02-28
	- CLSC Point de service Basse-Ville				
Région 04 : Mauricie - Centre-du-Québec					
01804	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie	364	Maj.	3	99-09-03
	- 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				
01764	CHSLD du Centre Mauricie	293	Rég.	6	98-09-01
	- Résidence Linteau				
	- Centre Laflèche				
	- Foyer de Grand-Mère				
	- Résidence de la St-Maurice				
	- Centre d'accueil Dr Joseph-Garceau				
01814	CHSLD Trifluvien	293	Maj.	3	98-09-01
	- Résidence Cooke				
	- Résidence Joseph-Denys				
	- Résidence La Providence				
	- Résidence Louis Denoncourt				
	- Pavillon La Cathédrale Enr.				
02784	Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska	293	Rég.	3	98-09-01
	- Hôpital du Christ-Roi				
	- Foyer Lucien Shooner				
	- Foyer de Nicolet				
	- Foyer de St-Célestin				
93622	Complexe santé et services sociaux Nicolet-Yamaska	293	Rég.	3	98-09-01
	- CLSC Nicolet-Yamaska (*)				
04944	CHSLD Coeur-du-Québec	293	Maj.	3	98-09-01
	- Villa du Boisé Inc.				
	- Pavillon Marie-Reine des Coeurs Enr.				
	- Centre Frédérick-Georges-Hériot				
	- Résidence Marguerite-d'Youville (Hôpital Ste-Croix)				
01494	CHSDL de la MRC d'Arthabaska	293	Maj.	3	98-09-01
	- Pavillon familial des Bois-Francis Inc.				
	- Centre hospitalier des Bois-Francis				
	- Foyer Étoiles d'Or				
	- Centre d'accueil l'Ermitage				
	- Pavillon Bujold-Lefebvre				

