



**MANUEL DES SPÉCIALISTES  
BROCHURE NO 1**

**MISE À JOUR : 75  
MAI 2009**

**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

**MODIFICATION 49 en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2009, sauf mention contraire, ainsi que des modifications d'ordre administratif**

**Modification 49**

**- ANNEXE 1 à 10**

- L'article 2.1 de l'annexe 1 a été modifié - **en vigueur le 28 mars 2008.**  
**Page :** [2](#)

**- ANNEXE 11-A**

- L'annexe de la lettre d'entente n° 3 qui établit la liste des actes médicaux compris dans les honoraires de visite ou de prestations de soins principale a été modifiée avec des ajouts et des retraits.  
**Pages :** [A-3](#) à A-8
- L'annexe de la lettre d'entente n° 3 - L'acte pour la Fluoroscopie diagnostique du squelette a été ajouté - **en vigueur le 28 janvier 2009.**  
**Page :** [A-6](#)
- La lettre d'entente n° 10 a été abrogée.  
**Page :** [A-13](#)
- Lettre d'entente n° 13, concernant le paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique, le tarif a été modifié.  
**Page :** [A-14](#)

- Lettre d'entente n° 13, concernant le paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique, le plafonnement a été modifié et l'article 2 a été supprimé.  
**- en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.**  
**Page :** [A-14](#)
- Lettre d'entente n° 113, concernant l'instauration de mesures d'accessibilité aux services médicaux spécialisés, l'Article 1, la première phrase a été remplacée.  
**Page :** [A-70](#)
- À la lettre d'entente n° 160, le nom du Dr Yv Bonnier (01-377) a été ajouté à la liste des médecins visés par l'article 2. - **en vigueur le 18 août 2008.**  
**Page :** [A-114](#)
- Ajout des lettres d'entente suivantes: n°166 - en vigueur le 1er juillet 2009, n° 167 - en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2008, n° 168 - en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2008 et n° 169 - en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2008  
**Pages :** [A-122](#) à A-127

#### - ANNEXE 11-B

- La lettre d'entente A-46 a été modifiée. - **en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2008.**  
**Page :** [B-24](#)

#### - ANNEXE 12 à 41

- L'article 1.4.6 de l'annexe 19 a été modifié - **en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2008.**  
**Page :** [21](#)
- Le premier paragraphe de l'annexe 30 a été modifié.  
**Page :** [65](#)
- Les articles 1.2.1 et 1.2.1.1 de l'annexe 30 ont été modifiés ainsi que les tarifs des articles 1.2.1.1, 1.2.1.2 et 1.2.2.1.  
**Pages :** [65](#) et [66](#)
- La pneumologie a été ajoutée à la liste des spécialités reconnues au Centre hospitalier Rouyn-Noranda de l'annexe 32 - **en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.**  
**Page :** [70](#)
- L'entente auxiliaire de l'annexe 39 s'applique maintenant du lundi au dimanche incluant les jours fériés.  
**Page :** [84](#)

#### - PROTOCOLES D'ACCORD

- L'article 4.2 - Montant forfaitaire - du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en MÉDECINE D'URGENCE a été modifié.  
**Pages :** [34](#) - **en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2008**

## Modifications d'ordre administratif

### - ANNEXE 11

- La spécialité de neurologie a été ajoutée à la lettre d'entente n° 122.

**Pages :** [A-74](#)

### - PROTOCOLES D'ACCORD

- Les tableaux à la fin du Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire ont été modifiés.

**Pages :** [45](#) et [46](#)

- Des avis à la fin du Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire ont été ajoutés ou modifiés.

**Pages :** [45](#) et [46](#)

**Remarque :** Cette mise à jour comprend les informations publiées dans le communiqué et l'infolettre suivants : Communiqué 180 - 29 janvier 2009 et Infolettre 014 - 5 mai 2009

## LÉGENDE

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

# corrections d'ordre administratif

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

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

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

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

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



**ANNEXE 1.**

**ENTENTE RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DISPOSITIONS NORMATIVES**

**ENTENTE  
RELATIVE AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE**

**ENTRE**

**LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET  
DES SERVICES SOCIAUX**

**« la Ministre »**

**ET**

**LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC**

**« la Fédération »**

**PRÉAMBULE**

Cette entente définit les conditions de participation du médecin spécialiste au régime d'assurance maladie.

Elle établit les tarifs d'honoraires conventionnels.

Elle formule des règles conventionnelles pour l'exercice de la médecine et elle institue une procédure d'analyse des profils d'activité.

Elle prévoit des mécanismes de concertation pour l'étude des questions d'intérêt commun.

**TITRE 1.  
DISPOSITIONS GÉNÉRALES****ARTICLE 1.  
DÉFINITIONS**

**1.1** Dans cette entente, on entend par les termes :

- Régie : la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- Loi : la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. 1977, chapitre A-29) et ses amendements;
- Médecin spécialiste : un médecin visé par l'article 2 de cette entente;

On entend par les termes « service », « service médical » et « service assuré », les services médicaux définis comme services assurés en vertu de la loi.

Les termes « établissement », « centre hospitalier », « centre local de services sociaux », « centre d'accueil », « cabinet privé », « contrat d'affiliation », et « plan d'organisation » ont le sens que leur donne la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. 1977, chapitre S-5).

**ARTICLE 2.  
APPLICATION**

+ **2.1** Tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec, est placé sous l'autorité de cette entente.

Il en est de même du médecin porteur d'un certificat de spécialiste étranger, auquel le Collège délivre un permis d'exercice restrictif ou temporaire.

Il en est de même également du résident en médecine détenant une carte de stage valide de niveau R5 ou plus auquel le Collège des médecins du Québec délivre un permis d'exercice restrictif.

**2.2** Ne sont pas assujettis aux dispositions de cette entente :

- le médecin spécialiste qui est fonctionnaire et auquel la Loi sur la fonction publique impose un service exclusif;
- le médecin spécialiste qui fait partie du personnel cadre d'un établissement selon un contrat plein temps.

On ne considère pas comme membre du personnel cadre le chef d'un département clinique.

**ARTICLE 3.  
REPRÉSENTATION**

**3.1** La Ministre reconnaît la Fédération comme le seul organisme représentatif des médecins spécialistes pour la négociation et l'application de toute entente relative aux services médicaux ainsi qu'aux fonctions médico-administratives exercées en centre hospitalier.

Cette reconnaissance engage la Régie et tout établissement.

**3.2** Tout accord intervenu en contravention du présent article est nul, sauf s'il s'agit d'une entente conclue par la ministre en vertu de l'article 19 de la loi.

## ANNEXE 11 A. - LE - N° 3 ET L'ANNEXE

**LETTRE D'ENTENTE NO 3****LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les lettres d'entente n° 24 du 16 juillet 1982 et n° 33 du 20 décembre 1983 sont remplacées par ce qui suit :  
Sont compris dans les honoraires de visite ou de prestation de soins principale, les actes énumérés en annexe.  
LE 22 DÉCEMBRE 1986.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**ANNEXE (LETTRE D'ENTENTE NO 3)**

- + Abcès ou hématome de la cloison – drainage avec implantation immédiate de substance
- Ablation des points de suture ou des agrafes
- Ablation de shunt artérioveineux (hémodialyse)
- Administration de sang autologue
- Administration et interprétation des tests diagnostiques suivants :
  - analyse d'urine (sommaire et microscopique)
  - hémoglobine (sauf par spectrophotométrie)
  - mycose test
  - P.P.D. (purified protein derivative)
  - tuberculine
  - autres analyses par réactifs sur ruban, comprimé ou autres méthodes simples
- Analyse de saturation en oxygène
- + Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme par fonction explorée
- + Analyse simultanée de données physiologiques autres que l'électroencéphalogramme maximum par séance
- + Anévrisme inflammatoire ou mycotique, supplément
- Application de pâte d'unna
- Appréciation simple de l'acuité visuelle et auditive
- Arthroplastie – simple de la cheville
- Aspiration de la trachée sous vision directe
- + Aspiration et interprétation
- + Aspiration ou nettoyage à l'éponge de la chambre antérieure
- Aspiration pour otite séreuse
- + Atrésie d'une choane – ponction et insertion de tube
- Attelles correctrices, application au cou, à la main et au poignet
- + Bêthérapie (premier traitement) unilatérale
- + Bêthérapie (traitements subséquents) unilatérale
- Biomicroscopie
- Biopsie du pénis

- Biopsie du scrotum
- Blocage du nerf honteux, uni ou bilatéral
- Blocage paracervical
- Botte d'unna
- Brûlures simples, traitement et débridement
- Calibrage de l'urètre
- Capsulotomie des facettes articulaires
- Cathétérisme des veines caves, rénales ou sus-hépatiques pour enregistrement de pression pour prélèvement
- Cathétérisme vésical, sauf autrement prévu au tarif
- Cautérisation du cordon ombilical
- Changement de canule de trachéotomie
- Changement de cathéter de gastrostomie
- Changement de cathéter suprapubien ou de sonde de cystostomie
- Changement de fixation de pyélostomie
- Changement de sonde d'urétérostomie cutanée
- Changement de sonde de néphrostomie
- Chimiothérapie locale d'une lésion cutanée
- + Chromatine sexuelle X ou Y
  - Circuncision par technique à la cloche pour pathologie du prépuce
  - Compression manuelle d'un ou plusieurs sites de ponction artérielle ou veineuse
  - Correction de symphyse des grandes et petites lèvres sans anesthésie générale
- + Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes – veino-artérielle et/ou artério-veineuse, supplément
- + Courbe de dilution au cours d'un cathétérisme cardiaque peu importe le nombre de courbes – veino-veineuse incluant l'introduction d'un deuxième cathéter dans le cœur droit, supplément
- + Courbe de dilution par ponction artérielle (incluant la technique chirurgicale et peu importe le nombre de courbes)
  - Cryothérapie d'une lésion
  - Culdoscopie
  - Débitométrie
  - Débits expiratoires forcés
  - Débridements, émondage
  - Dilatation d'urètre chez la femme
  - Dilatation du col
  - Dilatation du prépuce
  - Dilatation du sphincter anal sans anesthésie
  - Dilatation du vagin
  - Dilatation ou irrigation de la voie lacrymale
- + Électrocardiogramme endocavitaire
  - Électrocoagulation
- + Électrolyse ou injection sclérosante pour kyste
  - Electrorétinographie, technique simple

- Enlèvement de mèches vaginales
- Enlèvement de plâtre
- + Enregistrement de l'activité des voies de conduction endocavitaire (étude du faisceau de His), incluant l'étude à l'état basal, les tests de stimulation, les études pharmacologiques, le cathétérisme cardiaque droit et le pacing auriculaire
- Épilation des cils
- Épilooplastie incluant le transfert d'épiploon (toute indication)
- + Épreuve d'entraînement sélectif du cœur (incluant l'électrocardiogramme endocavitaire)
- Épreuve de Schirmer (hyposécrétion lacrymale)
- Épreuve de tolérance à l'eau
- Épreuve pour pacemaker implanté sous électrocardiogramme
- Épreuves de fonction respiratoire :
- Analyse de gaz artériels et de l'équilibre acidobase, toute technique
  - Analyse des tensions gazeuses de l'air alvéolaire
  - Bronchspirométrie (volumes, ventilation en oxygène pour chaque poumon ou chaque lobe)
  - Évaluation des besoins en oxygène en vue d'une oxygénothérapie à long terme par enregistrements sériés de la saturation artérielle en oxygène sous différentes concentrations inspiratoires d'oxygène pour un patient de plus de 5 ans.
  - Évaluation nocturne de l'oxygénation à l'état de sommeil par mesures sériées de la saturation artérielle en oxygène pour un patient de plus de 5 ans.
  - Évaluation régionale de la ventilation et de la perfusion au moyen de substances inhalées ou injectées
  - Oxymétrie et saturation en oxygène, toute technique
  - Ventilation et consommation d'oxygène
- Épreuves de stimulation ou de suppression par administration d'une substance active avec mesures hormonales
- Épreuves orthostatiques
- + Études complémentaires à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter audio-électroencéphalographie avec étude des potentiels évoqués
- + Études complémentaires à l'honoraire de l'électroencéphalogramme de base peut s'ajouter activation chimique
- Étude de la transmission neuro-musculaire
  - Étude du chimisme gastrique
  - Étude du sperme
- + Études métaboliques du myocarde au cours d'un cathétérisme, supplément
- Étude simple de la vision des couleurs
  - Évaluation d'une dose thérapeutique d'iode
  - Évaluation de la motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque
  - Examen au phosphore radioactif (approche antérieure ou postérieure)
- + Examen clinique effectué lors d'une mammographie
- Examen externe du globe oculaire et de ses annexes, détermination simple du champ visuel
  - Examen microbiologique à l'état frais et/ou après coloration d'un frottis cervico-vaginal
  - Exérèse de cathéter de dissection veineuse
  - Exérèse de cérumen
  - Exérèse de tube de drainage, oreille moyenne
  - Exérèse de varicocèle par voie scrotale
  - Exophtalmométrie
  - Exploration du contenu scrotal
  - Extraction de bague (acte simple)

- Extraction de stérilet
- + Faux anévrisme, supplément
- Fenestration d'un plâtre
- Foetoscopie, avec ou sans ponction veineuse, cytologie ou amniocentèse, lorsque effectuée en cabinet privé
- + Fluoroscopie diagnostique du squelette
- Fracture – bassin – réduction fermée incluant repos au lit et surveillance
- Fracture – col ou intertrochantérienne – réduction fermée pour patient de 16 ans ou moins (PG-28)
- Fracture – col ou intertrochantérienne – réduction fermée pour patient de plus de 16 ans (PG-28)
- Fracture du crâne, traitement conservateur
- Fracture – omoplate – réduction fermée
- Fracture – péroné seul – réduction fermée (PG-28)
- Fracture – tarse (astragale et calcanéum exceptés) – un ou plusieurs – réduction fermée
- Funduscopie
- Glycémie
- Glycosurie
- Grattage, pelage, taillage de callosités
- Incision latérale ou dorsale du prépuce
- Induction d'hypotension ou hypertension contrôlée pour fins chirurgicales
- Induction d'hypothermie à moins 34<sup>0</sup> C pour fins chirurgicales
- Inhalothérapie
- Injections ou infiltration intralésionnelle
- + Intubation de la veine angulaire pour angiographie orbitaire, unilatérale
- Injection de substance de contraste :
- cholangiographie par injection intraveineuse
  - cholangiographie par tube en T
  - déférentographie
  - échographie
  - gynécographie
  - orbitographie
  - pariétographie
  - pelvigraphie
  - pyélographie I.V.
  - tomographie axiale
  - vaginographie
  - voies urinaires pour urétérographie
- Injection de substances sclérosantes dans une veine variqueuse faite en établissement
- Injection pour prurit anal
- Injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intraveineuse, sauf celle spécifiquement prévue au tarif
- Insertion de sonde gastrique (tube de Levine)
- Insertion percutanée d'un cathéter pour infusion intraveineuse
- Installation d'un pacemaker cutané antéro-postérieur
- Installation de l'équipement d'inhalothérapie
- Installation et contrôle de phonographie et de l'ECG du fœtus
- Insufflation tubaire

- Introduction d'une substance pharmacologique au cours d'une angiographie  
Irrigation de l'oeil  
Irrigation et enlèvement du drain  
Laryngoscopie à suspension, sans anesthésie ou sous anesthésie locale  
Laryngoscopie au microscope, sans anesthésie ou sous anesthésie locale  
Laryngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale  
Laryngoscopie indirecte sans biopsie  
Lavage bronchique  
Libération du frein de la langue pour enfant de 2 ans ou moins  
Luxation – acromio-claviculaire – réduction fermée  
Massage prostatique  
Manipulation – cheville  
Manométrie ano-rectale (Étude dynamique) sauf pour une pathologie digestive  
Manométrie urétéro-vésicale  
Mesure de la tension veineuse centrale  
Mesure de la vitesse circulatoire  
+ Mesure de sténose artérielle par ordinateur  
Mesure du débit cardiaque par thermodilution  
Mise en place d'un cathéter pour la mesure de la tension veineuse centrale  
Myomectomie de 5 cm ou moins et de 5 myomes ou moins  
Myringotomie avec mise en place d'un tube de drainage sans microscopie  
Nettoyage de l'oreille externe et moyenne  
Ophtalmoscopie  
Orbitographie avec substance de contraste  
Pansement  
+ Péritonie  
Pharyngogramme avec substance de contraste  
Phonocardiographie  
Phmérie oesophagienne de 24 heures, surveillance et interprétation, non informatisée  
+ Pneumo-encéphalographie  
+ Pneumomyélographie  
Ponction ou aspiration biopsique d'hydrocèle  
Prélèvement de sang dans un cathéter  
Prélèvement d'une homogreffe veineuse ou artérielle pour remplacement ou pontage d'une artère abdominale  
Prélèvement de la saphène interne ipsilatérale pour pontage d'une artère d'un membre  
Prélèvement de sécrétions  
Prélèvement et retransfusion de sang par hémodilution normovolémique  
Prélèvements sanguins capillaires ou veineux sauf dans la veine fémorale ou dans la veine jugulaire  
Recherche d'un strabisme par test au reflet, test à l'écran, examen des ductions-versions et P.P.C.  
Reconstruction – relâchement plantaire extensif

- Reconstruction – transposition et réinsertion tendineuse, pied – ténodèse, pied
- Réduction manuelle de paraphimosis (toute technique) sans anesthésie
- Réflexogramme achilien avec kinomètre
- Réfraction
- + Remplacement d'une lentille intra-oculaire luxée : manœuvre extra oculaire ou photocoagulation de sutures de fixation irienne ou les deux
- Retransfusion de sang récupéré (shed blood)
- Rhinopharyngoscopie directe (rigide), sans anesthésie ou sous anesthésie locale
- Section de bande du vitré excluant le laser YAG
- + Sialolithotomie par voie externe
- + Silverman (aiguille de ...), technique seulement
- Soins de ventilation postopératoires à la salle de réveil, incluant l'installation de l'équipement, les visites et les évaluations
- Suture de greffe ou shunt de Gott pour dérivation temporaire
- Synovectomie – cheville
- Synovectomie – orteil
- Tamponnement nasal antérieur
- Test à la lampe de Wood
- Test de confrontation
- Tomographie simple
- Tonométrie simple
- Traction pour scoliose, type Cotrel
- Transposition – libération de contracture musculaire de l'épaule
- Transposition et réinsertion tendineuse – abdominale
- Traitement de l'acné par chirurgie et/ou cryothérapie et/ou thérapie physique (excluant le Laser) y compris l'extraction de comédons
- Tympanogramme (appareil automatique)
- Vectocardiogramme

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 4 ET 5**LETTRE D'ENTENTE NO 4****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La lettre d'entente n° 29 du 20 décembre 1983 est reconduite comme suit :

les parties négociantes conviennent d'entreprendre, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 1988, la négociation relative à la rémunération de certaines tâches administratives requises d'un médecin et reliées à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dispensés en établissement.

LE 22 DÉCEMBRE 1986

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 5****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La lettre d'entente n° 30 du 20 décembre 1983 est reconduite comme suit :

- a) Lorsqu'un médecin spécialiste effectue un examen médical chez une personne présumément victime d'un assaut sexuel et qu'il procède également au constat médico-légal, il complète le formulaire prévu à cette fin. La rémunération pour ce service (examen médical, constat médico-légal et complèment du formulaire) est de 274 \$ en établissement et de 333 \$ en cabinet.
- b) Lorsqu'un médecin spécialiste effectue un examen médical chez une personne présumément victime d'un assaut sexuel et qu'il complète le formulaire prévu à cette fin, la rémunération pour ce service (examen médical et complèment du formulaire) est de 119 \$ en établissement et de 143 \$ en cabinet.
- c) Un supplément de 42 \$ par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de 60 minutes chez un enfant de moins de 14 ans est également accordé sur présentation de notes explicatives.

**MARC-YVAN CÔTÉ**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** Voir les codes d'acte appropriés, sous l'onglet B - Consultation et examen « Examen médical et constat médico-légal chez une personne présumément victime d'un assaut sexuel ». Les nouveaux tarifs ainsi que le texte modifié prennent effet le 1<sup>er</sup> octobre 2008.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 6

## LETTRE D'ENTENTE NO 6

## CONCERNANT LA TARIFICATION DE L'EMPS.

## LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La tarification qui suit, est ajoutée :

**Évaluation médico-psycho-sociale**

09100	Évaluation médicale et rédaction du formulaire . . . . .	119,00
09101	Rédaction du formulaire d'EMPS . . . . .	32,50

2. Les honoraires payés suivant la présente lettre d'entente ne sont pas comptés dans les gains de pratique.

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

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

**AVIS** : Veuillez noter que les deux codes d'acte ne font pas partie de la Lettre d'entente n° 6.

Voir à la fin de l'onglet B - Consultation et examen, « Évaluation médico-psycho-sociale ».

## ANNEXE 11 A. - LE - N° 7 ET LA LISTE

## LETTRE D'ENTENTE NO 7

**CONCERNANT LA RÈGLE D'APPLICATION CONCERNANT L'ACTE 00272 « TENS ».****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La règle d'application suivante est adoptée :

RÈGLE D'APPLICATION CONCERNANT LE CODE 00272 « TENS »

Le code d'acte 00272 est appliqué comme suit :

Cet honoraire est payé au médecin spécialiste 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 un centre hospitalier de soins ultraspécialisés, indiqué par les parties négociantes.

Maximum : cet honoraire peut être payé pour une réévaluation du patient une fois par 180 jours, soit par le même médecin spécialiste soit par un autre médecin spécialiste de la clinique.

Tout autre traitement administré par le médecin spécialiste, est compris dans l'honoraire de la visite.

Les traitements administrés par le personnel collaborateur en cabinet privé, ne sont pas payés par la Régie.

2. Cette règle d'application prend effet le 1<sup>er</sup> février 1987.

LE 22 DÉCEMBRE 1986

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LISTE DES ÉTABLISSEMENTS VISÉS PAR LA LETTRE D'ENTENTE NO 7 :**

- Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
- Hôtel-Dieu de Montréal
- Hôpital Neurologique de Montréal
- Hôpital Notre-Dame de Montréal
- Hôpital Royal Victoria
- Hôpital St-Luc de Montréal
- Centre hospitalier de l'Université Laval
- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Hôpital St-François d'Assise de Québec (\*)
- Hôtel-Dieu de Lévis (\*\*)

**AVIS :** (\*) En vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 1992.

(\*\*) En vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 1994.

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 8 ET 9**LETTRE D'ENTENTE NO 8****CONSEIL D'ARBITRAGE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Les parties négociantes ou, le cas échéant, les parties au différend désignent une personne parmi celles dont les noms suivent pour agir comme président du Conseil d'arbitrage :

- Me Marc Gravel;
- Me Jean-Yves Durand;
- Me Gilles Corbeil.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2004.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE NO 9****CONCERNANT LES PRATIQUES MIXTES EN MÉDECINE NUCLÉAIRE  
ET EN RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE****LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. À titre exceptionnel, sont maintenus certains avantages déjà accordés pour permettre une pratique d'appoint en médecine nucléaire ou en radiologie diagnostique.

Ainsi :

Le médecin radiologiste qui a pratiqué la médecine nucléaire entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août 1986, a droit d'être payé au plein tarif de la médecine nucléaire; le maximum des honoraires qu'il peut tirer de cette pratique d'appoint est de 25 000 \$ par semestre.

Le médecin nucléiste qui a pratiqué la radiologie diagnostique dans un laboratoire de radiologie générale entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août 1986, a droit au paiement des honoraires de laboratoire; il a également droit au paiement des honoraires de consultation pour cette pratique, maximum 25 000 \$ par semestre.

À compter du 1<sup>er</sup> juin 1989, ces honoraires sont comptés dans les gains de pratique du médecin radiologiste ou du médecin nucléiste et ils sont assujettis aux règles relatives au plafonnement de ses gains de pratique professionnelle.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 10 ET 11**LETTRÉ D'ENTENTE NO 10****+ CONCERNANT LES LABORATOIRES DE BIOCHIMIE, DE MICROBIOLOGIE ET D'HÉMATOLOGIE DIRIGÉS PAR UN PATHOLOGISTE****LES PARTIES NÉGOCIANTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Un médecin anatomo-pathologiste qui, au 31 août 1986, était payé pour la direction d'un laboratoire de biochimie, de microbiologie ou d'hématologie suivant l'Entente du 20 décembre 1983, conserve les avantages dont il bénéficiait alors, aux conditions prévues par cette entente.

LE 22 DÉCEMBRE 1986

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 11****CONCERNANT L'HÉMATOLOGIE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Des redressements tarifaires sont apportés pour corriger le dépassement exceptionnel observé pour la période du 1<sup>er</sup> juin 1984 au 31 mai 1985, dans la discipline de l'hématologie.

Ce dépassement exceptionnel est ainsi corrigé :

a) Les tarifs d'hématologie sont diminués en moyenne de 7.09 % au 1<sup>er</sup> février 1987. Cette baisse est appliquée sur les tarifs du laboratoire, comme suit :

- 1) Le tarif unitaire pour la surveillance est aboli.
- 2) La tarification du code 50030 « Hémogramme complet » est de 0,80 \$.
- 3) La tarification du code 53040 « Étude des facteurs de l'érythropoïèse » est de 8,30 \$
- 4) La tarification du code 55120 « Étude d'une protéine marquée in vivo ou in vitro » est de 6,00 \$.

b) En hématologie, les gains de pratique moyens prévus pour la période du 1<sup>er</sup> juin 1986 au 31 mai 1987, sont de 147 549\$.

Tout dépassement observé pour cette période, est corrigé par une diminution équivalente des tarifs du laboratoire.

2. Les redressements tarifaires, visés au paragraphe b) de l'article 1, sont établis selon les modalités indiquées par la fédération et agréées par la ministre.

LE 22 DÉCEMBRE 1986.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 12 ET 13**LETTRE D'ENTENTE NO 12****LES VISITES****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

En CLSC, on applique, pour les visites, la même tarification qu'en centre hospitalier de soins prolongés.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE NO 13****CONCERNANT LE PAIEMENT DE CERTAINS TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE (RÉADAPTATION PHYSIQUE) DONNÉS EN CLINIQUE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La Régie défraie le coût de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique. Ce paiement est sujet aux conditions suivantes :

- a) Sont visées les personnes âgées de 65 ans ou plus, auxquelles une thérapie a été prescrite par un médecin physiatre.
- b) Les traitements sont donnés dans un cabinet privé, dont le propriétaire exploitant le 30 juin 1987 était un médecin physiatre.
- c) Les traitements sont administrés par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique, sur ordonnance médicale.

Le ratio maximal de patients confiés au thérapeute est de 4 par heure.

- + d) La tarification est de 13,20 \$ par traitement - maximum trois traitements par séance.
- + e) Les traitements de physiothérapie donnés en clinique sont sujets au plafonnement de gains de pratique de 38 240\$ par semestre.

Aucun honoraire n'est payé pour les traitements en surplus.

**AVIS :** *Inscrire le numéro de la clinique assigné par la Régie, dans la case ÉTABLISSEMENT.*

2. De plus, aux fins de l'application, au médecin physiatre, du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8, on ne tient compte, pour les gains de pratique provenant des traitements de physiothérapie prévus à la présente lettre d'entente, que de 30% de ces gains.

**LUCIENNE ROBILLARD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 14 ET 15

**LETTRE D'ENTENTE NO 14**

**CONCERNANT LA MÉDECINE NUCLÉAIRE**

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

La tarification de la médecine nucléaire s'applique, en outre, au médecin spécialiste auquel un centre hospitalier a accordé des privilèges d'exercice comportant l'usage de radionucléides chez l'humain et qui, au 1<sup>er</sup> janvier 1977, était détenteur d'un permis de la Commission de contrôle de l'énergie atomique, eu égard aux conditions et limitations stipulées par cette licence.

Le montant maximum d'honoraires qui peut être touché pour cette pratique d'appoint en médecine nucléaire, est de 25 000 \$ par semestre.

LE 6 MAI 1988.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 15**

**CONCERNANT LE PAIEMENT DE CERTAINS EXAMENS DE LABORATOIRE PRATIQUÉS CHEZ DES RÉSIDENTS D'UNE AUTRE PROVINCE DU CANADA.**

**IL EST AGRÉÉ :**

**1.** À l'égard des résidents d'une autre province du Canada, le centre hospitalier paie les honoraires médicaux pour les examens suivants;

- Ultrasonographie
- Tomographie par ordinateur
- Mammographie
- Angioradiologie complète (sauf l'interprétation seule)
- Résonance magnétique
- Radio-oncologie
- Médecine nucléaire in vivo

Ces honoraires sont établis suivant la tarification du régime québécois.

**2.** Le centre hospitalier règle les honoraires médicaux dans les délais prescrits par l'Accord-cadre du 22 décembre 1986.

Le médecin spécialiste peut exiger des intérêts pour retard de paiement, au taux et suivant les conditions prévues par cet accord-cadre.

**3.** La ministre adresse aux établissements hospitaliers une directive pour assurer l'application de la présente lettre d'entente.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

*ANNEXE 11 A. - LE - N° 17*

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 17**

**RELATIVE AUX CIRCONSTANCES JUSTIFIANT LA PRÉVALIDATION DES RELEVÉS D'HONORAIRES.**

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

La Régie apprécie un relevé d'honoraires avant d'en effectuer le paiement, dans les circonstances exceptionnelles suivantes :

- a. le médecin spécialiste a cessé d'être détenteur d'un permis de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, est devenu désengagé ou non participant;
- b. le médecin spécialiste a obtenu paiement d'un nombre important de relevés d'honoraires pour des soins médicaux qui ne sont pas assurés ou qu'il n'a pas fournis;
- c. le médecin est décédé;
- d. les honoraires du médecin font l'objet d'une saisie;
- e. en ce qui concerne les honoraires dus avant la date de la faillite, dans le cas d'un médecin qui est en faillite;
- f. le médecin qui a quitté le Québec ou il s'apprête à s'établir en dehors du pays;

En pareil cas, la Régie acquitte les relevés d'honoraires du médecin spécialiste après compensation de tout montant dont elle peut obtenir remboursement en vertu de l'Entente.

LE 6 MAI 1988.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 18 ET 19

**LETTRE D'ENTENTE NO 18**

**PRÉVOYANT LE PAIEMENT DE FORFAITS COMPENSATOIRES INTÉRIMAIRES AUX MÉDECINS PSYCHIATRES ET AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE.**

**IL EST AGRÉÉ CE QUI SUIT :**

1. À l'égard des dix premières vacances remplies au cours d'une semaine, on accorde une majoration de 10 % des honoraires.

Cette majoration s'applique pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 1987 au 31 mai 1988.

2. Les montants dus au titre de l'article 1 sont payés sous forme de forfaits compensatoires.

On suit le calendrier suivant :

- a. pour les vacances remplies entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre 1987, le forfait compensatoire est payé au plus tard le 1<sup>er</sup> mai 1988;
- b. pour les vacances remplies entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mars 1988, le forfait compensatoire est payé au plus tard le 1<sup>er</sup> août 1988;
- c. pour les vacances remplies entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 mai 1988, le forfait compensatoire est payé au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 1988.

3. La présente lettre d'entente prend effet le jour de sa signature.

LE 6 MAI 1988.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 19**

**CONCERNANT LA FACTURATION DES HONORAIRES FORFAITAIRES ET DU SALARIAT.**

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

1. La Régie établit une feuille d'activités pour la facturation des honoraires forfaitaires et du salariat, sur une base quotidienne.

Ce nouveau formulaire indique l'horaire des activités de la journée pour lesquelles on demande paiement.

Y sont identifiés les malades que le médecin spécialiste a eus sous ses soins et la nature de son intervention.

Certaines catégories de malades que déterminent les parties négociantes, sont identifiées par un numéro de groupe

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 20 ET 21

### LETTRE D'ENTENTE NO 20

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

1. Advenant que le gouvernement modifie sa politique de rémunération pour l'année 1989 pour accorder plus de 4 % de majoration des traitements, l'objectif tarifaire prévu pour la période commençant le 1<sup>er</sup> juin 1989, est augmenté d'autant.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE NO 21

#### CONCERNANT LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION ET DE SOINS À DOMICILE DE MALADES PULMONAIRES CHRONIQUES.

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

1. Le médecin pneumologue auquel un centre hospitalier confie la direction d'un programme de réadaptation et de soins à domicile de malades pulmonaires chroniques, est payé au tarif horaire pour sa participation au programme.
2. Le tarif horaire est de 95 \$ l'heure.
3. Le médecin pneumologue ne peut demander paiement suivant le mode de l'acte pour les soins qu'il donne aux malades inscrits dans le programme.
4. Cette lettre d'entente prend effet le 1<sup>er</sup> juin 1988.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS** : Utiliser les codes d'activités 004030 (Services cliniques), 004037 (Planification - programmation - évaluation) ou 004038 (Coordination).

ANNEXE 11 A. - LE - N° 23

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 23**

**PRÉVOYANT CERTAINES MODALITÉS EXCEPTIONNELLES D'APPLICATION DU PLAFONNEMENT D'ACTIVITÉS PA-6 - RADIOLOGIE.**

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

À l'égard du médecin radiologiste qui atteint le nombre-plafond, sont exemptés de l'application de la réduction de tarif les examens pratiqués dans certains centres hospitaliers éloignés.

Sont visés les établissements suivants :

**Région 01**

- Centre de santé de l'Archipel
- Cap aux Meules, Iles de la Madeleine
- Hôpital général de Gaspé - Gaspé
- Centre hospitalier de Chandler - Chandler
- Centre hospitalier de la Baie des Chaleurs - Maria
- Centre hospitalier de Matane - Matane
- Hôpital des Monts

**Région 02**

- Centre hospitalier de Dolbeau - Dolbeau

**Région 06B**

- Hôpital Sainte-Croix de Mont-Laurier
- Centre hospitalier des Laurentides - L'Annonciation

La présente lettre d'entente cesse d'avoir effet le 31 décembre 1988.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 25 ET 26**LETTRE D'ENTENTE NO 25****CONCERNANT LES PRATIQUES D'APPOINT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES SALARIÉS.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. À titre exceptionnel, un médecin spécialiste qui, au 30 avril 1988, était salarié, peut se prévaloir de la tarification à l'acte pour des soins qu'il donne dans le même établissement de même que pour 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 dispensés dans le même établissement.

Ces soins et ces services doivent toutefois s'adresser à des patients traités en externe.

Le maximum de gains de pratique additionnels qu'il peut tirer de cette pratique d'appoint est de 25 000\$ par année civile, à l'exclusion des services médico-administratifs rendus dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail.

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1<sup>er</sup> juin 1988.

À l'égard des gains de pratique additionnels, on ne tient pas compte des gains pour des prestations antérieures au 1<sup>er</sup> juin 1988.

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

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

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 26****CONCERNANT LES RENOUELEMENTS D'ORDONNANCE POUR LE TRAITEMENT D'UNE MALADIE CHRONIQUE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Aucune compensation n'est exigible d'un malade qui demande le renouvellement d'une ordonnance pour le traitement d'une maladie chronique.

2. Cette lettre d'entente est déclaratoire.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>os</sup> 28 ET 29

**LETTRE D'ENTENTE NO 28**

**CONCERNANT LA RADIO-ONCOLOGIE.**

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

1. À compter du 1<sup>er</sup> septembre 1988, les soins de radio-oncologie sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 29**

**CONCERNANT LE CENTRE DE SANTÉ DE L'HÉMATITE**

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

1. À l'égard des soins donnés au Centre de santé de l'Hématite, on applique la même tarification qu'en centre hospitalier de courte durée.

De même, on accorde les avantages de l'annexe 23 relative aux frais de déplacement.

**MARC-YVAN CÔTÉ**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 31

## LETTRE D'ENTENTE NO 31

## PRÉVOYANT DES DÉROGATIONS AU RÉGIME D'EXCLUSIVITÉ DE LA TARIFICATION HORAIRE.

Vu l'article 11.1 de l'Annexe 15,

## LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les médecins désignés par les parties négociantes peuvent être payés selon le mode de l'acte pour des soins donnés le même jour dans l'établissement.

Toutefois, cette dérogation ne leur permet pas d'être payés selon le mode de l'acte pour le soin d'un malade à l'égard duquel ils touchent des honoraires horaires.