(*) 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)					
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
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
90642	CLSC - CHSLD Les Blés d'Or - Foyer Romain Becquet (*)	452	Rég.	3	01-07-14
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
Région 05 : Estrie					
10085	Foyer Wales	293	Rég.	3	98-09-01
01114	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke - Pavillon Argyll - Pavillon d'Youville	293	Maj.	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
11125	CLSC - CHSLD du Haut-St-François - Site Domaine de La Sapinière - Villa du Repos	317-364-394	Rég.	3	98-09-01
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
91332	Carrefour santé et services sociaux Val St-François - Pavillons : Richmond, St-Louis, Valcourt et Barlow (*)	293	Rég.	9	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
01024	Carrefour santé et services sociaux CLSC - CHSLD Coaticook (*) - CH de Coaticook	LCP	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
93612	CLSC Gaston-Lessard (*) : - Centre d'accueil Shermon	293	Rég.	3	98-09-01
90652	CLSC Soc (*)	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 05 : Estrie (suite)					
23485	La Maison Blanche de North Hatle : - Foyer Connaught	317	Rég.	3	99-01-08
00224	CHSLD Lucille Teasdale - Pavillon Eloria Lepage - Pavillon Maison-Neuve - Pavillon J.-Henri-Charbonneau	293	Rég.	6	98-09-01
+ 93882	Centre de santé Memphrémagog : - Centre de santé Memphrémagog - Siège social (*)	LCP	Rég.	6	03-06-09
Région 06 : Montréal-Centre					
04224	Corporation du centre hospitalier gériatrique Maimonides - Centre hospitalier gériatrique Maimonides	293	Rég.	3	98-09-01
00164	Centre hospitalier Jacques-Viger - Centre d'accueil Ernest Routhier	293	Maj.	3	98-09-01
15355	Les CHSLD du Plateau Mont-Royal - Centre Jean-De La Lande - Centre Chevalier De Lorimier	293	Rég.	3	98-09-01
17775	Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain - Résidence Laurendeau - Résidence Louvain - Résidence Légaré - Résidence Berthiaume-Dutremblay	293	Maj.	3	98-09-01
16525	Résidence Yvon-Brunet - Résidence Yvon-Brunet - Centre d'accueil Réal Morel - Centre d'accueil Louis Riel	293	Rég.	6	98-09-01
10095	CHSLD Émilie-Gamelin, Armand-Lavergne - C.A. Armand-Lavergne	293	Rég.	3	98-09-01
10365	Centre d'accueil St-Margaret - Les Foyers presbytériens de St-Andrew - Centre d'accueil Father Dowd - Father Dowd Home	293	Rég.	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
23645	Vigi Santé Ltée - CHSLD Mont Royal	293	Rég.	3	98-09-01
29475	Vigi Santé Ltée - 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
17855	Centre hospitalier - Centre d'accueil Gouin-Rosemont - Centre d'accueil Gouin-Rosemont - CHSLD Jeanne-Leber	293	Maj.	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
12275	CHSLD - CLSC St-Laurent - Centre d'hébergement St-Vincent-Marie	293	Rég.	3	98-09-01
95122	CHSLD - CLSC St-Laurent - CLSC St-Laurent (*)	394	Rég.	3	00-01-10
05054	Centre Le Cardinal	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 06 : Montréal-Centre (suite)					
91342	Centre d'accueil - CLSC J. Octave Roussin - Résidence Notre-Dame - Centre François Séguenot - Foyer Lachapelle Enr. - CLSC J. Octave Roussin (*)	293	Rég.	3	98-09-01
04114	Le Centre de soins prolongés de Montréal - Hôpital Grace Dart	293	Rég.	3	98-09-01
04244	CHSLD Champlain-Manoir de Verdun - Pavillon Champlain - Pavillon Manoir	293	Maj.	3	98-09-01
15685	CLSC - CHSLD de Rosemont : Centre d'accueil Marie-Rollet - Centre d'accueil Marie-Rollet - Résidence Robert Cliche - CHSLD Paul Gouin	L.C.P.	Maj.	3	02-10-20
12245	La Corporation du Centre d'accueil de Lachine - Centre d'accueil de Lachine - Centre d'accueil Nazaire Piché - Foyer Dorval	293	Maj.	3	98-09-01
08004	Institut universitaire de gériatrie de Montréal - Pavillon Côte-des-Neiges - Pavillon Alfred-Desrochers	293 et 376	Maj.	3	98-09-01
10005	CHSLD Les Havres - CHSLD Les Havres (Havre Dorion) - Havre Villeray (CHSLD Les Havres) - Havre St-Marc (CHSLD Les Havres)	293	Rég.	3	98-09-01
28145	Manoir Pierrefonds - Château Westmount	293	Rég.	3	98-09-01
12965	Résidences Mance-Decary (CHSLD) - Pavillon St-Henri (CHSLD) - Pavillon des Seigneurs (CHSLD) - Pavillon Auclair (CHSLD)	293	Maj.	3	98-09-01
15655	Centre d'accueil La Salle	293	Rég.	3	98-09-01
10435	Manoir Cartierville - Hôpital St-Joseph de La Providence	293	Maj.	3	98-09-01
90802	CLSC des Faubourgs (Pt. de service Visitation) (*)	293	Rég.	3	98-09-01
05774	Groupe Roy Santé Inc. - Centre d'hébergement St-Georges	293	Rég.	3	98-09-01
04154	CHSLD Centre-Ville de Montréal - Résidence St-Charles Borromée - Pavillon Marquette - Manoir l'Âge-d'or - Pavillon Louisiane	293+ LCP	Maj.	3	02-08-20
04084	Hôpital Chinois de Montréal (1963)	L.C.P.	Réduit	3	02-08-20
25065	Groupe Champlain Inc. - Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin - Centre d'hébergement Champlain-Villeray - Hôpital St-Denis (1980)	293	Rég.	3	98-09-01
10375	CHSLD Biermans-Triest - Centre Biermans - Centre Triest	293	Maj.	3	98-09-01
20995	Résidence Angélica - Hôpital Marie-Clarac	293 et 407	Maj.	3	98-09-01
16335	Centre hospitalier Richardson - Centre d'accueil Henri Bradet - Association montréalaise pour les aveugles : - Rés. Gilman	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 06 : Montréal-Centre (suite)					
16395	CLSC Montréal-Nord - Résidence Paul Lizotte - CHSLD Gouin	293 et 376	Rég.	3	98-12-01
15725	Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger - CHSLD Bayview	293	Rég.	3	98-12-01
00324	Centre hospitalier St-Michel - CHSLD St-Michel - Hôpital Notre-Dame de Lourdes	293 et 376	Rég.	3	99-01-01
91082	CLSC St-Louis du Parc (*) - CLSC René-Cassin (*) - CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal - Ouest (*) - CLSC Côte-des-Neiges (*) - CLSC Métro (*)	293	Maj.	3	98-10-19
95052	CLSC Notre-Dame-de-Grâce / Montréal-Ouest (*)	364	Rég.	3	98-09-01
91122	CLSC Côte-des-Neiges (l'ens. patients admis au projet SIPA)	317	Rég.	3	99-04-04
07834	Centre hospitalier de Lachine: - Pavillon Camille Lefebvre	317	Rég.	3	99-03-26
05764	Villa Médica Inc. : - Villa Médica	317	Rég.	3	98-09-01
00364	Centre hospitalier Angrignon (Fin 00-09-30) - (Pavillon Verdun et Pavillon LaSalle)	317 et 438		3	
25165	Les résidences montréalaises de l'Église unie pour personnes âgées : Résidence Griffith McConnel	350	Rég.	3	98-09-01
15835	Hôpital Santa Cabrini : Centre d'accueil Dante	438	Réduit	3	00-11-01
13005	Foyer Rousselot	438	Réduit	3	00-11-01
10023	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	438	Réduit	3	00-11-01
26445	Groupe Roy Santé Inc. : Centre d'hébergement Le Royer	438	Réduit	3	00-11-01
95072	CLSC Verdun/ Côte St-Paul (*)	452	Rég.	3	01-09-07
95042	CLSC Lac-Saint-Louis (*)	L.C.P.	Rég.	3	02-01-01
Région 07 : Outaouais					
11325	CHSLD de Hull - Résidence Foyer du Bonheur - Pavillon Siesta - Pavillon du Portage - Résidence La Piéta	293	Rég.	6	98-09-01
90612	CLSC de Hull (*)	293	Rég.	3	98-09-01
90602	CLSC - CHSLD de la Petite-Nation - Centre d'accueil La Petite-Nation CLSC de la Petite-Nation (*)	300	Rég.	3	98-09-01
01254	CH - CHSLD de Papineau - Pavillon du Centre hospitalier - Pavillon du Centre d'accueil	317	Rég.	3	98-09-01
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
06234	Groupe Champlain Inc. - CHSLD Champlain-Gatineau - CHSLD Vigi de l'Outaouais	376	Rég.	3	00-01-02
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
01304	Le CLSC, le CHSLD et le CH du Pontiac - Centre hospitalier du Pontiac (*) - Pavillon Pontiac (*)	376 et 394	Rég.	3	00-04-01
11005	Le CLSC, le CHSLD et CH du Pontiac - Pavillon Sacré-Cœur (*)	376 et 394	Rég.	3	00-04-01