Hôpitaux	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
<b>RÉGION 01</b>		
<b>Centre hospitalier régional de Rimouski</b>	Émond, Danielle Noël, Réal	Clinique de pré dialyse Clinique de pré dialyse
<b>RÉGION 03</b>		
<b>Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)</b>		
<b>Pavillon CHUL</b>	Bélanger, Sylvie  Deschênes, Marianne Frenette, Lyne Latulippe, Lucien Pichette, Jeanne Piuze, Geneviève	Clinique de suivi néonatal Clinique d'apnée Clinique d'apnée Unité de soins tertiaires Unité de soins palliatifs Clinique de suivi néonatal Clinique de suivi néonatal
<b>Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec</b>	Couture, Félix Lalancette, Marc	Programme de greffe de moelle Programme de greffe de moelle
<b>Centre hospitalier affilié universitaire de Québec</b>		
<b>Hôpital du St-Sacrement</b>	Côté, Marc-André Hamel, Jean Le Bouthillier, Pierre Poulin, Jean-François Pouliot, Claude J. Tessier, Yves Tremblay, J.-L. Guy	Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque
<b>Hôpital Laval</b>	Bergeron, Dollard Bergeron, Sébastien Boulet, Louis-Philippe Cantin, Bernard Cormier, Yvon Corriveau, Pierre Côté, Johanne Coulombe, Denis	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé Clinique d'insuffisance cardiaque Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé Clinique d'insuffisance cardiaque Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé Clinique d'insuffisance cardiaque

Hôpitaux	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
<b>Hôpital Laval</b> (suite)	Desmeules, Marc	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
	Gleeton, Onil	Clinique d'insuffisance cardiaque
	Laberge, Francis	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
	Lacasse, Yves	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
		Clinique MPOC
	Laforge, Jacques	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
		Clinique MPOC
	Lampron, Noël	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
		Clinique MPOC
	Lavolette, Michel	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
	Leblanc, Marie-Hélène	Clinique d'insuffisance cardiaque
	Leblanc, Pierre	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
	Maltais, François	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
		Clinique MPOC
Martel, Simon	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé	
Milot, Julie	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé	
	Clinique MPOC	
	Plante, Julie	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
	Proulx, Guy	Clinique d'insuffisance cardiaque
	Raby, Bruno	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
	Sénéchal, Mario	Clinique d'insuffisance cardiaque
	Simon, Mathieu	Clinique d'oncologie pulmonaire et programme spécialisé
<b>RÉGION 04</b>		
<b>Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (Pavillon Sainte-Marie)</b>	Arcand-Bossé, François	Clinique de pré dialyse
	Bernard, Jacques	Clinique de pré dialyse
	Bessette, Maral Annaïk	Clinique de pré dialyse
	Corbeil, François	Clinique spécialisée de MPOC
	Gauthier, Patrice	Clinique spécialisée de MPOC
	Lambert, France	Clinique de pré dialyse
	Lapointe, Michel	Clinique spécialisée de MPOC
	Moreau, Vincent	Clinique de pré dialyse
	Turcot, Richard	Clinique de pré dialyse
	Youmbissi Tchetagni, Joseph	Clinique de pré dialyse
<b>RÉGION 05</b>		
<b>Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke Hôpital Fleurimont</b>	Bégin, Raymond	Clinique externe de pneumologie
		Programme maintien à domicile des patients MPOC
	Boileau, Robert	Clinique externe de pneumologie
	Cantin, André	Clinique externe de pneumologie
	Cloutier, Christian	Clinique multidisciplinaire de la douleur
	Coll, Bernard	Clinique externe de pneumologie
	Deschênes, Julie	Clinique externe de pneumologie
		Programme maintien à domicile des patients MPOC
	Gagnon, Sylvie	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
	Larivée, Pierre	Clinique externe de pneumologie
	Lesur, Olivier Jean	Clinique externe de pneumologie
	Vézina, Yves	Clinique externe de pneumologie
<b>Hôtel-Dieu</b>	Ayala Paredes, Félix Alejandro	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
	Brochu, Marie-Claude	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
	Côté, Michel	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
	Dalery, Karl	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
	Gagnon, Sylvie	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire
	Gervais, André	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire

Hôpitaux	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
<b>Hôtel-Dieu</b> (suite)	Harvey, Richard Lepage, Serge Nguyen, Michel	Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire Centre de réadaptation cardio-pulmonaire

**RÉGION 06****Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM)****Hôtel-Dieu**

Amyot, Robert	Soins ambulatoires et programme Prisme
Bergeron, Céline	Soins ambulatoires et programme Prisme
Berthiaume, Yves	Clinique de fibrose kystique
Bolduc, Philippe-P.	Soins ambulatoires et programme Prisme
Jeanneret, Alphonse	Clinique de fibrose kystique
Jobin, Vincent	Soins ambulatoires et programme Prisme
Lavoie, Annick	Clinique de fibrose kystique
Mayer, Pierre	Soins ambulatoires et programme Prisme
Poirier, Claude	Soins ambulatoires et programme Prisme
Renzi, Paolo	Soins ambulatoires et programme Prisme
Silviet Carricart, Maite	Soins ambulatoires et programme Prisme

**Hôpital Notre-Dame**

Bergeron, Céline	Soins ambulatoires et programme Prisme
Gagnon, Michel	Soins ambulatoires et programme Prisme
Gauthier, Richard	Clinique de greffe pulmonaire
Jean-François, Rita	Clinique de greffe pulmonaire
Jobin, Vincent	Soins ambulatoires et programme Prisme
Lands, Larry	Clinique de greffe pulmonaire
Lavoie, Annick	Soins ambulatoires et programme Prisme
Mayer, Pierre	Soins ambulatoires et programme Prisme
Perreault, Jean-L.	Soins ambulatoires et programme Prisme
Poirier, Charles	Clinique de greffe pulmonaire
Poirier, Claude	Soins ambulatoires et programme Prisme
Renzi, Paolo	Soins ambulatoires et programme Prisme
Silviet Carricart, Maite	Soins ambulatoires et programme Prisme

**Hôpital St-Luc**

Bergeron, Céline	Soins ambulatoires et programme Prisme
Braidy, Joseph	Soins ambulatoires et programme Prisme
Chassé, Marc	Soins ambulatoires et programme Prisme
Corbeil, Claude	Soins ambulatoires et programme Prisme
Jobin, Vincent	Soins ambulatoires et programme Prisme
Mantha, Jean	Soins ambulatoires et programme Prisme
Matar, Nadim	Soins ambulatoires et programme Prisme
Mayer, Pierre	Soins ambulatoires et programme Prisme
Poirier, Claude	Soins ambulatoires et programme Prisme
Silviet Carricart, Maite	Soins ambulatoires et programme Prisme

Hôpitaux	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
<b>Centre universitaire de santé McGill (CUSM)</b>		
<b>Hôpital neurologique de Montréal</b>	Deutsch-Anderman, Eva	Clinique de médecine génétique
<b>Hôpital Royal Victoria</b>	Davis, Geoffrey Michael	Clinique de pneumologie à l'unité de soins intensifs néonatale
	Klein, Marina	Unité d'immunodéficience
	Lalonde, Richard	Unité d'immunodéficience
	Leduc, Denis	Clinique de suivi néonatal
	Riley, Patricia	Clinique de développement pédiatrique
<b>L'Hôpital de Montréal pour Enfants</b>	Allard, Manon	Suivi médical auprès des patients ayant un état exceptionnel
	Chan-Yip, A.	Centre de consultation pédiatrique
	Cummings, Carl	Centre de consultation pédiatrique
	Ducharme, Francine	Centre de consultation pédiatrique
	Métrakos, Stéphanie	Centre d'asthme
	Rabin, David	Suivi médical auprès des patients ayant un état exceptionnel
	Rosenfeld, Robert	Centre de consultation pédiatrique
	Rossy, Paul Edward	Centre de consultation pédiatrique
	Roumeliotis, Paul	Centre de consultation pédiatrique
	Sénécal, Pierre Étienne	Centre de consultation pédiatrique
	Tse, Olivia	Service de toxicologie médicale et pharmacologie clinique
		Centre de consultation pédiatrique
<b>Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal</b>	Beaubien, Guy	Clinique de la douleur
	Bellemare, Patrick	Clinique externe de pneumologie
	Boulangier, Aline	Clinique de la douleur
	Cartier, André	Clinique externe de pneumologie
	Choquet, Yves	Clinique externe insuffisance cardiaque
	Desjardins, Alain	Clinique ajustement de l'anticoagulation
	Doucet, Michel	Clinique externe de pneumologie
	Dugas, Mario	Clinique externe insuffisance cardiaque
	Gauthier, Jean-Jacques	Clinique ajustement de l'anticoagulation
	Hamel, Denis	Clinique externe de pneumologie
	Henri, Richard	Clinique externe de pneumologie
	Julien, Marcel	Clinique externe de pneumologie
	Labrecque, Manon	Clinique externe de pneumologie
	Lafond, Chantal	Clinique externe de pneumologie
	Lemière, Catherine	Clinique externe de pneumologie
	Malo, Jacques	Clinique externe de pneumologie
	Malo, Jean-Luc	Clinique externe de pneumologie
	Martin, Richard	Clinique externe de pneumologie
	Massé, Edith	Clinique externe de pneumologie
	Nadeau, Réginald	Clinique de la douleur
	Noël, Louis-Philippe	Clinique externe insuffisance cardiaque
	Palisaitis, Donald	Clinique ajustement de l'anticoagulation
		Clinique ajustement de l'anticoagulation
		Clinique externe insuffisance cardiaque
		Clinique ajustement de l'anticoagulation

Hôpitaux	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
<b>Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal</b> (suite)	Parenteau, Simon Schampaert, Erick	Clinique externe de pneumologie Clinique externe insuffisance cardiaque Clinique ajustement de l'anticoagulation
	Terriault, Paul	Clinique externe insuffisance cardiaque Clinique ajustement de l'anticoagulation
	Tessier, Pierre	Clinique externe insuffisance cardiaque Clinique ajustement de l'anticoagulation
	Tremblay, Isabelle	Clinique de la douleur
<b>Hôpital Maisonneuve-Rosemont</b>	Beaupré, Alain	Clinique externe de pneumologie
	Boucher, Anne	Programme de greffe rénale
	Dandavino, Raymond	Programme de greffe rénale
	Debs, Negib	Clinique psychosociale
	Faucher, Frédéric	Clinique d'enfant maltraité Clinique psychosociale
	Gagnon, Christiane	Clinique psychosociale
	Gauthier, Richard	Clinique externe de pneumologie
	Grégoire, Pierre	Clinique externe de pneumologie
	Hamaoui, Charles	Clinique psychosociale
	Le, Tuyet-Diem	Clinique psychosociale
	Leblanc, Martine	Clinique de pré dialyse
	Leblond, Hélène	Clinique psychosociale Clinique de tuberculose
	Légaré, Martin	Clinique externe de pneumologie
	Legault, Laurent	Clinique psychosociale Clinique de diabète
	Lord, Hélène	Programme de greffe rénale
	Luong, Tinh Nhan	Clinique psychosociale
	Medou Ntyame, Léopold	Clinique psychosociale
	Nepveu, François	Clinique externe de pneumologie
	Panet-Raymond, Dominique	Clinique psychosociale Clinique de troubles de comportement
	Pedneault, Caroline	Clinique psychosociale Clinique de tuberculose infantile
	Perraton-Brillon, Mélanie	Clinique externe de pneumologie
	Pichette, Vincent	Clinique de pré dialyse
	Rashed, Selim	Clinique psychosociale Clinique de tuberculose
Rosenfeld, Robert	Clinique psychosociale Clinique de diabète Clinique d'enfant maltraité	
Saintonge, Jacques	Clinique d'enfant maltraité	
Sénécal, Lynne	Programme de greffe rénale	
Spigelblatt, Linda	Clinique psychosociale	
Thibert, D'Arcy	Clinique externe de pneumologie	
Tremblay, Candide	Clinique externe de pneumologie	
Tremblay, Jacques	Clinique externe de pneumologie	

Hôpitaux	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
<b>Hôpital Ste-Justine - CHU Mère-Enfant</b>	LeMay, Mireille	Centre maternel et infantile sur le SIDA Clinique de pédiatrie générale Programme antibiothérapie à domicile
<b>Institut de cardiologie de Montréal</b>	Burelle, Denis Ducharme, Anique Dupuis, Jocelyn Lam-Yuk-Tseung, Jules C.C. Nigam, Anil O'Meara, Eileen Racine, Normand Rouleau, Jean-Lucien White, Michel	Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque Clinique de défaillance cardiaque
<b>L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis</b>	Agulnik, Jason Scott Chertkow, Howard Cummings, Carl Ferdinand, Jae-Marie-D. Frank, Harold. Hirsch, Andrew Hortop, John Kimia, Dyan Kreisman, Harvey Mandel, Ruth Nasreddine, Ziad Palayew, Mark Pelausa, Ermelinda Small, David Wiener, Fred Wolkove, Norman	Clinique de pneumo-oncologie Clinique externe de gériatrie Centre primaire de soins en pédiatrie Clinique de suivi des prématurés et des nouveaux-nés Clinique de pneumo-oncologie Clinique de pneumo-oncologie Centre primaire de soins en pédiatrie Clinique de suivi néonatal Clinique de pneumo-oncologie Clinique de suivi des prématurés et des nouveaux-nés Clinique de la mémoire Clinique de pneumo-oncologie Clinique de suivi de prématurés Clinique de pneumo-oncologie Centre primaire de soins en pédiatrie Clinique de pneumo-oncologie
<b>RÉGION 07</b>		
<b>CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau)</b>	Starra, Ron,	Clinique MPOC
<b>CSSS de Gatineau (Pavillon de Hull)</b>	Côté, Gilles-E.	Clinique de fibrose kystique Clinique de sclérose en plaques et maladies neuromusculaires Clinique MPOC
<b>RÉGION 11</b>		
<b>Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs</b>	Audet, Richard	Centre d'asthme Clinique d'investigation des maladies pulmonaires Clinique d'investigation de l'apnée du sommeil Développement de la clientèle en médecine de jour

Hôpitaux	Médecins	Dénomination de l'unité ou de la clinique visée par la dérogation
<b>RÉGION 13</b>		
<b>Centre ambulatoire régional de Laval</b>	Corneille, Louise	Clinique de pré dialyse
	Desjardins, Marie-Hélène	Clinique de pré dialyse
	Marcotte, Jean	Clinique de pré dialyse
	Prud'homme, Louis	Clinique de pré dialyse
	Raymond, Martine	Clinique de pré dialyse
	Tremblay, Richard	Clinique de pré dialyse
	Vézina, Danielle	Clinique de pré dialyse
<b>RÉGION 14</b>		
<b>Centre hospitalier régional De Lanaudière</b>	Létourneau, Isabelle Sarrazin, Anne-Marie	Programme de greffe rénale Clinique spécialisée de sclérose en plaques

2. Les dérogations établies par la présente lettre d'entente ont effet au jour qu'indique l'avis d'autorisation de paiement au tarif horaire.

SIGNÉ À Québec, le 18<sup>e</sup> jour de janvier 2006.

**PHILIPPE COUILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 32 ET 34

### LETTRE D'ENTENTE NO 32

#### CONCERNANT LE PAIEMENT D'ÉMOLUMENTS DE RÉGIE AU MÉDECIN-CHEF D'UN DÉPARTEMENT HOSPITALIER DE PSYCHIATRIE.

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

Pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 1988, le médecin psychiatre qui est médecin-chef d'un département hospitalier, est payé par la Régie pour le temps qu'il consacre aux fonctions de régie de son département, sur présentation d'une attestation de sa nomination donnée par le secrétaire du conseil d'administration de l'hôpital.

Ces émoluments sont également payés au médecin psychiatre qui remplace le médecin-chef, lors d'un congé.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** *En conformité avec la Lettre d'entente n° 42, la présente Lettre d'entente prenait fin le 31 mars 1989.*

---

### LETTRE D'ENTENTE NO 34

#### CONCERNANT LE SALARIAT.

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

1. Sont payés selon le mode du salariat, pour leur pratique en établissement, les médecins dont les noms suivent :

ANDRÉ TOURIGNY, médecin spécialiste en santé communautaire - 1<sup>er</sup> mars 1990

BERNARD POULIOT, médecin spécialiste en santé communautaire - 25 juillet 1994

MARIE-JEANNE KERGOAT, gériatre - 1<sup>er</sup> février 1989

ODETTE LAPLANTE, médecin spécialiste en santé communautaire - 22 janvier 1996

PIERRE L. AUGER, médecin spécialiste en hématologie - 1<sup>er</sup> juillet 1998

2. Les autorisations de salariat prennent effet au jour indiqué au paragraphe 1 des présentes pour chacun des médecins concernés. Elles cessent à la date de réception par la Régie d'un avis écrit du médecin à l'effet qu'il désire abandonner ce mode de rémunération ou à toute autre date que le médecin indique dans cet avis, si cette date est postérieure à la date de réception de l'avis par la Régie.

La Régie expédie copie de cet avis du médecin aux parties négociantes.

SIGNÉ À Québec, le 8<sup>e</sup> jour de septembre 1994.

**LUCIENNE ROBILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 35

## LETTRE D'ENTENTE NO 35

## CONCERNANT DES DÉROGATIONS RELATIVES AU PAIEMENT DU TARIF HORAIRE. ANNEXE 15.

Vu l'article 16 de l'Annexe 15.

## LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À titre exceptionnel, donnent droit au paiement suivant le mode du tarif horaire :

**1.1** À la clinique de protection de l'enfance, à la clinique de médecine socio-juridique et au programme de santé Enfance-jeunesse de l'Hôpital Sainte-Justine : l'étude du dossier d'un enfant, les communications avec les intervenants du réseau et de la Justice.

**AVIS :** *Utiliser les codes d'activités 021054 (Étude du dossier d'un enfant) ou 021055 (Communications).*

**1.2** À la clinique de protection de l'enfance du Centre hospitalier de l'Université Laval : l'étude du dossier d'un enfant, les communications avec les intervenants du réseau et de la Justice.

**AVIS :** *Utiliser les codes d'activités 021054 (Étude du dossier d'un enfant) ou 021055 (Communications).*

**1.3** À la clinique des adolescents de l'Hôpital Sainte-Justine : le temps consacré à l'étude du dossier d'un enfant, les communications avec les proches et les entrevues avec les intervenants du réseau et de la Justice.

**AVIS :** *Utiliser les codes d'activités 021054 (Étude du dossier d'un enfant) ou 021055 (Communications).*

**1.4** À l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal: l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comportant un rapport au dossier médical du patient.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 021059 (Évaluation en externe, au vu du dossier médical d'un malade).*

**1.5** Au Centre Anti-poison du Centre hospitalier de l'Université Laval : la couverture professionnelle pour les problèmes d'empoisonnement aigu.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 021087 (Couverture professionnelle pour problème d'empoisonnement aigu).*

**1.6** Au Centre Anti-poison de l'Hôpital Sainte-Justine: la couverture professionnelle pour les problèmes d'empoisonnement aigu.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 021087 (Couverture professionnelle pour problème d'empoisonnement aigu).*

**1.7** Au Centre majeur interdisciplinaire de l'évaluation et du traitement de la douleur de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal : l'étude du dossier médical et la participation à l'équipe multidisciplinaire dans le cadre des activités de la Clinique anti-douleur.

**AVIS :** *Utiliser les codes d'activités 021031 (Étude du dossier) ou 021032 (Rencontres multidisciplinaires).*

**1.8** Au Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comportant un rapport au dossier médical du patient.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activité 021059 (Évaluation en externe, au vu du dossier médical d'un malade).*

**1.9** À la clinique multidisciplinaire de gestion de la douleur de l'Hôpital Charles Lemoyne : l'étude du dossier médical et la participation à l'équipe multidisciplinaire dans le cadre des activités de la clinique anti-douleur.

**AVIS :** *Utiliser les codes d'activités 021031 (Étude du dossier) ou 021032 ( Rencontres multidisciplinaires).*

**1.10** À la clinique anti-douleur du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Campus Notre-Dame : l'étude du dossier médical et la participation à l'équipe multidisciplinaire.