(*) 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 07 : Outaouais (suite)					
12565	CLSC - CH - CHSLD des Forestiers - Foyer Père Guinard - Le Foyer d'accueil de Gracefield	376 et 394	Rég.	3	00-04-01
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
91262	CLSC et CHSLD Grande-Rivière - CLSC Grande-Rivière (*)	364	Rég.	3	99-01-01
15735	- Centre d'accueil Renaissance CLSC et CHSLD de Gatineau (*)	376	Rég.	3	99-01-01
15275	- Centre d'accueil de Gatineau (15275)	452	Réduit	3	01-12-19
90862	- Centre de services Le Moulin (90862)	452	Rég.	3	01-12-19
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue					
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
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
11515	Maison Pie XII - Pavillon Claude Larouche - Centre d'accueil Youville - CLSC le partage des eaux (*)	300	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
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
11045	Centre de santé Vallée-de-l'Or - Villa St-Martin (*) - Maison des Parfums (*) (Secteur de Malartic)	317	Rég.	3	98-09-01
Région 09 : Côte-Nord					
93722	CLSC et centre d'hébergement de Manicouagan - Centre N.-A. Labrie - Pavillon Boisvert - CLSC de l'Aquilon (*)	293	Rég.	3	98-09-01
02694	Centre hospitalier régional de Sept-Iles - Résidence Gustave Gauvreau	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 11 : Gaspésie- Iles de la Madeleine					
93272	CLSC et CHSLD Pabok : CLSC La Saline - La Maison de l'Anse Inc. - Villa Pabos	376	Rég.	3	98-12-15
90872	CLSC Malauze(*) : Le Gîte St-Alexis Inc.	376	Rég.	3	98-12-01
03304	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs - Pavillon Ste-Hélène - Résidence St-Joseph	376	Rég.	3	98-09-01
03304	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs - Pavillon Ste-Hélène - Résidence St-Joseph	376	Rég.	3	98-09-01
90582	CLSC - CHSLD Baie-des-Chaleurs: CLSC - Centre d'hébergement	438	Rég.	3	01-04-10
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
95202	CLSC et CHSLD de la MCR Desjardins: - CLSC Desjardins (*)	317 et 364	Rég.	3	99-11-15
Région 12 : Chaudière-Appalaches					
03004	Hôtel-Dieu de Lévis : - Centre d'accueil St-Joseph de Lévis - Pavillon Bellevue	452	Maj.	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
07424	CH de l'Assomption (St-Georges de Beauce) (Fin 04-05-10)	481 et LCP	Rég.	3	99-10-01
02864	CRATCA et CHSLD de Beauce (Fin 04-05-10) - Centre hospitalier de Beauceville	481 et LCP	Rég.	3	98-10-01
10675	Les CHSLD de Beauce (Fin 04-05-10) - Le Pavillon Notre-Dame	481 et LCP	Rég.	3	98-10-01
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	LCP	Maj.	3	02-08-31

(*) 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)					
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
93812	- Point de service : St-Romuald (*)	L.C.P.	Rég.	3	02-09-03
11865	Les CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet (Fin 04-05-10) - Saint Eugène	481 et LCP	Rég.	3	98-09-01
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
10825	CHSLD de l'Amiante/ Résidence Denis Marcotte (Fin 04-05-10) - Secteur Black Lake - Résidence du Lac Noir - Pavillon Boutin - Pavillon Lafleur - Pavillon Coulombe - Pavillon Vachon - Pavillon Grondin - Secteur Thetford-Mines - Centre hospitalier de la région de l'Amiante - Pavillon La Rosée d'Or - Pavillon St-Joseph - Résidence Denis Marcotte	481 et LCP	Rég.	6	99-10-01
12545	CHSLD de l'Amiante: Foyer Disraeli - Pavillon Villa Lavoie	452	Réduit	3	01-10-01
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
Région 13 : Laval					
05374	CHSLD St-Jude	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
90692	CLSC - CHSLD Ste-Rose de Laval - Pavillon Chomedey (CHSLD Ste-Rose) - CLSC Ste-Rose de Laval (*)	293	Rég.	3	98-09-01
29605	L'Orchidée Blanche Inc. - L'Orchidée Blanche CHSLD - Résidence Marie-Christine - Résidence Marois - Résidence Rivière	376	Rég.	3	99-06-01

(*) 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 13 : Laval (suite)					
29555	Villa Val des Arbres (1995)	376	Rég.	3	99-08-20
	- Villa les Tilleuls				
	CLSC et CHSLD du Marigot	293	Rég.	3	98-09-01
91302	- CLSC du Marigot (*)				
15615	- Centre d'Accueil Idola St-Jean	394 et 407	Rég.	3	00-01-31
10673	Le centre de réadaptation Normand Laramée	394	Rég.	3	00-02-01
	- Résidence Louise Vachon				
12315	CLSC - CHSLD du Ruisseau-Papineau	293 et 394	Rég.	3	98-09-01
	- Résidence Sainte-Dorothée				
26775	Manoir St-Patrice	394	Rég.	3	00-04-12
	- Centre d'hébergement St-François				
Région 14 : Lanaudière					
+ 00854	Centre hospitalier régional De Lanaudière	293 et LCP	Maj	3	03-06-19
	- Le Centre d'accueil St-Eusèbe				
11055	CLSC - CHSLD d'Autray	300	Rég.	6	98-11-29
	- 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.				
12105	CLSC - CHSLD - Meilleur	293	Rég.	3	98-09-01
	- Pavillon Longpré-Gravel				
	- Pavillon St-Sulpice				
	- Pavillon Bellefeuille				
	- Pavillon Léonie				
	- Centre Le Gardeur				
	- Centre de l'Assomption				
	- Centre Alexandre Archambault				
06534	CHSLD Heather Inc.	317	Rég.	3	98-09-01
	- CHSLD Heather I				
	- CHSLD Heather II				
	- CLSC - CHSLD Montcalm : Foyer Liguori				
27905	Vigi Santé Ltée	394	Rég.	3	00-02-24
	- CHSLD Vigi Yves-Blais				
	- CHSLD de la Côte Boisée				
10555	CLSC - CHSLD Montcalm	407	Rég.	3	00-09-01
	- Centre d'accueil St-Antoine de Padoue				
93772	CLSC de Joliette (*)	407	Rég.	3	00-09-25
80035	Carrefour de la Santé et des Services sociaux de Matawinie	407	Rég.	3	00-09-25
	- Foyer de St-Donat				
	- Pavillon Poudrier Enr.				
	- CLSC de Matawanie (Pt de service de St-Donat) (*)				
06414	CHSLD Le Château Inc.	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 15 : Laurentides					
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
01434	Centre hospitalier Laurentien - Pavillon Grignon - Foyer Sainte- Agathe	481	Réduit	3	02-02-21
90792	CLSC Thérèse-de-Blainville (*)	481	Rég.	3	02-06-03
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
04554	Les CHSLD de la Rivière du Nord - Centre d'Youville - L'Auberge (St-Jérôme) - Résidence Lucien G. Rolland - Le Médaillon d'or Enr. - Foyer Soleil - Centre d'hébergement Jaclo	293	Maj.	3	98-09-01
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
80135	CLSC- CHSLD des Trois Vallées :(Pt de service Labelle) (*) - CLSC des Trois Vallées - Résidence Labelle	438	Rég.	3	00-12-01
95232	CLSC- CHSLD des Trois Vallées (Pt de service Ste-Agathe) (*) - CLSC des Trois Vallées	481	Réduit	3	02-02-21
80125	CLSC des Hautes-Laurentides(*) (Pt.de service L'Annoncia- tion) - Pavillon Come-Cartier	438	Rég.	3	00-10-01
15265	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut - Manoir de la Pointe-Bleue (1978) - Résidence Sainte-Marguerite	438	Rég.	3	00-06-26
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
93522	CLSC Arthur-Buies(*) (Fin 00-11-30)	317 et 418	Rég.	3	99-02-01
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
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

(*) 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)					
15095	Centre Rouville (Résidence Sainte-Croix) - Résidence Val-Joli - Résidence St-Joseph de Chambly	293	Rég.	3	98-09-01
23895	Centre d'accueil Marcelle Ferron Inc.	438	Rég.	3	98-09-01
04454	Réseau Santé Richelieu-Yamaska - Pavillon Hôtel-Dieu	293	Maj.	3	98-09-01
16175	CHSLD du Littoral - Foyer Lajemmerais - Foyer St-Patrick - Résidence de Boucherville Inc. - Centre d'accueil Jeanne Crevier - Pavillon St-Amable - Centre d'accueil Contrecoeur	293	Rég.	3	98-09-01
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
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
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
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
04234	CHSLD de la MRC de Champlain - Centre St-Lambert - Centre Champlain - Centre Henriette Céré	300 et 376	Maj.	3	99-06-11
07734	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - Centre hospitalier de Bedford (*) (Secteur Bedford)	364 et 394	Rég.	3	99-11-02
15405	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - Centre d'accueil de Cowansville (*) (Secteur Cowansville)	364 et 394	Rég.	3	99-11-02
12435	Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie - Les Foyers Farnham (*) (maintien à domicile du CLSC) (secteur Farnham)	317	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 (*)	L.C.P.	Rég.	3	03-05-01
05864	Conseil des Mohawks de Kahnawake - CH Kateri Memorial - Tehsakotitsén : Tha (*) (maintien à domicile sur la réserve)	317	Rég.	3	98-09-01
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
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