*Utiliser les codes d'activités 021031 (Étude du dossier) ou 021032 ( Rencontres multidisciplinaires).*

**1.11** Au Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval : l'étude du dossier médical et la participation à l'équipe multidisciplinaire dans le cadre des activités effectuées par les médecins pédiatres.

**AVIS :** *Utiliser les codes d'activités 021031 (Étude du dossier) ou 021032 ( Rencontres multidisciplinaires).*

**1.12** Au CHUS - Hôpital Fleurimont : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré d'investigation externe, comportant un rapport au dossier médical du patient.

**1.13** À l'hôpital Laval : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de patients affectés d'insuffisance cardiaque, dans le cadre du programme structuré de clinique d'insuffisance cardiaque, comportant un rapport au dossier médical du patient.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 021059 (Évaluation en externe, au vu du dossier médical d'un malade).*

**1.14** Au CHUM – Hôpital Notre-Dame, Hôpital Saint-Luc et Hôtel-Dieu : l'évaluation en externe, au vu du dossier médical, de malades atteints d'une pathologie pulmonaire, dans le cadre du programme structuré de soins ambulatoires et du Programme PRISME, comportant un rapport au dossier médical du patient.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 021059 (Évaluation en externe, au vu du dossier médical d'un malade).*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24<sup>e</sup> jour d'avril 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

*Voir les modalités de facturation dans la Brochure N° 2 - Spécialistes.*

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 36 ET 37

### LETTRE D'ENTENTE NO 36

#### CONCERNANT CERTAINS CLASSEMENTS EXCEPTIONNELS.

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

1. Les parties négociantes peuvent convenir de classements exceptionnels afin d'attribuer à un médecin spécialiste une spécialité de classement différente de la spécialité de certification qui lui a été attribué par le Collège des médecins, lorsqu'il est démontré que son activité professionnelle est effectuée au sein de cette spécialité de classement.
2. Les parties négociantes avisent la Régie des classements exceptionnels dont elles conviennent.
3. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2007.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE NO 37

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

1. Le docteur Céline Rousseau, médecin pédiatre, est payée selon la tarification de la microbiologie pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 1991.
2. Le docteur Julie Saint-Cyr, médecin pathologiste, est payée selon le tarif de la biochimie pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 1991.
3. Le docteur Daniel Eymard, médecin interniste, est payé selon le tarif de la microbiologie pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 7 novembre 1991.

**MARC-YVAN CÔTÉ**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 38 ET 39

**LETTRE D'ENTENTE NO 38**

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

1. La Régie effectue les précomptes que lui indiquent les parties négociantes.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 39**

**CONCERNANT LES DÉROGATIONS RECOMMANDÉES PAR LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC SUIVANT LA CLAUSE 1.3 DU TARIF DE LA MÉDECINE DE LABORATOIRE.**

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

1. Est adoptée la recommandation donnée le 12 avril 1988 par la Corporation professionnelle des médecins du Québec au sujet de certains examens d'immunologie pratiqués par le docteur Kirk Osterland à l'Hôpital Royal Victoria.
2. Est adoptée la recommandation donnée le 7 juillet 1989 par la Corporation professionnelle des médecins du Québec au sujet de certains examens d'immunologie pratiqués par le docteur Ronald Guttman à l'Hôpital Royal Victoria.

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

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

ANNEXE 11 A. - LE - N° 40

**LETTRE D'ENTENTE NO 40****CONCERNANT LA TARIFICATION HORAIRE POUR LA CLINIQUE (ANNEXE 15), LE WEEK-END ET LES JOURS FÉRIÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DES RÉGIONS 10A ET 10B.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

À titre exceptionnel, les médecins spécialistes établis dans les régions 10A et 10B peuvent être payés au tarif horaire pour les soins qu'ils donnent le week-end et un jour férié.

**AVIS** : *Utiliser les codes d'activités suivants : 002064 ou 022064 (Services cliniques fournis les week-end et les jours fériés).*

Il en est de même des médecins spécialistes qui agissent comme consultants dans le cadre des missions du Grand-Nord.

**AVIS** : *Tout médecin spécialiste se rendant dispenser des services dans un des établissements des régions visées par cette lettre d'entente est considéré agir comme consultant dans le cadre des missions du Grand-Nord.*

*La région 10 A correspond maintenant à la région 17 : le Nunavik et la région 10 B correspond maintenant à la région 18 : Conseil Crí de la Santé et des services sociaux de la Baie James.*

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

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 41

## LETTRE D'ENTENTE NO 41

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

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

Le tarif horaire est de 95 \$.

2. Sont visés les services suivants :

a. Service de base du laboratoire.

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

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

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

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

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

c. Préparation des feuillets pour transplantation.

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

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

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

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

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

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

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

### LETTRE D'ENTENTE NO 42

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

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

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

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE NO 43

#### CONCERNANT LA BANQUE D'YEUX DU CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ LAVAL.

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

1. Les médecins ophtalmologistes du CHUL, chargés de la Banque d'yeux nationale, sont payés aux taux horaire pour cette activité.

Le tarif horaire est de 95 \$.

2. Sont ainsi payés au tarif horaire :

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

**AVIS :** Utiliser le code d'activités 024030 (Services cliniques).  
Voir les modalités de facturation de l'Annexe 15, Brochure No 2 - Spécialistes.

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

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 44, 45 ET 46

**LETTRE D'ENTENTE NO 44**

**CONCERNANT LA TARIFICATION DE LA MÉDECINE NUCLÉAIRE IN VIVO**

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

1. À compter du 1<sup>er</sup> septembre 1989, les examens de médecine nucléaire in vivo sont facturés en utilisant le formulaire des visites.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 45**

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

1. Le médecin qui ne justifie pas d'un certificat de spécialiste en médecine de laboratoire, auquel les parties négociantes ont reconnu le droit de se prévaloir de la tarification d'une ou plusieurs disciplines de la médecine de laboratoire, est payé aux trois-quarts du tarif pour cette pratique.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 46**

**CONCERNANT LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE**

Considérant l'évolution récente de la technologie relativement à la chirurgie réfractive.

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

1. De créer un comité conjoint composé de médecins ayant mandat de réévaluer les critères permettant d'identifier les pathologies oculaires qui peuvent être traitées par la chirurgie réfractive.

2. Ce comité fait rapport aux parties négociantes d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, le 24<sup>e</sup> jour d'avril 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

*ANNEXE 11 A. - LE - N° 48 ET L'ANNEXE*

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 48**

**CONCERNANT LES FRAIS TECHNIQUES D'AUDIOMÉTRIE PAYÉS PAR LE MÉDECIN OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE, EN CENTRE HOSPITALIER.**

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

**1.** La Régie rembourse les frais techniques de procédé d'audiométrie assumés par le médecin ORL qui fournit, outre son service médical, les services d'un audiologiste (ou d'un technicien) et un équipement portatif d'audiométrie.

Ce remboursement est établi suivant la tarification prévue dans l'Entente.

**2.** La présente lettre d'entente s'applique aux médecins ORL dont les noms apparaissent dans la liste en annexe, pour leur pratique dans les établissements y indiqués.

Un établissement cesse d'être visé par la présente lettre d'entente lorsqu'il offre les services d'un audiologiste et l'équipement d'audiométrie.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**ANNEXE (LETTRÉ D'ENTENTE NO 48)**

DOCTEURS ROBERT A. BERTRAND ET ARMAND ARSENAULT

- Centre de santé Isle-Dieu -Matagami
- Hôpital de Chibougamau

DOCTEURS CLAUDE BÉLANGER, IVAN LANDRY ET SERGE PARADIS

- Hôpital St-Sauveur de Val d'or

ANNEXE 11 A. - LE - N° 49 ET L'ANNEXE

## LETTRÉ D'ENTENTE NO 49

### CONCERNANT CERTAINES MESURES DE DÉPANNAGE EXCEPTIONNELLES EN RADIOLOGIE.

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

##### ARTICLE 1.

###### POOL DE DÉPANNAGE

**1.1** La fédération, avec l'appui de l'Association des radiologistes du Québec, crée un pool de dépannage, en radiologie.

Ce Pool de dépannage - Régions est formé de médecins radiologistes qui acceptent de faire du dépannage dans les régions, comme mesure transitoire.

**1.2** Le Pool de dépannage - Régions fait en sorte d'assurer au centre hospitalier qu'il dessert, la présence régulière d'un médecin radiologiste consultant.

Au besoin, pour les examens de graphie en attente, on ajoute aux services du consultant visiteur, les services de consultation selon la modalité valise fax.

##### ARTICLE 2.

###### DEMANDES DE DÉPANNAGE

**2.1** Les demandes de dépannage sont transmises par la personne que désigne la direction des affaires professionnelles du MSSS.

Elles sont adressées au coordonnateur du Pool de dépannage - Régions que nomme l'Association des radiologistes du Québec.

##### ARTICLE 3.

###### TARIFICATION

**3.1** Les examens de radiologie pratiqués dans les hôpitaux visés par la présente lettre d'entente, sont payés conformément au tarif.

Toutefois, le médecin radiologiste ne touche pas de majoration de rémunération différente. Celle-ci est versée au Pool de dépannage - Régions qui en fait emploi pour le paiement d'incitatifs.

##### ARTICLE 4.

###### FACTURATION

**4.1** Le Pool de dépannage - Régions autorise et transmet, en qualité de tiers autorisé, la facturation des examens fournis suivant la présente lettre d'entente.

**4.2** La Régie accorde au Pool de dépannage - Régions les avances de fonds déterminées par les parties négociantes, pour le paiement d'incitatifs.

##### ARTICLE 5.

###### APPLICATION

**5.1** Sont visés par les mesures de dépannage exceptionnelles envisagées par la présente lettre d'entente, les établissements hospitaliers dont la liste apparaît en annexe.

Cette lettre d'entente prend effet au jour de l'adoption du décret prévu au mémoire d'intention signé par la ministre, le 5 avril 1989, concernant la création d'un contingent de postes protégés pour la radiologie en région.

**THÉRÈSE LAVOIE-ROUX**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PAUL DESJARDINS**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

AVIS : Voir l'annexe à la Lettre d'entente n° 49, à la page suivante.

**ANNEXE** (*LETTRE D'ENTENTE NO 49*)

**LISTE DES ÉTABLISSEMENTS**

**Région 01**

- C.S. de l'Archipel
- C.H. de Chandler
- C.H. Baie-des-Chaleurs
- C.H. de Matane
- Hôpital de Gaspé
- Hôpital des Monts

**Région 02**

- C.H. de Dolbeau

**Région 06B**

- C.H. Notre-Dame de Ste-Croix, Mont-Laurier

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 51, 52 ET 53

**LETTRE D'ENTENTE NO 51**

**CONCERNANT LA CHIRURGIE BUCCALE ET MAXILLO-FACIALE**

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

1. Le médecin spécialiste auquel un malade est dirigé en consultation par un chirurgien buccal, a droit au supplément de consultation pour sa visite.

S'il s'agit d'un chirurgien, il reçoit le supplément de consultation interdisciplinaire.

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

**PAUL DESJARDINS.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 52**

**CONCERNANT CERTAINS MÉDECINS SALARIÉS**

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

1. Les médecins salariés qui ont été engagés pour une semaine de travail de 40 heures ou plus, peuvent continuer d'être payés sur la base d'une semaine de travail de la même durée.

De même, ces médecins peuvent continuer de bénéficier d'avantages sociaux calculés sur la base de leur semaine de travail - maximum 45 heures.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 53**

**CONCERNANT LES MISSIONS SUR LES TERRITOIRES DE LA BASSE-CÔTE-NORD**

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

1. Les médecins qui se rendent sur la Basse Côte-Nord pour y dispenser des soins spécialisés dans le cadre d'une mission occasionnelle organisée sous l'autorité du ministre, peuvent se prévaloir du tarif horaire.

Ils sont alors payés suivant ce tarif pendant toute la durée de leur séjour, les week-ends et les jours fériés compris - maximum 21 jours par trimestre et par discipline. On applique un tarif horaire de 95 \$.

**AVIS :** Utiliser le code d'activités 026030 (Services cliniques).

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

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - Nos 55 ET 56

### LETTRÉ D'ENTENTE NO 55

#### CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

**CONSIDÉRANT** les critères de gains de pratique prévus à l'article 2 de l'Annexe 9 pour avoir droit au remboursement d'une quote part de la prime d'assurance responsabilité professionnelle.

**CONSIDÉRANT** que certains médecins exerçant en milieu universitaire ne rencontrent pas ces critères de gains de pratique en raison du niveau de leurs activités académiques mais doivent tout de même assumer diverses tâches cliniques et acquitter leur prime d'assurance responsabilité professionnelle.

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

1. Nonobstant l'article 2 de l'Annexe 9, les parties négociantes peuvent, sur autorisation spécifique, donner droit aux bénéficiaires de l'Annexe 9 au médecin spécialiste qui exerce en milieu universitaire et dont les gains de pratique au cours d'une année civile sont inférieurs à 52 704 \$ en raison de son niveau d'activités académiques.

2. La Régie donne effet aux avis d'autorisation transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8e jour de mars 2000.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRÉ D'ENTENTE NO 56

#### CONCERNANT LA PRATIQUE AU TARIF HORAIRE EN TEMPS PARTAGÉ. ANNEXE 15.

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

1. Celui qui pratique au tarif horaire dans plus d'un établissement, est sujet au plafonnement établi par l'article 12 de l'Annexe 15.

Les heures additionnelles sont autorisées par le médecin-chef du département dans lequel le médecin spécialiste prolonge son service, au delà de la prestation de 7 heures pour la journée.

Dans ses notes explicatives, le médecin spécialiste indique l'horaire de ses activités pour la journée.

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 1990.

À l'égard des heures additionnelles effectuées avant le 31 décembre 1989, le médecin spécialiste visé par la présente lettre d'entente, n'est pas tenu de fournir des notes explicatives.

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

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 57 ET 58

**LETTRE D'ENTENTE NO 57**

**CONCERNANT L'ANNEXE 5. RÈGLES DE TARIFICATION DU TARIF DE LA MÉDECINE DE LABORATOIRE.**

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

1. Les clauses 2.4 et 4.2 de l'Addendum 5. Microbiologie, du Tarif de la médecine de laboratoire prévoyant le calcul de la modulation de disponibilité relative prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier 1990.

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

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 58**

**CONCERNANT LA CLINIQUE DE RADIOLOGIE MAISONNEUVE-ROSEMONT.**

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

1. Les parties négociantes conviennent d'analyser périodiquement l'impact de l'implantation de la Clinique de radiologie de la Polyclinique Maisonneuve-Rosemont sur les gains de pratique en radiologie et d'en tenir compte dans leurs évaluations tarifaires.

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

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 59 ET L'ANNEXE

### LETTRE D'ENTENTE NO 59

#### CONCERNANT CERTAINES MESURES DE DÉPANNAGE EXCEPTIONNELLES EN RADIOLOGIE.

VU LA LETTRE D'ENTENTE NO 49

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

##### DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Les services radiologiques rendus dans les établissements énumérés en annexe, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 octobre 1989, ne sont pas sujets au plafonnement d'activités PA-6.

À compter du 1<sup>er</sup> novembre 1989, sont exemptés du plafonnement d'activités PA-6, les honoraires versés au Pool de pratique - Régions.

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

**PAUL DESJARDINS**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

#### ANNEXE (LETTRE D'ENTENTE NO 59)

#### LISTE DES ÉTABLISSEMENTS

##### Région 01

- C.S. de l'Archipel
- C.H. de Chandler
- C.H. Baie-des-Chaleurs
- C.H. de Matane
- Hôpital de Gaspé
- Hôpital des Monts

##### Région 02

- C.H. de Dolbeau

##### Région 06B

- C.H. Notre-Dame de Ste-Croix, Mont-Laurier

**AVIS :** Voir l'AVIS DE PARTICIPATION à la page suivante.

---

#### AVIS DE PARTICIPATION

Par la présente, j'informe la Régie de l'assurance maladie du Québec que j'entends participer au Pool de dépannage - Régions, aux conditions établies par les Lettres d'entente n° 49 et 59, intervenues entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Ma participation me permettra de toucher le tarif régulier pour ma pratique dans les hôpitaux visés par la Lettre d'entente n° 59.

Quant au supplément de rémunération différentielle, il sera utilisé selon les fins déterminées par le comité de direction du Pool de dépannage - Régions nommé par la FMSQ sur la recommandation de mon association professionnelle.

Le présent avis de participation s'applique à l'égard de ma pratique en région depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1989.

LE 1989

.....  
(signature du médecin)

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>os</sup> 60, 61 ET 62**LETTRE D'ENTENTE NO 60****CONCERNANT CERTAINS PROCÉDÉS CHIRURGICAUX EXÉCUTÉS EN CARDIOLOGIE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

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

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 61****CONCERNANT LA TARIFICATION DE CERTAINS SERVICES EN RADIOLOGIE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

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

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 62****CONCERNANT L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE POUR CURE FERMÉE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 64 ET 65**LETTRE D'ENTENTE NO 64****CONCERNANT L'EXAMEN D'UN ENFANT SUIVANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

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

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

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

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

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

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE NO 65****CONCERNANT LE CENTRE « DERNIER RECOURS »****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

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

**MARC-YVAN CÔTÉ**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**ROBERT MARIER, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 66 ET 67**LETTRE D'ENTENTE NO 66****CONCERNANT LES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Des honoraires de 95 \$ l'heure sont payés au médecin pour le temps qu'il consacre aux activités de préparation d'une transplantation d'organes.
2. Le médecin indique dans son relevé d'honoraires les activités de préparation qu'il a faites, en mentionnant leur durée respective.
3. Le médecin peut facturer selon le mode de l'acte pour des soins donnés à d'autres patients le même jour dans l'établissement.

**AVIS :** - *Inscrire le numéro d'assurance maladie du donneur ou du receveur québécois, selon le cas, ou les prénom, nom, date de naissance, sexe et adresse du donneur non québécois; dans ce dernier cas, si le receveur est identifiable, indiquer son numéro d'assurance maladie dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES et inscrire un « A » dans la case C.S.;*

- *Inscrire le code 00510 dans la case ACTES:*

- *Inscrire le nombre d'heures dans la case UNITÉS:*

- *Inscrire le code de l'établissement;*

- *Inscrire les activités de préparation et leur durée respective dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.*

4. Ces dispositions s'appliquent aux demandes de paiement présentées à la Régie de l'assurance maladie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1989.

À compter du 1<sup>er</sup> septembre 1997, cette lettre d'entente ne s'applique pas au médecin spécialiste en chirurgie générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de décembre 1992.