(*) 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)					
15785	Le regroupement des CHSLD des Trois Rives - Centre d'accueil Vaudreuil - Centre d'accueil Laurent-Bergevin	317	Rég.	3	98-09-01
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
10065	CLSC / CHSLD de la Vallée du Richelieu - Centre Marguerite-Adam - Centre Montarville	317	Rég.	3	98-09-01
01044	Le CH du Comté de Huntingdon - CLSC Huntingdon (*)	350	Rég.	3	99-04-30
93512	CLSC de la Haute-Yamaska (*)	350	Rég.	3	99-07-15
10975	CLSC - CHSLD des Maskoutains - Centre Andrée-Perrault - Pavillon Girouard	394	Rég.	3	99-11-25
15365	Centre d'accueil d'Acton Vale	438	Réduit	3	00-11-01
93682	CLSC et CHSLD de la Vallée du Richelieu - CLSC La Vallée des Patriotes (*)	438	Réduit	3	00-11-01
16175	CHSLD du Littoral - Foyer Lajemmerais - Foyer St-Patrick - Résidence de Boucherville Inc. - Centre d'accueil Jeanne Crevier - Centre d'accueil Contrecoeur	452	Maj.	3	01-11-14
91162	CLSC du Richelieu (*)	481	Rég.	3	02-02-20
91232	CLSC des Seigneuries (*)	LCP	Maj.	3	03-04-23

(*) L'ensemble des patients inscrits au maintien à domicile nécessitant un suivi médical.

AVIS : Cette annexe a été modifiée par les accords n^{os} 293, 300, 317, 350, 364, 376, 394, 407, 438, 452 et 481 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 (OXXX3) 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
+	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

N°	Établissement	Forfait hebdo. \$
+	Région 04 : Mauricie / Centre-du-Québec (suite)	
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 / Iles-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 modifiés 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 soins palliatifs à domicile
2. 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 8h00 à 16h00 ou après 12h00 dans le cas où il serait rémunéré en vertu du demi-forfait ;

4.06.04 en dehors de la période de 8h00 à 17h00, 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 8h00 à 13h00, 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 ou par lettres du comité paritaire. Les médecins rémunérés à l'acte, honoraires fixes ou tarif horaire sont inscrits aux accords 398 et 453.

	Région Nom de l'établissements	Unité(s) ou service(s) exclu(s)	Entente particulière inopérante	Nombre forfaits annuels	Date d'adhésion
	Région 01 : Bas St-Laurent				
03253	CH d'Amqui	- hébergement et soins de longue durée	Gériatrie en CHSGS (gériatrie active)	730	00-07-01
03313	Les CH et CHSLD de Matane :	- hébergement et soins de longue durée		730	00-07-01
03333	- CH de Matane CH Notre-Dame du Lac		Garde en disponibi- lité en CHSGS	730	03-04-01
	Région 03 : Québec				
02103	Pavillon Saint-François d'Assise	- clinique externe - gériatrie - planning-sexualité - toxicomanie		365	02-04-26
	Région 05 : Estrie				
+ 01103	CHUS : Site Bowen	- services gériatriques	Soins palliatifs	2190	02-06-01
01123	CH Lac Mégantic	- clinique externe - hébergement et soins de longue durée		730	00-07-01
	Région 06 : Montréal-Centre				
00283	CH Lachine	- clinique externe - soins palliatifs - soins intensifs		730	00-10-09
00103	Hôpital Jean-Talon	- clinique externe - gériatrie - psychiatrie - soins palliatifs		730	03-04-01
	Région 07 : Outaouais				
01333	CH Maniwaki	- soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	730	00-07-01
	Région 08 : Abitibi-Témiscamingue				
01533	CH Rouyn-Noranda		Soins psychiatriques	1 460	00-07-01
01523	CH La Sarre	- clinique externe - soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	1 095	00-07-01
	Région 09 : Côte-Nord				
02693	CH régional de Sept-Iles	- clinique externe(suivi de l'urgence) - hébergement et soins de longue durée		1 460	01-07-01
	Région 11 : Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine				
03273	CH de Chandler	- services gériatriques		1 095	00-07-01
03303	CH Baie-des-Chaleurs	- services gériatriques - soins psychiatriques		1 460	00-07-01
03413	Hôpital des Monts	- clinique externe - soins psychiatriques	Gériatrie en CHSGS	730	00-10-16
03283	CH Gaspé	- clinique externe(UMF)	Gériatrie en CHSGS	730	01-07-01
	Région 15 : Laurentides				
01423	CH et Centre de réadaptation Antoine-- Labelle: Centre de Mont-Laurier	Clinique externe(suivi de l'urgence)	Gériatrie en CHSGS-- Soins palliatifs	1 343	01-07-02