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

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

**LETTRE D'ENTENTE NO 67****CONCERNANT PIERRE R. LABERGE, MÉDECIN MICROBIOLOGISTE, SERGE BRETON, MÉDECIN PSYCHIATRE ET RICHARD R. JODOIN, CHIRURGIEN PLASTICIEN.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les journées de ressourcement acquises par le docteur Pierre R. Laberge, comme omnipraticien, avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en microbiologie, lui sont reconnues.
2. Il en est de même des journées de ressourcement acquises par le docteur Serge Breton, comme omnipraticien avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en psychiatrie.
3. Il en est également de même des journées de ressourcement acquises par le docteur Richard Jodoin, comme omnipraticien, avant qu'il n'entreprenne ses études de spécialité en chirurgie plastique. (Rétroactivement au 1<sup>er</sup> octobre 1992).
4. Ces journées sont sujettes à l'article 3 de l'Annexe 19. Rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

**LUCIENNE ROBILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>os</sup> 69 ET 70

### LETTRE D'ENTENTE NO 69

#### CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DU DR MARC RHAINDS DANS LE CADRE DU SYSTÈME D'ÉVACUATION AÉROMÉDICALE DU QUÉBEC (E.V.A.Q.)

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

1. Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 1993 au 31 décembre 2000, le Dr Marc Rhainds est rémunéré selon le mode de rémunération de l'honoraire forfaitaire au tarif horaire pour sa participation à E.V.A.Q.

2. Lors de cette participation, pour la période de 7h00 à 23h00, le nombre d'heures payées au tarif horaire ne peut dépasser 12; pour la période de 23h00 à 7h00, le nombre d'heures payées au tarif horaire ne peut dépasser 6.

**AVIS :** Utiliser le code d'activités 016089 (Services cliniques - garde de jour) ou 016090 (Services cliniques - garde de nuit).

3. Pendant ces périodes, il ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24<sup>e</sup> jour d'avril 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

### LETTRE D'ENTENTE NO 70

#### CONCERNANT LA RÉVISION DE LA TARIFICATION.

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

Une révision de l'ensemble de la tarification sera effectuée par les parties négociantes au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 1994 en vue d'une mise à jour eu égard à l'évolution de la pratique médicale et à un contrôle plus efficace de l'évolution des coûts.

Conséquemment, les dispositions des annexes 4, 5, 6, 7 et 8 visant respectivement les Règles de tarification de la médecine et de la chirurgie, les Règles de tarification de la médecine de laboratoire, la Tarification de la médecine et de la chirurgie, la Tarification de la médecine de laboratoire et le Protocole relatif aux plafonnements des gains de pratique, aux plafonnements d'activités et aux règles d'application des tarifs d'honoraires seront remplacées d'ici le 1<sup>er</sup> mars 1994.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22<sup>e</sup> jour de mars 1994.

**LUCIENNE ROBILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 72 ET 74**LETTRE D'ENTENTE NO 72****CONCERNANT LES HYPOTHÈSES ÉCONOMIQUES DES PLAFONNEMENTS INTRODUITS DANS LE CADRE DE LA MODIFICATION n° 30 EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE ET EN UROLOGIE.**

**CONSIDÉRANT** les évaluations faites par les parties négociantes pour chacun des plafonnements suivants :

1. PA-18 - Oto-rhino-laryngologie
  - plafonnements de gains de pratique 682 400
2. PA-26 - Obstétrique-gynécologie
  - plafonnements de gains de pratique 855 200
3. PA-27 - Urologie
  - plafonnements de gains de pratique 327 400

**CONSIDÉRANT** l'incertitude de ces évaluations;

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

Ces évaluations prospectives et leurs effets sont vérifiés par les parties négociantes, en fonction des données observées pour la période du 1<sup>er</sup> juillet 1994 au 31 décembre 1994, par rapport à celles de la même période l'année précédente.

Les parties corrigent, à la baisse ou à la hausse, les tarifs des spécialités concernées en fonction de l'effet économique réel observé durant la période-témoin.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8<sup>e</sup> jour de septembre 1994.

**LUCIENNE ROBILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE NO 74****CONCERNANT LE DOCTEUR PAUL G. OUELLET.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. La Régie paie au docteur Paul G. Ouellet, psychiatre, les émoluments de régie prévus à la Lettre d'entente A-18 pour les services rendus à titre de chef de service clinique au Centre hospitalier Robert Giffard au cours de la période du 26 novembre 1990 au 18 décembre 1991.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8<sup>e</sup> jour de septembre 1994.

**LUCIENNE ROBILLARD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**PIERRE GAUTHIER, M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 75

## LETTRE D'ENTENTE NO 75

**CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DANS CERTAINES DISCIPLINES AU CENTRE HOSPITALIER LAC-MÉGANTIC.**

**ATTENDU** la situation particulière et exceptionnelle du Centre hospitalier Lac-Mégantic lequel se retrouve à plus de cent (100) kilomètres du centre hospitalier régional le plus rapproché;

**ATTENDU** que la situation démographique de la région rend également difficile l'installation et le maintien sur place de médecins spécialistes en chirurgie générale, médecine interne et obstétrique-gynécologie;

**ATTENDU** la nécessité d'assurer le maintien de services médicaux appropriés dans ces disciplines au Centre hospitalier Lac-Mégantic;

**ATTENDU** qu'il y a lieu de favoriser que le Centre hospitalier Lac-Mégantic puisse obtenir les services médicaux appropriés dans ces disciplines, entre autres par la voie d'un jumelage avec un centre hospitalier de la région;

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

1. En plus de ce qu'il a droit en vertu de l'Entente, le médecin spécialiste en médecine interne, en chirurgie générale et en obstétrique-gynécologie a également droit à un forfait quotidien de 55 \$ en semaine (à l'exception des jours fériés) et de 35 \$ le week-end ou un jour férié.

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09891** (forfait en semaine à l'exception des jours fériés) ou **09892** (forfait le week-end ou un jour férié), dans la case ACTES;
- le code d'établissement.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 09891 ou 09892.**

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

2. On lui accorde également les avantages suivants lorsqu'il doit effectuer un déplacement de plus de 70 kilomètres (unidirectionnel) afin de se rendre dispenser des soins à ce centre :

2.1 Il a droit à un forfait de 165 \$ pour chaque période de six (6) jours consécutifs au cours desquels il assume la prestation de soins;

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **09893** dans la case ACTES, le 6<sup>e</sup> jour de la dispensation des services;
- dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, les dates correspondant à la période des soins rendus dans l'établissement et le nombre de kilomètres (distance unidirectionnelle) parcourus;
- le code d'établissement.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 09893.**

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

2.2 Il a droit aux frais de déplacement et de séjour prévus à l'article 1 de l'Annexe 23.

**AVIS :** Voir l'article 1 de l'Annexe 23 dans le Manuel des médecins spécialistes pour tout déplacement de 40 kilomètres et plus (distance unidirectionnelle).

3. Pour chaque journée, un seul médecin spécialiste de chacune des disciplines visées peut se prévaloir des avantages de la présente lettre d'entente. Si plus d'un médecin d'une de ces disciplines dispensent des soins dans ce centre au cours d'une même journée, seul celui qui est assigné de garde pour cette journée a droit aux avantages prévus à la présente lettre d'entente.

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

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 76 ET 77

**LETTRE D'ENTENTE NO 76**

**CONCERNANT LA NOUVELLE SPÉCIALITÉ D'ONCOLOGIE-MÉDICALE.**

**ATTENDU QUE** le Collège des médecins a reconnu l'oncologie-médicale comme nouvelle spécialité;

**ATTENDU QUE** les parties négociantes verront dans un proche avenir à adopter les dispositions nécessaires concernant la rémunération des médecins spécialistes reconnus au sein de cette nouvelle spécialité;

**ATTENDU QUE** dans l'attente de dispositions spécifiques de rémunération, les parties négociantes doivent prévoir de façon transitoire la rémunération de ces médecins;

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

1. À compter de la date de reconnaissance de la discipline de l'oncologie-médicale et ce jusqu'à l'adoption de dispositions spécifiques de rémunération par les parties négociantes, les médecins ayant obtenu un nouveau certificat en oncologie-médicale demeurent rémunérés selon leurs classifications avant l'obtention de ce dernier certificat. Ainsi, les médecins classifiés, entre autres, en hématologie, médecine interne ou pédiatrie continueront d'être rémunérés selon les tarifs propres à ces spécialités. En ce qui a trait aux médecins n'étant certifiés spécialistes que dans la discipline de l'oncologie-médicale, ceux-ci seront rémunérés selon les modalités déterminées par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18<sup>e</sup> jour d'octobre 1999.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 77**

**CONCERNANT LES DOCTEURS LOUISE PASSERINI, YVES BERTHIAUME ET ANNICK CHÂTILLON.**

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

La Régie paie aux docteurs Louise Passerini, Yves Berthiaume et Annick Châtillon, les forfaits patients et les forfaits unités prévus à l'Annexe 29 de l'Entente et pour lesquels ils ont présenté une facturation pour les mois de juin et juillet 1994.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25<sup>e</sup> jour d'août 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 78 ET 79**LETTRE D'ENTENTE NO 78****CONCERNANT LE PAIEMENT DE LA PRIME DE REVALORISATION EN PÉDIATRIE.**

**ATTENDU QUE** pour avoir droit au paiement de la prime de revalorisation prévue à l'Annexe 32 de l'Entente, le médecin spécialiste oeuvrant en régions désignées doit entre autres conditions, avoir gagné dans l'année civile des gains de pratique d'au moins 100,000 \$ en établissement;

**ATTENDU QUE** pour la discipline de la pédiatrie, de l'obstétrique-gynécologie et de la dermatologie on prend également en compte 70 % des gains de pratique du médecin en cabinet en régions désignées si ces gains de pratique sont d'au moins 30,000 \$ dans un ou plusieurs établissements en régions désignées;

**ATTENDU QUE** cette exception visait à faire en sorte d'assurer le paiement de la prime de revalorisation aux médecins spécialistes qui avaient une importante pratique mixte dans ces disciplines;

**ATTENDU QUE** malgré cette exception, certains médecins spécialistes oeuvrant en régions désignées dans la discipline de la pédiatrie n'ont pu se qualifier pour le paiement de la prime de revalorisation;

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

1. Aux fins de rencontrer l'exigence prévue à l'alinéa 1.1 c) de l'Annexe 32 de l'Entente, on tient compte, pour le médecin pédiatre qui était installé en régions désignées au 1<sup>er</sup> janvier 1994, de la totalité des gains de pratique gagnés par ce médecin en cabinet en régions désignées, en autant que les gains de pratique de ce médecin soient d'au moins 30,000 \$ dans un ou plusieurs établissements en régions désignées.

2. La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25<sup>e</sup> jour d'août 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE NO 79****CONCERNANT LE DOCTEUR MARLEEN DARIS, OBSTÉTRICIEN-GYNÉCOLOGUE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

Le Docteur Marleen Daris a droit au remboursement prévu à l'article 3.4 (i) de l'Annexe 19 de l'Entente pour les journées de ressourcement qu'elle a cumulées et pour lesquelles elle effectue un séjour de ressourcement au cours du mois de janvier 1995.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25<sup>e</sup> jour d'août 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 80

**LETTRE D'ENTENTE NO 80****CONCERNANT L'UTILISATION DES FORFAITS COMPENSATOIRES.**

**VU** les dispositions touchant les médecins spécialistes contenues dans la Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal (1993, chapitre 37);

**VU** les dispositions de l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 et ses modifications concernant les dépassements tarifaires et leur pondération en fonction de facteurs de productivité réelle;

**ATTENDU QU'** il y a lieu de répondre aux engagements et obligations prévus à ces dispositions pour les périodes qui y sont visées, de manière à finaliser et remplacer l'Accord-cadre du 22 décembre 1986 et ses modifications;

**ATTENDU QUE** des forfaits compensatoires de 47,6 M \$ ont été accumulés afin de tenir compte du retard à mettre en vigueur l'augmentation tarifaire du 1<sup>er</sup> décembre 1992, laquelle est entrée en vigueur le 13 mars 1994;

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

**1.** Une somme de 37,1 M \$ est prélevée à même ces montants forfaitaires pour satisfaire à la réduction que prévoit l'article 31 de la Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal (1993, ch. 37) pour les périodes du 1<sup>er</sup> décembre 1993 au 30 novembre 1994, du 1<sup>er</sup> décembre 1994 au 30 novembre 1995 et du 1<sup>er</sup> décembre 1995 au 30 novembre 1996.

**2.** Une somme de 7,1 M \$ est également prélevée de ces montants pour rembourser les dépassements non-autorisés observés au cours des périodes du 1<sup>er</sup> décembre 1992 au 30 novembre 1993 et du 1<sup>er</sup> décembre 1993 au 30 novembre 1994.

**3.** Le solde disponible des forfaits compensatoires, soit 3,4 M \$, auquel s'ajoute une réserve de 6,4 M \$ pour l'année 1995-1996, peut être utilisé, notamment, afin de rembourser tout dépassement de l'enveloppe budgétaire globale pré-déterminée à l'article 2.1 du présent Accord-cadre ou d'effectuer le versement de montants forfaitaires aux médecins spécialistes dans les cas, conditions et circonstances définis par les parties négociantes.

**4.** La présente lettre d'entente emporte l'abrogation du mémoire d'intention signé le 22 mars 1994 entre les parties négociantes concernant l'affectation des forfaits compensatoires alors en réserve.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 83

### LETTRE D'ENTENTE NO 83

#### 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 spécialistes pour la durée de l'Accord-cadre;

**CONSIDÉRANT** que la rémunération des services rendus par les médecins spécialistes, 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 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 l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre 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 spécialistes et ayant un impact sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 84

### LETTRÉ D'ENTENTE NO 84

#### CONCERNANT L'IMPACT DES TRANSFORMATIONS DU RÉSEAU HOSPITALIER SUR LA PRATIQUE MÉDICALE.

**VU** la nécessité de répondre à l'évolution des besoins de la population en matière de santé;

**VU** la transformation du réseau hospitalier;

**VU** l'impact de la reconfiguration du réseau de la santé sur la pratique médicale;

**ATTENDU QUE** le MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, reconnaît que la reconfiguration du réseau de la santé implique la participation des cabinets privés;

**ATTENDU QUE** la FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC, s'engage à participer au virage ambulatoire et à l'implantation de la chirurgie d'un jour et de l'hôpital d'un jour;

#### À CETTE FIN, LES PARTIES CONVIENNENT :

1. D'apporter les aménagements nécessaires à la tarification des services rendus par les médecins spécialistes pour ajuster la rémunération de certains actes à la réalité du virage ambulatoire, à la chirurgie d'un jour et à l'hôpital d'un jour.
2. De favoriser la mise en place de réseaux de services et de réseaux de garde régionaux et supra-régionaux.
3. De réviser les modes d'organisation et de dispensation des services médicaux et les modes de rémunération des médecins spécialistes afin d'en assurer la flexibilité et l'interchangeabilité ainsi que l'accessibilité des services à la population.
4. De mettre en place des mesures visant à permettre, par exemple par la voie de contrats de services, une meilleure complémentarité entre les établissements et les cabinets privés en vue d'assurer la continuité des soins spécialisés et leur accessibilité.
5. De discuter des mesures à prendre dans l'éventualité d'un transfert des activités hospitalières vers les cabinets privés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 85 ET 86**LETTRE D'ENTENTE NO 85****CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE RETRAITE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES.**

**CONSIDÉRANT** l'intérêt des parties négociantes pour la mise en place d'un régime de retraite pour les médecins spécialistes;

**CONSIDÉRANT** l'introduction d'un plan de carrière pour les médecins spécialistes;

**LES PARTIES CONVIENNENT :**

1. D'entreprendre l'étude de la mise en place d'un régime de retraite pour les médecins spécialistes et d'en évaluer la faisabilité.

2. Cette étude portera, notamment, sur l'admissibilité ou l'assujettissement au régime, les cotisations, l'admissibilité à la rente de retraite, sa coordination avec les régimes publics ou privés dont bénéficient déjà les médecins spécialistes, les conditions d'application du régime en cas de cessation d'exercice, de décès, de rupture du mariage, le niveau de remplacement du revenu à la retraite susceptible de rencontrer les besoins des médecins spécialistes et son évolution au regard de l'inflation.

3. L'étude devra comporter une évaluation du coût des solutions retenues.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE NO 86****CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE.**

**CONSIDÉRANT** que la FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC a déclaré son intérêt pour l'instauration d'une mutuelle de protection des médecins à l'égard de la responsabilité professionnelle qu'ils peuvent encourir dans l'exercice de leur profession;

**CONSIDÉRANT** la participation du Ministre, en vertu de l'Annexe 9 de l'Entente, au paiement des primes d'assurance responsabilité que doivent défrayer les médecins spécialistes;

**CONSIDÉRANT** les études auxquelles ont procédé respectivement le Ministre et la FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC quant à la problématique de l'assurance responsabilité professionnelle des médecins;

**LES PARTIES CONVIENNENT :**

1. De poursuivre l'évaluation de la faisabilité et de la rentabilité de l'instauration d'un tel projet dans la perspective de son implantation dans les meilleurs délais.

2. Cette évaluation portera notamment sur l'instauration de modalités administratives qui détermineront à l'égard d'une réclamation ou d'un litige, les responsabilités respectives des établissements ou de la mutuelle de protection permettant ainsi de réduire les coûts du règlement de ces litiges.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 87

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 87****CONCERNANT L'APPLICATION DE L'ARTICLE 2 DE L'ACCORD-CADRE RELATIVEMENT À L'UTILISATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE PRÉDÉTERMINÉE.****LES PARTIES CONVIENNENT QUÉ :**

**1.** Sans limiter la généralité de l'article 2.3 de l'Accord-cadre, la rémunération des médecins spécialistes pour les services suivants est assumée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'article 2.1 de l'Accord-cadre :

- a) Les services rendus par les médecins spécialistes dans le cadre des lettres d'entente n° 5, 6 et 62.
- b) Les services professionnels des médecins spécialistes hors-Québec inscrits au régime d'assurance maladie ainsi que les remboursements aux bénéficiaires pour des services médicaux dispensés hors-Québec, selon le montant payé par la Régie, jusqu'à concurrence de celui qui aurait été payé pour de tels services en vertu de l'Entente.

Toutefois, la rémunération des services médicaux rendus hors du Québec, selon les conditions décrites aux articles 23.1 et 23.2 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie est exclue de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

- c) Les remboursements faits dans le cadre de l'Entente auxiliaire concernant l'assurance responsabilité professionnelle.
- d) Les autopsies.
- e) Les activités des médecins spécialistes reliées au programme relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence et, le cas échéant, au programme relatif à la rémunération de certaines fonctions de gestion assumées par les médecins spécialistes en établissement.

**2.** La rémunération des médecins à qui le COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC décerne un permis restrictif après le 1<sup>er</sup> avril 1995 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.