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^{ème} 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 alloués, 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
01823	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières :		
	- 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	2	01-03-09
+ 00253	- Hôpital Royal Victoria	11	03-04-24
	Centre hospitalier de l'université de Montréal :		
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	8	00-10-01
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 : Obstétrique	3	03-01-01
Région 07 : Outaouais			
	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais :		
01263	- Pavillon de Hull	19	00-10-01
07693	- Pavillon de Gatineau	18	00-10-01
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			
01543	Centre hospitalier de Val-d'Or	9	00-10-01
01503	Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	10	00-10-01
01553	Centre de santé Sainte-Famille	3	00-10-01
	- Obstétrique	3	01-10-01
01523	Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores boréales		
	- CH La Sarre : Obstétrique	3	01-07-01
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- Îles-de la-Madeleine			
03303	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs : Obstétrique	3	02-01-01
+ 03313	Les CH et CHSLD de Matane :		
	- Centre hospitalier de Matane : Obstétrique	3	02-10-01
+ 03413	Centre de santé de la Haute Gaspésie :		
	- Hôpital des Monts : Obstétrique	3	02-10-01
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 Établissement désigné	Nbre de forfaits quotidiens	Date ou période de mise en application
	Région 13 : Laval		
00443	Cité de la Santé de Laval	47	00-10-01
	Région 14 : Lanaudière		
01413	Centre hospitalier Le Gardeur	30	00-10-01
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^{os} 441, 451, 477 et 490 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 n° 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: 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
- 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 ouvrés.

AVIS : *L'établissement doit transmettre à la Régie, un avis de service (n° 3547), cocher la case « **Entente particulière autre** » 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) et du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (18) 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 l'accord n° 464.

RÉGIONS ET ÉTABLISSEMENTS	PER DIEM	FORFAIT DE GARDE
Région 17 - Centre de santé Tulattavik de l'Ungava 01603 : CHSGS 95172 : CLSC 07813 : Maison de transit	996	2912
- Centre de santé Inuulitsivik 07523 : CHSGS 95182 : CLSC	1684	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 déférée 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'édicte l'article 6.00 de cette entente particulière;

9.05 Aux fins des présentes, les parties mandatent le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente;

9.06 En plus de veiller à la mise en œuvre du paragraphe 9.04, il incombe également à ce comité d'assumer les responsabilités suivantes :

- a) informer la régie du nom du GMF dont l'inscription à l'annexe I ci-jointe est recommandée;
- b) déterminer la banque d'heures 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

GMF visés	Nombre d'heures	Nombre/forfaits de garde en disponibilité

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)
-

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.

- 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 1er 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 : 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.

5.02 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 Aux fins de l'application des dispositions de la présente entente, le médecin doit être inscrit auprès de son département régional de médecine générale (DRMG);

3.02 Exceptionnellement, le médecin qui exerce dans une province limitrophe et dispense des services auprès d'une clientèle visée aux présentes, est exempté de cette inscription;

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.

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 sauf son paragraphe 3.01 qui entre en vigueur le 1^{er} octobre 2003. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente

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

FRANÇOIS LEGAULT
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 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, à ____ ce ____ e jour de _____ 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
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 fait 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

N°	Nom de l'établissement	Groupe	N°	Nom de l'établissement	Groupe
Région 01 : Bas St-Laurent			Région 06 : Montréal-Centre (suite)		
03347	CH régional de Rimouski	1	00307	Hôpital St-Luc	1
03407	CH régional Grand-Portage	2	00067	Hôtel-Dieu de Montréal	1
03257	CH d'Amqui	3	00147	Pavillon Lasalle	3
03337	Hôpital N-D-du-Lac	3	00287	CH de Lachine	2
03317	CH de Matane	3			
03047	Centre N-D-de Fatima	3	Région 07 : Outaouais		
Région 02 : Saguenay / Lac-St-Jean			01267	CH régional Outaouais	1
			01337	CH de Maniwaki	3
02477	CH Sagamie	1	01307	CH du Pontiac	3
02517	CH Jonquière	2	07697	CH de Gatineau	2
02457	Hôtel-Dieu d'Alma	2	01257	CH de Buckingham	2
02507	CH de Dolbeau	3			
02527	Hôtel-Dieu de Roberval	2	Région 08 : Abitibi-Témiscamingue		
Région 03 : Québec			01547	CH de Val-d'Or	2
			01537	CH Rouyn-Noranda	2
02037	Hôpital de l'Enfant-Jésus	1	01507	CH Hôtel-Dieu d'Amos	2
02137	CHUL	1	01527	CH la Sarre	3
02107	Hôpital St-François d'Assise	1	01557	Centre de Santé Sainte-Famille	3
02127	Pavillon St-Sacrement	1			
02067	Hôpital Laval (1975)	1	Région 09 : Côte-Nord		
02047	Pavillon Hôtel-Dieu de Québec	1			
02317	CH St-Joseph la Malbaie	3	02697	Hôpital de Sept-Iles	2
02377	CH de Charlevoix	3	07547	Pavillon le Royer	2
Région 04 : Mauricie / Bois-Francs			Région 11 : Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine		
01827	Pavillon St-Joseph	1			
02777	Hôpital Ste-Croix	1	03277	CH de Chandler	2
01857	CH régional la Mauricie	1	03307	CH Baie-des-Chaleurs	2
02757	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	1	03287	Hôtel-Dieu de Gaspé	3
01777	Hôpital St-Joseph La Tuque	3	03417	Hôpital des Monts	3
Région 05 : Estrie			Région 12 : Chaudière-Appalaches		
01167	CHU Estrie-Fleurimont	1	03007	Hôtel-Dieu de Lévis	1
01107	CHU Estrie-Bowen	1	02877	CH Beauce-Etchemin	1
01127	CH Lac-Mégantic	3	02807	CH régional de l'Amiante	2
01067	CHSLD Memphremagog	2	03037	Hôtel-Dieu de Montmagny	2
			02757	Point de service Charny	3
Région 06 : Montréal-Centre			Région 13 : Laval		
00157	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1			
00117	Hôpital Général Juif Sir Mortimer B Davis	1	00447	Cité de la Santé de Laval	1
00277	Hôpital Sacré-Coeur Montréal	1			
00357	Hôpital Santa Cabrini	1	Région 14 : Lanaudière		
00207	CHUM (Pavillon Notre-Dame)	1			
00407	Hôpital Général du Lakeshore	1	01417	CH Le Gardeur	1
00187	Hôpital Général de Montréal	1	00857	CH régional de Lanaudière	1
00107	Hôpital Jean-Talon	1			
00317	CH de St. Mary	1	Région 15 : Laurentides		
00257	Hôpital Royal Victoria	1			
00367	Pavillon Verdun	1	01457	CH St-Eustache	1
00057	CH Fleury	1	01447	Hôtel-Dieu de St-Jérôme	1