**3.** Dans l'éventualité de la certification de médecins détenant déjà un permis d'exercice, dans une nouvelle spécialité reconnue par LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC après le 1<sup>er</sup> avril 1995, les parties conviennent d'analyser et d'évaluer l'impact de l'arrivée de ces nouveaux médecins spécialistes sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre et de discuter des mesures à prendre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé À Québec, ce 1<sup>er</sup> octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>os</sup> 88 ET 89

### LETTRE D'ENTENTE NO 88

#### CONCERNANT LA DIMINUTION VOLONTAIRE DU NIVEAU D'ACTIVITÉ POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES.

**CONSIDÉRANT** l'élaboration et l'application des plans d'effectifs médicaux;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de favoriser l'accessibilité à la pratique pour les nouveaux médecins spécialistes;

**CONSIDÉRANT** le désir de certains médecins spécialistes de diminuer leur niveau d'activité;

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

le MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX reconnaît la notion de demi-poste aux fins de l'élaboration et de l'application des plans d'effectifs médicaux. Le Ministre adopte les mesures nécessaires afin d'assurer la reconnaissance de cette notion dans le réseau.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, le 1<sup>er</sup> octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE NO 89

#### CONCERNANT LES MODIFICATIONS POSSIBLES AUX PLAFONNEMENTS DE GAINS DE PRATIQUE.

**CONSIDÉRANT** l'adoption de mesures de plafonnement des gains de pratique applicables à l'ensemble des médecins spécialistes québécois;

**CONSIDÉRANT** l'application de ces plafonnements sur une base trimestrielle pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 1995 au 31 décembre 1995 et sur une base semestrielle à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1996;

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

La FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC et le MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX reconnaissent la possibilité de convenir, d'ici au 1<sup>er</sup> décembre 1995, des modifications particulières à certains des plafonds instaurés par l'Accord-cadre. Toute modification qui pourrait être introduite ne s'appliquera cependant qu'à compter du semestre débutant le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour d'octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 90

**LETTRE D'ENTENTE NO 90****CONCERNANT LA MODIFICATION DE L'ACCORD-CADRE AFIN DE REFLÉTER LE RÉSULTAT DES NÉGOCIATIONS DANS LE SECTEUR PUBLIC.****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 selon les paramètres de l'entente de principe à intervenir dans le secteur public;**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

**1.** Un montant de 6,3 millions est ajouté au solde de 9,8 millions de forfaits compensatoires prévu à la Lettre d'entente n° 80 afin de faire état de l'abrogation proposée de la Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public et le secteur municipal.

**2.** Les modifications nécessaires sont également apportées à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre afin de refléter les augmentations de 1 % à intervenir dans le secteur public le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et le 1<sup>er</sup> janvier 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour d'octobre 1995.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 09872 ou 09873.**

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 102

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 102****CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS AU SEIN DE CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS EN PÉNURIE GRAVE D'EFFECTIFS**

**CONSIDÉRANT** la pénurie d'effectifs prévalant au sein de certains centres hospitaliers;

**CONSIDÉRANT** la nécessité d'assurer la prestation de soins au sein de ces centres par la mise en place de mesures ponctuelles;

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

**1.** Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés et qui est désigné par les parties négociantes.

Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente. Ce montant forfaitaire varie selon la situation du médecin désigné.

Médecin établi

**2.** Un médecin est ainsi désigné par les parties négociantes s'il exerce de façon régulière et continue dans un établissement visé et non dans un contexte d'itinérance.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin est de 150 \$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150 \$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline.

Médecin remplaçant ou en support

**3.** Un médecin est ainsi désigné par les parties négociantes si, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de services), il accepte de se rendre dans un établissement visé afin de participer à la prestation des soins dans sa discipline.

Le montant forfaitaire pouvant être réclamé par ce médecin est de 350 \$ pour chaque jour de semaine où ce médecin dispense des services dans sa discipline et de 150 \$ pour chaque jour de fin de semaine et jour férié au cours desquels ce médecin assume la garde dans sa discipline.

**4.** Selon les circonstances, les parties négociantes peuvent déterminer qu'un médecin exerçant dans un établissement visé ne peut être désigné ni à titre de médecin établi, ni à titre de médecin remplaçant ou en support.

Pour le médecin remplaçant ou en support, il peut en être notamment ainsi lorsque ce médecin n'exerce pas de façon régulière et continue dans un autre établissement au Québec ou si cet autre établissement fait déjà face à un problème d'effectifs médicaux dans sa discipline et est visé par l'application des lettres d'entente n° 102 ou n° 112.

**5.** Afin de déterminer si un médecin exerce de façon régulière et continue dans un établissement ou plutôt dans un contexte d'itinérance, les parties négociantes tiennent compte d'un ensemble de facteurs dont, notamment, le statut du médecin, son lieu de résidence et de pratique principale, son niveau de participation aux activités de l'établissement et l'application d'autres mesures prévues à l'Entente.

**6.** Les montants forfaitaires prévus à l'article 1 ne sont pas considérés aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

7. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente et comprenant notamment les établissements, disciplines et médecins visés, le type de montant forfaitaire applicable, le nombre maximum de montants forfaitaires mentionnés à l'alinéa 3 pouvant être versés par discipline au cours d'une journée ainsi que les dates d'application. Les avantages qu'elle confère sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte, entre autres, des effectifs disponibles dans les disciplines visées.

8. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes.

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

**PHILIPPE COUILLARD, MD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, MD**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la lettre n° 102 est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/design/>

#### TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

# Spécialités	Week-end et jours fériés		Autres jours	
	Art. 3	Art. 2	Art. 3	Art. 2
	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 150 \$	Codes d'acte 350 \$	Codes d'acte 150 \$
Anatomo-pathologie	19113	19115	19114	19116
Anesthésiologie	09832	09834	09833	09835
Chirurgie générale	09700	09701	09702	09703
Chirurgie orthopédique	19093	19094	19095	19096
Hématologie/Oncologie médicale	19023	19024	19025	19026
Médecine/Garde multidisciplinaire	19009	19010	19011	19012
Médecine interne	09714	09716	09715	09717
Obstétrique-gynécologie	09762	09764	09763	09765
Pédiatrie	09738	09740	09739	09741
Psychiatrie (Adulte)	19691	19692	19693	19694
Psychiatrie (Pédopsychiatrie)	09758	09760	09759	09761
Radiologie diagnostique	09710	09712	09711	09713

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;

- le code d'acte approprié dans la case ACTES;

- le code d'établissement;

- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 107

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 107****CONCERNANT LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.**

**CONSIDÉRANT** la mise en place par le Ministre d'un programme spécifique de santé publique visant l'implantation d'un programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** les objectifs et paramètres du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** le processus de désignation des centres de dépistage et des centres de référence pour investigation;

**CONSIDÉRANT** les normes et exigences portant sur la participation au programme de dépistage, sur le suivi de la qualité des examens de mammographie, sur les services de dépistage et les références pour investigation et sur la qualité du système d'information;

**CONSIDÉRANT** l'importance de la participation des cabinets privés de radiologie aux fins de l'application du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** qu'actuellement des mammographies sont effectuées aux fins de dépistage;

**CONSIDÉRANT** que le nombre de mammographies supplémentaires imputables à l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein est estimé à 80 000 par année, selon une répartition de 50 000 en cabinets privés et de 30 000 en établissements;

**CONSIDÉRANT** les frais techniques reliés aux mammographies de dépistage effectuées en cabinets privés;

**CONSIDÉRANT** les frais particuliers découlant des normes et exigences spécifiques du programme québécois de dépistage du cancer du sein;

**CONSIDÉRANT** les incertitudes dans l'évaluation du nombre réel de mammographies supplémentaires qui seront effectuées dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein.

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. Services médicaux**

**1.1** Les mammographies de dépistage effectuées par les médecins spécialistes en radiologie sont rémunérées conformément aux dispositions de l'Accord-cadre.

**2. Supplément**

**2.1** Un supplément de 7,50 \$ est versé au médecin radiologiste pour chaque mammographie de dépistage effectuée en cabinet privé dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein, au titre des frais qu'il doit encourir en raison de certaines normes et exigences spécifiques de ce programme.

**AVIS :** Voir le code d'acte 08081 sous le titre « Mammographie » sous l'onglet V-Radiologie diagnostique du Manuel des médecins spécialistes.

**3. Évaluation et financement**

**3.1** À compter de l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein, le ou vers le 1<sup>er</sup> novembre 1997, les parties négociantes conviennent d'évaluer le nombre de mammographies supplémentaires effectuées par les médecins spécialistes en radiologie au cours de chaque semestre.

Cette évaluation est effectuée en utilisant la période de référence du 1<sup>er</sup> juillet 1996 au 30 juin 1997 et en comparant les données observées au cours de chaque semestre d'une année civile avec celles observées au cours du même semestre de la période de référence.

**3.2** Nonobstant toutes dispositions au contraire prévues à l'Accord-cadre, le paiement des montants suivants est, jusqu'à concurrence d'un montant total de 2,4 millions \$ par année, exclu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée allouée aux médecins spécialistes :

**3.2.1** Les suppléments versés aux médecins spécialistes en vertu de l'article 2.1; et

**3.2.2** Les honoraires de laboratoire versés aux médecins spécialistes en vertu de l'article 1.1 pour les mammographies supplémentaires déterminées à l'article 3.1.

**3.3** De plus, les montants ci-dessus mentionnés ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Accord-cadre. Les parties négociantes conviennent des modalités nécessaires à cette fin.

**4. Suivi**

**4.1** Dans l'éventualité où le paiement des montants ci-dessus mentionnés pourrait excéder la somme de 2,4 millions \$ au cours d'une année, les parties négociantes conviennent d'examiner la situation et d'évaluer les solutions possibles.

**4.2** Les parties négociantes conviennent également d'évaluer annuellement le nombre de services médicaux supplémentaires dispensés par les médecins spécialistes québécois par rapport aux données spécifiques observées pour ces services médicaux au cours de l'année précédant l'introduction du programme québécois de dépistage du cancer du sein et d'en examiner l'impact sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8<sup>e</sup> jour de mai 1998.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 108 ET L'ANNEXE

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 108****RELATIVE À L'ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE**

**CONSIDÉRANT** l'augmentation importante des primes d'assurance responsabilité professionnelle devant être acquittées par les médecins spécialistes 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 spécialiste 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 spécialiste qui, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1996 au 31 mars 1997, a touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$. Il est également accordé au médecin spécialiste qui, pendant l'année 1998, aura touché des gains de pratique supérieurs à 52 704 \$.

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'annexe 9 et ayant présenté une demande de remboursement dans les délais prescrits à cette annexe, 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 des gains de pratique.

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'annexe 9 de l'Accord-cadre, de laquelle on déduit les montants correspondant à la quote-part remboursée par la Régie pour l'année 1997 en vertu de l'annexe 9 alors applicable.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16<sup>e</sup> jour du mois d'avril 1998.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**ANNEXE (LETTRE D'ENTENTE NO 108)****À LA LETTRE D'ENTENTE RELATIVE À L'ENTENTE AUXILIAIRE  
CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE**

Le montant forfaitaire (MF) prévu à l'article 1 de la lettre d'entente n°108 relative à l'entente auxiliaire 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 spécialiste.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 110

## LETTRE D'ENTENTE NO 110

**CONCERNANT LA PARTICIPATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ENDOCRINOLOGIE AUX TESTS DE DOSAGES HORMONAUX.**

**CONSIDÉRANT** les travaux en cours concernant la réorganisation des activités de laboratoire;

**CONSIDÉRANT** les délais nécessaires à l'achèvement de ces travaux et à l'implantation de nouveaux modes de rémunération pour certaines disciplines de laboratoire;

**CONSIDÉRANT** la nécessité dans l'intervalle de rémunérer les médecins spécialistes en endocrinologie pour leur participation aux tests de dosages hormonaux.

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

1. Les médecins spécialistes en endocrinologie qui participent aux tests de dosages hormonaux effectués en laboratoire sont rémunérés sur une base forfaitaire.
2. Pour chaque trimestre d'une année civile, les parties négociantes transmettent à la Régie de l'assurance maladie du Québec la liste des médecins spécialistes en endocrinologie participant aux tests de dosages hormonaux effectués en laboratoire, ainsi que la rémunération devant être versée à chacun d'eux pour cette participation.
3. Aucune autre rémunération que celle prévue à la présente lettre d'entente ne peut être versée à ces médecins spécialistes en endocrinologie pour leur participation aux activités de dosages hormonaux effectuées en laboratoire.
4. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1997 à l'exception de l'article 3 qui ne s'applique qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour du mois de juin 1998.

**AVIS :** *Dès que la Régie est avisée par les parties négociantes du droit du médecin à recevoir un forfait pour sa participation aux tests de dosages hormonaux, le versement accordé se fait automatiquement dans le mois qui suit le trimestre.*

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 111

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 111****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 l'article 3.1 de l'Annexe I de L'Accord-cadre prévoit que le Ministère reconnaît la Fédération comme le seul organisme représentatif des médecins spécialistes pour la négociation et l'application de toute entente relative aux services médicaux;

**COMPTE TENU** qu'aux termes de l'article 2.1 de l'Annexe I de l'Accord-cadre, tout médecin qui justifie d'un certificat de spécialiste délivré par la Corporation professionnelle des médecins du Québec est placé sous l'autorité de telle entente;

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

1. Exceptionnellement, malgré les articles 2.1 et 3.1 de l'Annexe I de l'Accord-cadre, le docteur Patrice Laflamme est soustrait de l'application de l'entente MSSS-FMSQ en autant qu'il exerce en médecine familiale.
2. Conséquemment, le docteur Patrice Laflamme ne peut plus, à compter du 12 janvier 1998, se prévaloir des conditions d'exercice et de rémunération prévues à l'Accord-cadre du 1<sup>er</sup> octobre 1995 intervenu entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec ni de toute autre entente dont les parties pourront convenir dans l'avenir au bénéfice des médecins spécialistes. Il est également exempté des obligations qui en découlent.
3. Cette exemption 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.
4. La présente lettre d'entente prend effet le 12 janvier 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour du mois de juin 1998.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 112

## LETTRE D'ENTENTE NO 112

**CONCERNANT LA PRESTATION DE SOINS DANS CERTAINES DISCIPLINES ET ÉTABLISSEMENTS VISÉS.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui participe, par le biais d'un groupe concerté, à la prestation des soins dans une discipline et un établissement visés.
2. Ce montant forfaitaire est de 170 \$ par jour, la semaine, le week-end et les jours fériés. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'entente, pour chaque jour où ce médecin dispense des soins ou assume la garde dans un établissement visé.
3. Seuls les groupes de médecins assurant une prestation continue des soins dans un établissement visé et ayant été reconnus comme tels par les parties négociantes peuvent se qualifier au titre du paiement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente. Le médecin qui exerce dans un établissement qui compte moins de trois médecins de sa spécialité ne peut s'inscrire comme membre d'un groupe concerté aux fins de la présente lettre d'entente, à moins d'autorisation des parties négociantes.
4. Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'un établissement visé à l'exception de la psychiatrie à l'Hôpital de Mont-Laurier/Centre de services de Rivière-Rouge pour lequel on applique un maximum de trois montants forfaitaires par jour (deux en psychiatrie adulte et un en pédopsychiatrie) et au CH régional Baie-Comeau et à l'Hôpital de Thetford Mines Centre d'hébergement Saint-Joseph, pour lesquels on applique un maximum de deux montants forfaitaires par jour.
5. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente et comprenant notamment les établissements, disciplines et médecins visés ainsi que les dates d'application. Les avantages conférés par la présente lettre d'entente sont réévalués régulièrement par les parties négociantes en tenant compte, entre autres, des effectifs disponibles dans les disciplines visées.
6. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce \_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2007.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, MD**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la lettre n° 112 est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/design/>

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

<i>Spécialités</i>	<i>Montant forfaitaire quotidien en semaine, le week-end et les jours fériés</i>
	<i>Codes d'acte 170 \$</i>
<i>Anesthésiologie</i>	<i>09843</i>
<i>Chirurgie générale</i>	<i>09844</i>
<i>Chirurgie orthopédique</i>	<i>09775</i>
<i>Hématologie/oncologie médicale</i>	<i>19035</i>
<i>Médecine interne</i>	<i>19031</i>
<i>Neurochirurgie</i>	<i>19690</i>
<i>Neurologie</i>	<i>19027</i>
<i>Pédiatrie</i>	<i>09699</i>
<i>Pédopsychiatrie</i>	<i>19077</i>
<i>Pneumologie</i>	<i>09721</i>
<i>Psychiatrie</i>	<i>09846</i>
<i>Obstétrique-gynécologie</i>	<i>09771</i>
<i>Radiologie diagnostique</i>	<i>09845</i>

**AVIS :** Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 113

## LETTRE D'ENTENTE NO 113

**CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

- + **1.** Des modalités particulières d'application des plafonnements d'activités, des plafonnements de gains de pratique et des règles d'application sont retenues afin de favoriser l'accessibilité aux soins dans les établissements faisant l'objet d'une pénurie importante d'effectifs médicaux et désignés par les parties négociantes :
- i) Pour le médecin qui exerce dans un établissement désigné par les parties négociantes, les honoraires qu'il tire de la prestation de services médicaux dans cet établissement ne sont pas sujets au plafonnement visé, une fois le maximum atteint.
  - ii) Toutefois, pour le médecin qui se rend exercer dans un établissement désigné par les parties négociantes dans un contexte de support ou de remplacement, les honoraires qu'il tire de la prestation de services médicaux dans cet établissement ne sont pas considérés aux fins de l'application d'un plafonnement visé.
- 2.** De plus, les parties négociantes peuvent, dans les cas qu'elles déterminent et lorsque les circonstances le justifient, octroyer au médecin visé à l'alinéa 1 i) qui exerce à titre de médecin établi, les bénéfices prévus à l'alinéa 1 ii).
- 3.** L'avis de désignation comporte l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente, dont la discipline, l'établissement et le plafonnement visés ainsi que la période d'application.
- 4.** La Régie donne effet aux avis de désignation transmis par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2006.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 120

**LETTRE D'ENTENTE NO 120****CONCERNANT LES IMPLICATIONS FINANCIÈRES DE L'IMPLANTATION DE L'ANNEXE 38**

**CONSIDÉRANT** l'engagement des parties négociantes dans le cadre du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, de mettre en place un mode de rémunération mixte, basé sur une rémunération forfaitaire, pour les médecins spécialistes qui exercent en établissement;

**CONSIDÉRANT** que le mode de rémunération mixte constitue une mesure structurante en vue de maintenir la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec;

**CONSIDÉRANT** que l'implantation du mode de rémunération mixte entraîne des coûts reliés à l'effet des suppléments d'honoraires, d'urgence, de garde en disponibilité, des forfaits réseau et, le cas échéant, universitaires et des modifications de pratique;

**CONSIDÉRANT** le coût d'implantation de ce nouveau mode de rémunération dans certaines spécialités ou dans certains établissements de même que pour le paiement de certaines activités non rémunérées dans le cadre du mode de rémunération à l'acte;

**ATTENDU** que les parties négociantes s'engagent à financer tous les coûts d'implantation du mode de rémunération mixte à partir de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée et de crédits additionnels spécifiques pouvant atteindre un maximum de 20 M \$ sur une base annuelle récurrente;

**ATTENDU** que les parties s'entendent à l'effet que les jours de ressourcement octroyés à l'Annexe 38 ne doivent générer aucun coût additionnel;

**ATTENDU** les dispositions de la lettre d'intention concernant la mise en place du mode de rémunération mixte;

**ATTENDU** que le mode de rémunération mixte doit être disponible en milieu pédiatrique, en respect des dispositions de cette lettre d'intention et pour l'ensemble des médecins spécialistes à compter du 1<sup>er</sup> avril 1999;

**ATTENDU** que l'implantation du mode de rémunération mixte présente plusieurs incertitudes au niveau des hypothèses économiques retenues.

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

1. L'évaluation prospective est vérifiée à chaque semestre par les parties négociantes en fonction des données transmises par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les parties négociantes ajustent leur évaluation en conséquence sur la base de ces données.
2. Advenant que l'implantation du mode de rémunération mixte dans un département, service ou secteur d'activité excède les évaluations effectuées par les parties négociantes, les parties analysent les résultats observés et apportent les correctifs appropriés.
3. Advenant que les données indiquent que le coût d'implantation dépasse les crédits additionnels maxima de 20 M \$ sur base annuelle récurrente, les parties négociantes apportent les correctifs appropriés en ajustant la rémunération des différentes composantes du mode de rémunération mixte, pour assurer le respect des engagements des parties à l'effet de ne pas excéder le montant des crédits additionnels consentis.
4. Advenant que les jours de ressourcement octroyés dans le cadre de la rémunération mixte entraînent une augmentation des coûts, les parties négociantes apportent les correctifs appropriés en ajustant la rémunération des différentes composantes du mode de rémunération mixte.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10 décembre 1999.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 121

**LETTRE D'ENTENTE NO 121****CONCERNANT L'IMPLANTATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE**

**CONSIDÉRANT** l'engagement des parties négociantes dans le cadre du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour les années 1996-1997 à 2000-2001, de mettre en place un mode de rémunération mixte, basé sur une rémunération forfaitaire, pour les médecins spécialistes qui exercent en établissement;

**CONSIDÉRANT** que le mode de rémunération mixte constitue une mesure structurante en vue de maintenir la plus grande accessibilité aux services médicaux spécialisés pour l'ensemble de la population du Québec;

**CONSIDÉRANT** que l'implantation du mode de rémunération mixte peut avoir des impacts non prévisibles à ce stade-ci (*per diem*, rythme d'implantation, enseignement, période visée par le *per diem*, système d'information, etc.);

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

De mesurer et d'évaluer, en cours d'implantation du mode de rémunération mixte, les impacts pouvant en découler sur la pratique médicale et l'organisation des services médicaux spécialisés en établissement et d'apporter les ajustements appropriés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10 décembre 1999.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 122

## LETTRE D'ENTENTE NO 122

**CONCERNANT LE SUPPLÉMENT DE GARDE EN DISPONIBILITÉ PAYABLE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS ET DISCIPLINES EN PÉNURIE D'EFFECTIFS**

**CONSIDÉRANT** les dispositions de l'Annexe 25 concernant le paiement de suppléments de garde en disponibilité;

**CONSIDÉRANT** que l'Annexe 25 prévoit le paiement d'un supplément de garde en disponibilité plus élevé dans certaines disciplines et établissements des régions éloignées;

**CONSIDÉRANT** les pénuries d'effectifs médicaux qui sévissent dans certaines disciplines et établissements;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de favoriser, notamment par le biais de la garde en disponibilité, la continuité des services médicaux dans ces disciplines et établissements;

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

1. Afin de favoriser la continuité des soins dans certaines disciplines et établissements en pénurie d'effectifs, le supplément de garde en disponibilité applicable en vertu de l'Annexe 25 est payable, au médecin qui est assigné de garde locale, selon la tarification prévue à l'article 5.2 de l'Annexe 25.

**AVIS :** *L'établissement doit informer le Centre de contacts des professionnels et admissibilité de la Régie en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en « pool de service » » (n° 3121). Préciser l'identité du médecin, la période concernée, la situation d'entente visée et le mode de rémunération.*

2. Les disciplines et établissements visés sont désignés par les parties négociantes.

3. Les parties négociantes déterminent si le supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente s'applique du lundi au vendredi, ou le samedi, le dimanche et un jour férié, ou à tous les jours.

4. Les parties négociantes déterminent également si le supplément de garde en disponibilité payable en vertu de la présente lettre d'entente s'applique à tous les médecins qui sont assignés de garde dans une discipline et un établissement désignés ou uniquement aux médecins remplaçants ou en support.

Un médecin remplaçant ou en support est celui qui, dans un contexte d'itinérance (remplacement, support ou pool de service), accepte de se rendre dans un établissement visé afin de participer à la prestation des soins dans sa discipline et à assumer la garde en disponibilité.

5. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes aux fins de l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2007.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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

**AVIS :** *L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la lettre n° 122 est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :*  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/design/>

TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

# Spécialités	Week end et jours fériés 450 \$		Autres jours 150 \$	
	Lorsque tous les médecins assignés de garde dans l'établissement sont autorisés	Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés dans l'établissement	Lorsque tous les médecins assignés de garde dans l'établissement sont autorisés	Lorsque seuls les médecins remplaçants ou en support sont autorisés dans l'établissement
	Anesthésiologie	19377	19378	19379
Angioradiologie	19633	19634	19635	19636
Chirurgie générale	19381	19382	19383	19384
Chirurgie orthopédique	19393	19394	19395	19396
Chirurgie vasculaire	19401	19402	19403	19404
Hématologie-oncologie	19373	19374	19375	19376
Médecine interne	19397	19398	19399	19400
Neurologie	19641	19642	19643	19644
Obstétrique-gynécologie	19389	19390	19391	19392
Pédiatrie	19385	19386	19387	19388
Psychiatrie	19620	19621	19622	19623
Radiologie	19369	19370	19371	19372

# **AVIS** : Remplir le formulaire «Demande de paiement - médecin» (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

**AVIS** : Dans les établissements où le paiement du supplément est limité aux médecins remplaçants ou en support **seulement**, veuillez utiliser les codes d'acte désignés à cette fin; dans toute autre situation, utiliser les codes d'acte des colonnes «tous les médecins».

# **AVIS** : Pour savoir si l'établissement où le paiement du supplément de garde est réclamé est limité aux médecins remplaçants ou en support, veuillez vous référer à l'Annexe de la Lettre d'entente. Celle-ci est également disponible dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/design/index.shtml>

ANNEXE 11 A. - LE - N° 125 ET 126

**LETTRE D'ENTENTE NO 125**

**CONCERNANT LE DOCTEUR PAUL L'ESPÉRANCE, PSYCHIATRE.**

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

1. Nonobstant l'article 1.1 de l'Addendum 11 - Épreuves de fonctions respiratoires, le Dr Paul L'Espérance a le droit d'être rémunéré pour la prestation des services médicaux d'étude de l'apnée nocturne (codes 08472, 08473, 08474 et 08475) au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1999.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8<sup>e</sup> jour de mars 2000.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**LETTRE D'ENTENTE NO 126**

**CONCERNANT LA NOUVELLE SPÉCIALITÉ DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE.**

**ATTENDU QUE** le Collège des médecins a reconnu la génétique médicale comme nouvelle spécialité;

**ATTENDU QUE** les parties négociantes verront dans un proche avenir à adopter les dispositions nécessaires concernant la rémunération des médecins spécialistes reconnus au sein de cette nouvelle spécialité;

**ATTENDU QUE** dans l'attente de dispositions spécifiques de rémunération, les parties négociantes doivent prévoir de façon transitoire la rémunération de ces médecins;

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

À compter de la date de reconnaissance de la discipline de la génétique médicale et ce, jusqu'à l'adoption de dispositions spécifiques de rémunération par les parties négociantes, les médecins ayant obtenu un nouveau certificat en génétique médicale demeurent rémunérés selon leur classification avant l'obtention de ce dernier certificat. En ce qui a trait aux médecins n'étant certifiés que dans la discipline de la génétique médicale, ceux-ci sont rémunérés selon les modalités déterminées par les parties négociantes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 8<sup>e</sup> jour de mars 2000.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 128

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 128****CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ À DISTANCE EN RADIOLOGIE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Un supplément de garde en disponibilité est payable au médecin radiologiste qui assume la garde en disponibilité à distance en radiologie dans un établissement désigné par les parties négociantes.
2. Le supplément de garde en disponibilité à distance est de 100 \$ un jour de semaine et de 200 \$ pour le samedi, le dimanche ou un jour férié.
3. Un seul supplément de garde est payable par jour par établissement. Toutefois, il n'est pas payable pour un établissement visé, au cours d'une journée où un supplément de garde prévu à l'Annexe 25 est payé pour cet établissement, dans la même discipline ou secteur d'activité.
4. Un médecin ne peut réclamer le paiement de plus d'un supplément de garde par jour.
5. Le médecin qui, au cours d'une journée, réclame le paiement d'un supplément de garde en vertu de l'Annexe 25, selon les conditions qui y sont prévues, peut également réclamer le paiement d'un supplément de garde à distance prévu à la présente lettre d'entente lorsqu'il assume en plus, au cours de cette journée, la garde à distance dans un établissement visé. Toutefois, ce dernier supplément est alors payé à 50%.
6. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2<sup>e</sup> jour d'août 2002.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

**AVIS :** L'information relative aux désignations d'établissements et de disciplines visés par la lettre n° 128 est disponible sur le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :  
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medspe/design/>

## TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS

<i>Spécialité</i>	<i>Week-end et jour férié</i>	<i>les autres jours</i>
	<i>Code d'acte 200,00 \$</i>	<i>Code d'acte 100,00 \$</i>
<b><i>Forfaits réclamés seuls</i></b>		
<i>Radiologie</i>	09774	09773
	<i>Code d'acte 100,00 \$</i>	<i>Code d'acte 50,00 \$</i>
<b><i>Forfaits réclamés avec un forfait de l'Annexe 25</i></b>		
<i>Radiologie</i>	19341	19340

**AVIS :** Pour la facturation des actes précités, remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code de l'établissement pour lequel la garde à distance a été effectuée;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- identifier le centre hospitalier à partir duquel est effectuée la garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec le code d'acte 09774 ou 09773.**

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 129

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 129****CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN COMITÉ DE GESTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS**

**CONSIDÉRANT** qu'il est primordial de bien planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois ;

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

**1.** Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux spécialisés composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Lorsque les travaux du comité portent sur l'organisation des services médicaux spécialisés au sein d'une région spécifique, un représentant de l'Agence concernée participe également au comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes de diverses disciplines ainsi que d'autres représentants des agences qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

**2.** Le comité permanent de gestion des effectifs médicaux spécialisés a pour fonction d'évaluer les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, le tout afin d'assurer une accessibilité optimale aux services médicaux spécialisés pour la population. À cette fin, le comité exerce notamment les attributions suivantes, sur le plan local, régional et provincial :

- i) Il évalue les besoins en effectifs médicaux spécialisés et donne son avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post-doctorale en médecine ;
- ii) Il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, les plans régionaux d'effectifs médicaux et les plans d'organisation des services relatifs aux médecins spécialistes ;
- iii) Il identifie les besoins prioritaires en effectifs médicaux spécialisés et définit les objectifs de répartition ;
- iv) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux spécialisés ;
- v) Il donne son avis sur tout projet concernant la prestation de services médicaux spécialisés ;
- vi) Il donne son avis sur les demandes d'allocation de fin de carrière qui lui sont présentées par le comité conjoint prévu à l'Annexe 36.

**3.** Dans le cadre de l'exercice de ses attributions, le comité tient compte, notamment, des besoins de la population en services, de la répartition actuelle des effectifs médicaux spécialisés dans les différentes régions, des effectifs médicaux disponibles au sein de chaque discipline, de l'évolution des prévisions à court, moyen et long terme de ces effectifs, des mesures incitatives déjà existantes, des modes d'organisation de services et des masses critiques d'effectifs médicaux nécessaires, sur une base locale et régionale, au sein des différentes disciplines.

**4.** Afin de favoriser l'atteinte des objectifs qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions ou centres hospitaliers, le comité peut recommander la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

- i) La révision de certains plans d'organisation d'établissements, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans d'organisation des services relatifs aux médecins spécialistes;
- ii) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains établissements;
- iii) La conclusion d'ententes de services interétablissements;
- iv) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet affilié de médecins spécialistes.

**5.** Le comité évalue les résultats découlant de l'application des mesures identifiées à l'article 4 en regard des objectifs visés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21<sup>e</sup> jour de septembre 2000.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 130 ET 131

### LETTRE D'ENTENTE NO 130

#### CONCERNANT LES CABINETS PRIVÉS DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

**CONSIDÉRANT** le rôle essentiel des cabinets privés de médecins spécialistes dans le cadre du réseau de prestation de soins et leurs responsabilités accrues comme fournisseurs de services ;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de favoriser un réseau intégré de soins médicaux spécialisés comprenant les cabinets privés de médecins spécialistes.

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

1. Afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés, le MSSS et la FMSQ conviennent de favoriser, par le biais de projets pilotes, la conclusion d'entente de service entre les établissements du réseau de la santé et certains cabinets privés de médecins spécialistes.
2. Ces ententes de service doivent assurer une couverture optimale de services et être établies selon les termes et modalités déterminés par les parties négociantes.
3. Les parties conviennent également d'analyser et de discuter du financement dans le cadre de projets pilotes, de cette nouvelle forme d'organisation des services médicaux spécialisés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21<sup>e</sup> jour de septembre 2000.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE NO 131

#### CONCERNANT LA CESSATION DE CARRIÈRE DU MÉDECIN SPÉCIALISTE

**CONSIDÉRANT** les objectifs poursuivis par le Programme d'allocation de fin de carrière prévu à l'Annexe 36 ayant trait à l'optimisation de l'utilisation des ressources médicales spécialisées :

#### LES PARTIES CONVIENNENT :

1. De prolonger le Programme d'allocation de fin de carrière prévu à l'Annexe 36 jusqu'au 30 septembre 2001, permettant ainsi son application aux médecins spécialistes qui atteignent l'âge de 65 ans d'ici cette date.
2. D'analyser les impacts du Programme d'allocation de fin de carrière tant sur le plan des coûts que sur le plan de la gestion des effectifs médicaux spécialisés et d'évaluer l'opportunité de maintenir ce programme, d'y mettre fin, d'en modifier les conditions d'application ou de convenir de solutions alternatives de fin de carrière.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21<sup>e</sup> jour de septembre 2000.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 132

### LETTRÉ D'ENTENTE NO 132

#### CONCERNANT LA GARDE EN DISPONIBILITÉ EN CHIRURGIE GÉNÉRALE DANS CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS

**CONSIDÉRANT** la contribution des médecins spécialistes en chirurgie générale afin d'assurer la continuité des services d'urgences gynéco-obstétricales dans certains établissements;

**CONSIDÉRANT** la volonté des parties négociantes de favoriser davantage cette contribution, notamment en facilitant la poursuite d'une formation spécifique pour les médecins spécialistes en chirurgie générale tel que prévu à la lettre d'entente no 152;

**CONSIDÉRANT** l'importance d'assurer la rémunération de cette tâche additionnelle pour les médecins spécialistes en chirurgie générale.

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

1. Un supplément de garde en disponibilité est payable en semaine, les week-ends et les jours fériés au médecin spécialiste en chirurgie générale qui assume une garde spécifique en urgences gynéco-obstétricales dans un établissement désigné.

2. Le supplément de garde en disponibilité est de 250 \$ par jour.

3. Un seul supplément de garde spécifique pour les urgences gynéco-obstétricales est payable par jour, par établissement.

De plus, un supplément de garde prévu à la présente lettre d'entente ne peut être réclamé, pour un établissement désigné, au cours d'une journée où un supplément de garde en obstétrique gynécologie est réclamé pour cet établissement.

4. Lorsqu'un supplément de garde est payable en chirurgie générale dans un établissement, le médecin spécialiste en chirurgie générale y a également droit, s'il assume la garde dans sa discipline en plus d'assurer la garde spécifique en urgences gynéco-obstétricales.

5. Les établissements visés sont désignés par les parties négociantes.

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

#### AVIS :

#### RÉGIONS ET ÉTABLISSEMENTS

##### 01 - Bas Saint-Laurent

*CH de Matane*

*CH d'Amqui*

*CH Notre-Dame du Lac*

*Centre Notre-Dame-de-Fatima*

##### 02 - Saguenay/Lac Saint-Jean

*Hôtel-Dieu de Roberval*

*Centre Maria-Chapdelaine - Centre de service Dolbeau*

##### 03 - Québec

*CH St-Joseph de La Malbaie*

##### 04 - Mauricie/Centre-du-Québec

*Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice*

**RÉGIONS ET ÉTABLISSEMENTS****05 - Estrie**

CSSS du Granit - Point de service Lac Mégantic

**07 - Outaouais**

CH du Pontiac

**08 - Abitibi-Témiscamingue**

CH La Sarre

Pavillon Sainte-Famille

**10 - Nord-du-Québec**

Centre de santé de Chibougamau

**11 - Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine**

CH Baie-des-Chaleurs

Hôpital des Monts

**12 - Chaudière-Appalaches**

Hôtel-Dieu de Montmagny

**15 - Laurentides**

CH Laurentien

Centre de Mont-Laurier/ Centre de l'Annonciation

**16 - Montérégie**

Hôpital Brome Missisquoi-Perkins

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2006.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux**YVES DUGRÉ, M.D.**Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec**TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS**

<b>Spécialité</b>	<b>Garde 24 heures tous les jours</b>
	<b>Code d'acte 250 \$</b>
Chirurgie générale	19076

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

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ;
- le code d'acte **19076** dans la case ACTES ;
- le code d'établissement ;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 133

## LETTRE D'ENTENTE NO 133

**CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS ÉLOIGNÉS DE LA CÔTE-NORD ET DU NUNAVIK.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:**

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit vertu des dispositions de l'Entente, le médecin spécialiste qui se rend dispenser des soins dans sa discipline dans un établissement visé à l'article 2, a également droit aux avantages suivants:

- i) Il a droit à un forfait de 600 \$ pour chaque période de trois (3) jours consécutifs, du lundi au vendredi, au cours de laquelle il dispense des soins et pour chaque période de deux (2) jours consécutifs, la fin de semaine, au cours de laquelle il dispense des soins;
- ii) Lorsque le médecin qui se rend dans un établissement visé est retenu en raison de problèmes de transport qui entravent son retour à son établissement principal, il a droit à un forfait de 600 \$ pour chaque jour, du lundi au vendredi, pendant lequel il est ainsi retenu.