N°	Nom de l'établissement	Groupe	N°	Nom de l'établissement	Groupe
Région 15 : Laurentides (suite)					
01437	CH Laurentien	1			
01427	Centre Mont-Laurier	3			
01277	Hôpital d'Argenteuil	3			
00787	Centre Annonciation	3			
Région 16 : Montérégie					
00957	Hôpital Charles Lemoyne	1			
07537	CH Pierre-Boucher	1			
00427	Hôpital Haut-Richelieu	1			
01037	CH de Granby	1			
00947	Richelieu-Yamaska	1			
01147	CH de Valleyfield	1			
07767	CH Anna-Laberge	1			
00927	Hôtel-Dieu de Sorel	1			
01137	Hôpital Brome-Missisquoi	2			
01087	Hôpital Barrie Mémorial	3			

6. PROTOCOLES D'ACCORD

INDEX DES PROTOCOLES D'ACCORD

No SÉQ.	PROTOCOLES D'ACCORD CONCERNANT :	PAGE
1	La rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin, couverts par la Loi sur la sécurité du revenu	---
	Voir onglet B - CONSULTATION ET EXAMEN, manuel des omnipraticiens (page B-24)	
2	La rémunération du médecin qualifié qui complète le certificat prévu à l'article 258 (1) h) et (ii) du Code criminel	---
	Voir onglet B - CONSULTATION ET EXAMEN, manuel des omnipraticiens (page B-25)	
3	La rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public	---
	Voir onglet B - CONSULTATION ET EXAMEN, manuel des omnipraticiens (page B-26)	
# 4	La rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une régie régionale	2
	ANNEXE 1 : Banques d'heures et enveloppes visées.	6
5	La rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice du Conseil médical du Québec.	7
	ANNEXE 1 : Banque d'heures	9
6	Réseau intégré de soins généraux	10
	ANNEXE 1 : Tarifs s'appliquant à l'examen fait à domicile auprès d'un patient en perte sévère d'autonomie	
	N.B. : Cette annexe a été intégrée au Préambule général, articles 1.1.6 b) et 2.2.6 A ainsi qu'à la section « CONSULTATION ET EXAMEN » (codes = 0007, 0008 et 0075) du manuel des médecins omnipraticiens (MAJ 40 / Sept. 98)	
	ANNEXE 2 : Entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un CHSLD exploité par un établissement ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un CLSC	
	N.B. : Voir onglet « ENTENTES PARTICULIÈRES », page 127 (MAJ 40 / Sept. 98)	
	ANNEXE 3 : Distribution des actes pour lesquels un plateau de chirurgie pourra être facturé	
	N.B. : Une mention (P.G. 2.4.7.7 A) ou (P.G. 2.4.7.7 B) a été ajoutée à chacun des actes visés. Voir MAJ 40 / Sept. 98 du manuel, Préambule général, article 2.4.7.7.	
7	La rémunération de certains services professionnels dispensés dans le cadre du programme d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC).	13

PROTOCOLE D'ACCORD**AYANT POUR OBJET LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES AU BÉNÉFICE D'UNE RÉGIE RÉGIONALE****PRÉAMBULE**

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

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

1.01 Ce protocole d'accord a pour objet la détermination des conditions d'exercice et de rémunération des médecins visés au paragraphe 1.02 qui, à divers titres, exercent certaines activités professionnelles au bénéfice d'une régie régionale;

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

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

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 PORTÉE ADDITIONNELLE

3.01 Outre les parties, la Régie et le médecin, le présent protocole d'accord lie la régie régionale.

4.00 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

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

- a) les activités de conseil ou de coordination, en regard de dossiers relevant du domaine de la planification, de la programmation, de l'organisation et de l'évaluation;
- b) la gestion de certains dossiers spécifiques, notamment ceux ayant pour objet la coordination des services préhospitaliers d'urgence, les activités médicales particulières, le monitoring des effectifs médicaux ainsi que les mesures incitatives;
- c) pour le compte d'une régie régionale, les interventions auprès de différentes organisations;
- d) les activités de concertation inter-régionale et inter-sectorielle;
- e) l'exécution de tout mandat confié au médecin par le directeur général de la régie régionale;

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

- 049038 : *Coordination (coordonnateur)*

- 049067 : *Expertise professionnelle (médecin-conseil)*

Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à la régie régionale.

4.02 Pour le médecin qui est élu ou nommé à une commission médicale régionale, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'activité professionnelle effectuée pour le compte de la régie régionale à la demande de la commission médicale ou de la régie elle-même, par l'intermédiaire de la commission médicale régionale;
- b) l'activité professionnelle requise pour l'exécution d'un mandat qui, relié à la mission d'une régie régionale, est confié à la commission médicale régionale par une régie régionale.

AVIS: *Utiliser le code d'activités 049049, Participation à une commission médicale régionale (excluant la participation à une réunion de la commission médicale). Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à la Régie régionale.*

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

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

AVIS: *Utiliser le code d'activités 049014, Participation au comité de direction DRMG ou le code d'activités 049012, Chef du département régional de médecine générale (seulement pour tarif horaire). Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à la Régie régionale.*

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

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

5.02 Sous réserve du paragraphe 6.03, pour les activités décrites aux paragraphes 4.02 et 4.03, le médecin est rémunéré selon le mode du tarif horaire. Cependant, le médecin peut, s'il est détenteur d'une nomination selon le mode des honoraires fixes dans un établissement, continuer à se prévaloir de ce mode de rémunération pour ses activités effectuées au bénéfice d'une régie régionale;

La participation à une réunion de la commission médicale ne fait pas partie des activités décrites au paragraphe 4.02 et ne peut être rémunérée;

5.03 Sous réserve du paragraphe 5.05, le présent protocole d'accord tient lieu des nominations et autorisation permettant au médecin visé aux paragraphes 4.02 et 4.03 d'être rémunéré;

AVIS: *Aucun avis de service n'est nécessaire dans ces cas, sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes désire maintenir ce mode de rémunération.*

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

5.05 Le médecin visé au paragraphe 4.01 des présentes doit, pour bénéficier des dispositions du présent protocole d'accord, détenir une nomination de la régie régionale;

Il en est de même pour le médecin visé au paragraphe 4.03 et qui est nommé chef du département régional de médecine générale;

AVIS: *La Régie régionale doit faire parvenir à la RAMQ un avis de service n° 3547 « Tarif horaire » ou n° 1897 « Honoraires fixes »*

5.06 Aux fins de l'application du présent protocole d'accord, la nomination au sens du premier alinéa du paragraphe 5.05 fait référence au contrat de services professionnels passé entre le médecin et le directeur général de la régie régionale.

6.00 MODIFICATEURS

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

6.02 Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'Annexe XIV de l'Entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités professionnelles exercées par un médecin visé au paragraphe 4.01 ou 4.02 de cette entente;

AVIS : *Veuillez utiliser les codes d'activités mentionnés au paragraphe 4.01 et 4.02.*

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

AVIS : *Veuillez utiliser les codes d'activités mentionnés au paragraphe 4.03.*

7.00 ANNEXE IX

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

8.00 RÉPARTITION

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

8.02 Au niveau d'une régie régionale, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que la détermination des obligations du médecin visé au paragraphe 4.02 relèvent du médecin qui, en sa qualité de médecin omnipraticien, est, selon le cas, président ou vice-président de la commission médicale régionale;

8.03 Au niveau d'une régie régionale, la répartition des heures d'activités professionnelles ainsi que les obligations du médecin visé au paragraphe 4.03 relèvent du médecin nommé chef du comité de direction du département régional de médecine générale;

8.04 Aux fins de l'application du paragraphe 8.02, le médecin visé à ce paragraphe agit sur recommandation de la commission médicale régionale. Relativement à l'exercice de ses fonctions, il fait rapport au conseil d'administration de la régie régionale;

8.05 Aux fins de l'application du paragraphe 8.03, le médecin visé à ce paragraphe fait rapport au directeur général de la régie régionale de l'exercice de ses fonctions. Ce dernier transmet ce rapport au conseil d'administration;

8.06 La mise en oeuvre du présent article est assujettie, en tout temps, à l'observance des modalités qu'édicté l'article 11.00 des présentes.

9.00 FACTURATION

9.01 Un relevé d'honoraires visé aux présentes est contresigné par le représentant autorisé de la régie régionale.

10.00 AVIS

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

AVIS: - *Un avis de service « Rémunération au tarif horaire », formulaire n° 3547, ou « Rémunération à honoraires fixes », formulaire n° 1897, doit être fourni pour les médecins agissant à titre de médecin-conseil et de médecin-coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence (paragraphe 4.01).*
- *En ce qui concerne les médecins nommés à une commission médicale régionale (paragraphe 4.02), l'avis de service est nécessaire uniquement pour les médecins déjà rémunérés à honoraires fixes et désirant maintenir ce mode de rémunération.*
- *Un avis de service est également nécessaire pour le médecin nommé chef du département régional de médecine générale selon le paragraphe 4.03.*

11.00 BANQUE D'HEURES

11.01 Après consultation auprès de la Fédération et des régies régionales, la Ministre détermine la banque d'heures maximale qui, selon le mode du tarif horaire ou celui des honoraires fixes, doit être allouée, sur une base annuelle, à une régie régionale, aux fins d'assurer la mise en oeuvre du présent protocole d'accord;