2. Les établissements visés par la présente lettre d'entente sont le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, le Centre de santé Inuulitsivik et le Centre de santé de la Basse Côte-Nord.

3. Seul le médecin qui est rémunéré selon le mode de rémunération mixte dans un établissement visé peut se prévaloir des avantages prévus à la présente lettre d'entente.

4. Le médecin ne peut réclamer le paiement du forfait prévu à l'alinéa 1 ii) au cours d'une journée pour laquelle il réclame le paiement d'un per diem selon le mode de rémunération mixte.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29<sup>e</sup> jour de juin 2001.

**RÉMY TRUDEL**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**TABLEAU DES CODES D'ACTE ET DES TARIFS**

<i>Forfaits en semaine incluant les jours fériés</i>	
<i>Paragraphe 1i)</i>	<i>Paragraphe 1ii)</i>
<b>600 \$</b>	<b>600 \$</b>
<b>Code d'acte</b>	<b>Code d'acte</b>
09724	09725
<i>Forfait le week-end</i>	
<i>Paragraphe 1i)</i>	
<b>600 \$</b>	
<b>Code d'acte</b>	
09999	

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- pour les codes d'acte 09724 et 09999, inscrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, les dates correspondant à la période des soins rendus dans l'établissement;

Le code d'acte 09724 doit être facturé le 3<sup>e</sup> jour de la dispensation des soins.

Le code d'acte 09999 doit être facturé le 2<sup>e</sup> jour de la dispensation des soins.

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec les codes d'acte 09724, 09725 ou 09999.**

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 134

**LETTRE D'ENTENTE NO 134****CONCERNANT L'INSTAURATION DE MESURES INCITATIVES DE RÉMUNÉRATION EN PSYCHIATRIE**

**CONSIDÉRANT** le nombre de médecins psychiatres exerçant dans certains établissements des régions intermédiaires et périphériques;

**CONSIDÉRANT** la situation de ces établissements au niveau du plan d'effectifs médicaux, de la population à desservir et du volume d'activités en psychiatrie;

**CONSIDÉRANT** la nécessité d'assurer la stabilité des équipes en place et/ou de favoriser le recrutement d'effectifs dans ces établissements;

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

1. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, le médecin psychiatre qui exerce dans un établissement visé à l'article 2, a également droit au paiement d'une prime de cent dollars (100 \$) par jour si les honoraires qu'il reçoit au cours de ce jour dans les établissements visés sont d'au moins trois cent cinquante dollars (350 \$).

2. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, les établissements visés sont les suivants :

- Complexe hospitalier de la Sagamie
- CH régional de Trois-Rivières
- Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- Hôpital Sainte-Croix
- CH du Centre-de-la-Mauricie
- Centre hospitalier Pierre-Janet
- CH des Vallées de l'Outaouais
- CH-CHSLD de Papineau
- Centre hospitalier Gatineau Memorial
- CH Beauce-Etchemin
- CH de la région de l'Amiante
- Hôtel-Dieu de Montmagny
- Hôtel-Dieu de St-Jérôme
- CH régional De Lanaudière
- CH Saint-Eustache
- CH Anna-Laberge
- CH régional du Suroît
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Hôtel-Dieu de Sorel

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

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 09726 (forfait en semaine, week-end et jours fériés) dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

3. Un médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de plus d'une prime de 100 \$ par jour.

4. Un médecin psychiatre ne peut réclamer le paiement de la prime de 100 \$ au cours d'une journée pour laquelle il a réclamé le paiement du forfait de 170 \$ prévu à la lettre d'entente no 112.

5. Les avantages conférés par la présente lettre d'entente sont réévalués régulièrement par les parties négociantes, en tenant compte, notamment, de l'évolution de la situation des effectifs médicaux dans l'établissement visé.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22<sup>e</sup> jour de janvier 2002.

**RÉMY TRUDEL**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 135

**LETTRE D'ENTENTE NO 135****CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS EN PÉNURIE D'EFFECTIFS.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services médicaux spécialisés dans certains établissements et disciplines qu'elles désignent.

2. Les parties négociantes désignent les disciplines et établissements visés à la présente lettre d'entente en tenant compte des critères suivants :

- Seules les disciplines de base nécessitant une permanence sont considérées;
- L'établissement doit être situé dans un secteur géographiquement isolé qui rend difficile le recrutement dans la discipline visée;
- Aucun médecin n'exerce de façon principale dans l'établissement et la discipline désignés.

3. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux dans une discipline et un établissement désignés par les parties négociantes.

4. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

Les parties négociantes favorisent l'acquisition par le médecin de la formation supplémentaire nécessaire à la prestation de l'ensemble des soins requis, eu égard à la mission de l'établissement.

5. Le montant forfaitaire est de 500 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin se rend dans l'établissement désigné afin d'assurer la prestation continue des services médicaux dans sa discipline.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour, par discipline, au sein d'un établissement désigné.

6. Afin d'être admissible au paiement de ce montant forfaitaire, le médecin doit être reconnu par les parties négociantes à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour une période minimale d'un (1) an.

**AVIS :** *La liste des médecins participants au groupe concerné doit être soumise aux parties négociantes avec la demande d'adhésion de l'établissement à la lettre d'entente.*

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète pour la période minimale d'une année prévue au paragraphe précédent.

7. Afin d'être reconnu au sein d'un groupe, le médecin doit exercer de façon principale dans un établissement autre qu'un établissement désigné et sa participation au groupe concerté ne doit pas affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal. Le médecin qui exerce de façon principale dans une discipline et un établissement visés par les lettres d'entente n° 102 ou n° 112 ne peut être reconnu au sein d'un groupe.

Un médecin ne peut être membre de plus d'un (1) groupe à la fois, à moins d'autorisation contraire des parties négociantes.

De plus, les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance de médecins qui exercent dans la région de l'établissement désigné.

8. Chaque médecin du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour une période minimale de vingt et un (21) jours au cours de l'année.

L'engagement de service de l'ensemble des médecins du groupe doit permettre d'assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés pour la période minimale d'un (1) an prévue à l'article 6.

9. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 500 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.

10. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services médicaux au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services médicaux au cours de cette journée dans la discipline et l'établissement désignés.

Lorsqu'un médecin remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 5 en lieu et place du médecin qu'il remplace et la pénalité prévue à l'article 9 ne s'applique pas.

**AVIS :** *L'établissement doit informer le Centre de contacts des professionnels et admissibilité de la Régie de l'identité des médecins concernés et la période visée en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en « pool de service » » (n° 3121). Inscrire « Lettre d'entente no 135 » dans la case AUTRES.*

11. Parmi les médecins du groupe, un coordonnateur est désigné afin d'assurer l'organisation de la prestation continue des services médicaux dans la discipline et l'établissement désignés.

**AVIS :** *L'établissement doit informer le Service de l'admissibilité et de la révision de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente no 135.*

La rémunération du médecin coordonnateur est assurée par le biais du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence.

**AVIS :** *Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation » (n° 1215) et inscrire le code d'activité 049038 (Coordonnateur).*

Le médecin coordonnateur doit aviser les parties négociantes et l'établissement désigné au moins soixante (60) jours avant la fin de la période visée à l'engagement de l'ensemble des médecins du groupe, si le groupe entend renouveler pour une autre année son engagement d'assurer la prestation continue des services médicaux dans la discipline visée.

12. Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le lieu d'exercice principal d'un médecin est celui où il gagne la majorité de ses gains de pratique.

13. Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente dans une discipline ou un établissement désignés ou reconsidérer la reconnaissance d'un groupe concerté ou d'un membre du groupe.

14. Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente comprenant la désignation de la discipline et de l'établissement visés ainsi que la période d'application.

15. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

16. Le montant forfaitaire prévu à l'article 5 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22<sup>e</sup> jour de janvier 2002.

**RÉMY TRUDEL**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS :** *Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :*  
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;  
- le code d'acte 09708 (forfait en semaine, week-end et jours fériés), dans la case ACTES;  
- le code d'établissement;  
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 138

**LETTRE D'ENTENTE NO 138****CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA PRESTATION CONTINUE DES SERVICES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE AU CENTRE DE SANTÉ SAINTE-FAMILLE.****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les parties négociantes conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération afin de favoriser l'accessibilité et la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.
2. Un montant forfaitaire est payable au médecin spécialiste qui assure, par le biais d'un groupe concerté, la prestation continue des services médicaux en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.
3. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin donne l'ensemble des soins auxquels l'habilitent ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin doit également assumer la couverture de la garde.

Les parties négociantes favorisent l'acquisition par le médecin de la formation supplémentaire nécessaire à la prestation de l'ensemble des soins requis, eu égard à la mission du Centre de santé Sainte-Famille.

4. Le montant forfaitaire est de 500 \$ par jour. Il est versé au médecin en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, pour chaque jour où le médecin assure la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour.

5. Afin d'être admissible au paiement de ce montant forfaitaire, le médecin doit être reconnu par les parties négociantes à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer, pour une période minimale d'un (1) an, la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

**AVIS :** *La liste des médecins participants au groupe concerté doit être soumise aux parties négociantes.*

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète pour la période minimale d'une année prévue au paragraphe précédent.

6. Dans la reconnaissance d'un groupe concerté, les parties négociantes favorisent l'autonomie régionale et privilégient la reconnaissance de médecins qui exercent dans la région de l'établissement désigné.

De plus, ne peut être reconnu au sein d'un groupe, le médecin qui exerce de façon principale dans une discipline et un établissement visés par les lettres d'entente n° 102 ou n° 112 ou dont la participation au groupe concerté risque d'affecter l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal.

7. Chaque médecin du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour une période minimale de vingt et un (21) jours au cours de l'année.

Toutefois, le médecin du groupe qui exerce de façon principale au Centre de santé Sainte-Famille doit quant à lui s'engager à assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour une période minimale de vingt-six (26) semaines au cours de l'année, incluant la garde.

L'engagement de service de l'ensemble des médecins du groupe doit permettre d'assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille pour la période minimale d'un (1) an prévue à l'article 5.

8. Le fait pour le médecin de ne pas respecter les termes de son engagement entraîne, sauf dans les cas d'exception agréés par les parties négociantes, l'obligation pour le médecin de payer à la Régie une pénalité de 500 \$ pour chaque jour de non-respect des termes de son engagement. Le montant de cette pénalité est versé au budget alloué pour l'application de la présente lettre d'entente.

9. Le médecin qui ne peut assurer la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins du groupe, afin d'identifier un médecin remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services au cours de cette journée.

Lorsqu'un médecin remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 4 en lieu et place du médecin qu'il remplace et la pénalité prévue à l'article 8 ne s'applique pas.

**AVIS** : *L'établissement doit informer le Centre de contacts des professionnels et admissibilité de la Régie de l'identité des médecins concernés et la période visée en remplissant le formulaire « Avis de remplacement, de désignation en support ou en « pool de service » » (n° 3121). Inscrire « Lettre d'entente no 138 » dans la case AUTRES.*

**10.** Parmi les médecins du groupe, un coordonnateur est désigné afin d'assurer l'organisation de la prestation continue des services en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

**AVIS** : *L'établissement doit informer le Centre de contacts des professionnels et admissibilité de la Régie de l'identité du médecin coordonnateur et la période visée en précisant qu'il s'agit de la Lettre d'entente no 138.*

La rémunération du médecin coordonnateur est assurée par le biais du Protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées pour le compte d'une agence.

**AVIS** : *Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation » (n° 1215) et inscrire le code d'activité 049038 (Coordonnateur).*

Le médecin coordonnateur doit aviser les parties négociantes et le Centre de santé Sainte-Famille au moins soixante (60) jours avant la fin de la période visée à l'engagement de l'ensemble des médecins du groupe, si le groupe entend renouveler pour une autre année son engagement.

**11.** Les parties négociantes peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente ou reconsidérer la reconnaissance d'un groupe concerté ou d'un membre du groupe.

La présente lettre d'entente cesse notamment de s'appliquer à compter du moment où plus d'un médecin exerce de façon principale en chirurgie générale au Centre de santé Sainte-Famille.

**12.** Les parties négociantes transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

**13.** La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

**14.** Le montant forfaitaire prévu à l'article 4 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 22<sup>e</sup> jour de janvier 2002.

**RÉMY TRUDEL**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS** : *Remplir le formulaire « Demande de paiement – médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :*  
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;  
- le code d'acte 09028 (forfait en semaine, week-end et jours fériés), dans la case ACTES;  
- le code d'établissement;  
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 140 ET 141**LETTRE D'ENTENTE NO 140****CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU SUROÏT ET L'HÔPITAL BARRIE MEMORIAL****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les honoraires que le médecin spécialiste en radiologie diagnostique tire de sa prestation de services au Centre hospitalier régional du Suroît (CHRS) et à l'Hôpital Barrie Memorial ne sont pas considérés aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.

2. La présente lettre d'entente ne s'applique toutefois que dans la mesure où le médecin spécialiste tire un minimum de 65 000 \$ de gains de pratique dans ces centres hospitaliers au cours de la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2003.

Cette condition est vérifiée par les parties négociantes à la fin du semestre. Dans l'éventualité où cette condition n'est pas rencontrée, la Régie révisé les honoraires facturés selon les règles d'application des plafonds de gains de pratique normalement applicables et procède à la récupération qui en découle, le cas échéant.

3. Également, la présente lettre d'entente ne s'applique que dans la mesure où le médecin spécialiste en radiologie diagnostique participe à la garde au Centre hospitalier régional du Suroît.

4. La présente lettre d'entente s'applique du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**LETTRE D'ENTENTE NO 141****CONCERNANT LA RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE À L'HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU****LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. Les honoraires que le médecin spécialiste en radiologie diagnostique tire de sa prestation de services à l'Hôpital du Haut-Richelieu ne sont considérés qu'à concurrence de 50 % aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.

2. La présente lettre d'entente s'applique du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 142

## LETTRE D'ENTENTE NO 142

**CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES MÉDICAUX ET LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS MÉDICAUX**

**CONSIDÉRANT** l'adoption de la loi 142;

**CONSIDÉRANT** les dispositions de cette loi concernant les médecins spécialistes, lesquels appellent à la négociation d'une entente entre les parties pour leur application;

**CONSIDÉRANT** que la Fédération a rejeté le recours à ces mesures pour la médecine spécialisée ;

**CONSIDÉRANT** que la Fédération souscrit toutefois à l'objectif de favoriser une meilleure accessibilité aux soins pour la population québécoise et une répartition adéquate des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire ;

**CONSIDÉRANT** que le ministre de la Santé et des Services Sociaux est disposé à considérer l'introduction d'autres mesures afin de favoriser l'atteinte de ces objectifs;

**CONSIDÉRANT** le projet de renouvellement de l'Accord-cadre déposé par la Fédération le 14 mars 2002 et les mesures qui y sont avancées pour favoriser l'atteinte de ces objectifs;

**CONSIDÉRANT** qu'en vertu de la lettre d'entente no 129, les parties ont mis en place le comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés afin de mettre à profit l'expertise des médecins spécialistes dans la détermination des mesures propres à favoriser l'atteinte de ces objectifs;

**CONSIDÉRANT** la volonté des parties de s'entendre sur les moyens à mettre en œuvre afin d'y parvenir;

**AFIN DE FAVORISER UNE RÉPARTITION ADÉQUATE DES EFFECTIFS MÉDICAUX ET L'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ POUR LA POPULATION, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**

1. D'abroger, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2003, l'Annexe 34 de l'Accord-cadre concernant les mesures de rémunération progressive. Toutefois, le comité conjoint constitué en vertu de cette annexe peut faire une recommandation quant aux demandes de reconnaissance qui couvrent une période antérieure à cette date.

2. De consacrer une enveloppe budgétaire récurrente de 22 M\$ afin d'introduire, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2003, une nouvelle grille de rémunération majorée en régions périphériques, intermédiaires et éloignées. Les parties s'engagent à finaliser cette grille d'ici au 1<sup>er</sup> mars 2003.

3. De consacrer une enveloppe budgétaire récurrente de 3 M\$ à compter du 1<sup>er</sup> avril 2003 afin de favoriser la conclusion d'ententes de services pour la couverture continue des soins dans certaines spécialités et établissements des régions.

4. De réaffirmer l'importance du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés institué en vertu de la lettre d'entente no 129 afin de planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire.

5. De confier au comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés le mandat de:

- Réexaminer, d'ici le 10 mai 2003, les plans régionaux d'effectifs médicaux établis pour la période 2003-2004 en vue d'y apporter les améliorations possibles;
- Examiner la question de l'apport des cliniques privées et de leur complémentarité dans la poursuite des objectifs en matière d'accessibilité et de répartition;
- Amorcer les travaux sur la confection des plans régionaux pour la période 2004-2006 et faire les recommandations appropriées au ministre.

6. Les parties reconnaissent qu'afin d'assurer la bonne marche des travaux du comité de gestion des effectifs médicaux, il importe que celui-ci puisse disposer des moyens nécessaires à la poursuite de ses fins et les parties conviennent à cet effet de lui octroyer les ressources requises pour la réalisation de son mandat.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de avril 2003.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 143

**LETTRE D'ENTENTE NO 143****CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN COMITÉ SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES**

**CONSIDÉRANT** qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services;

**CONSIDÉRANT** que les médecins spécialistes québécois doivent pouvoir disposer de conditions d'exercice adéquates pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients;

**CONSIDÉRANT** que les conditions d'exercice impliquent l'accès à des ressources adéquates au plan humain, matériel et financier;

**CONSIDÉRANT** que la qualité des conditions d'exercice a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement de médecins spécialistes au Québec;

**CONSIDÉRANT** que le ministre de la Santé et des Services Sociaux convient de mettre en place, compte tenu des ressources disponibles, les mesures propres à l'amélioration des conditions d'exercice des médecins spécialistes;

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

**1.** De mettre sur pied un comité paritaire sur les conditions d'exercice des médecins spécialistes composé de représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Un observateur en provenance du Collège des médecins du Québec participe également aux travaux du comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins spécialistes de diverses disciplines ainsi que des représentants des Agences ou des établissements du réseau qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité. Il peut à cette fin constituer des groupes de travail et leur confier des mandats spécifiques.

**2.** Le comité sur les conditions d'exercice a pour mandat de favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des médecins spécialistes, et ce afin de favoriser la qualité des soins et d'améliorer leur accessibilité pour la population.

À cette fin, le comité identifie les problèmes reliés aux conditions d'exercice des médecins spécialistes, autant sur un plan local, régional que provincial, en fait l'analyse et formule des recommandations quant aux correctifs à apporter.

**3.** Le comité peut également donner des avis sur toutes questions relatives à l'organisation du travail ou aux conditions d'exercice des médecins spécialistes.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de avril 2003.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 144

### LETTRÉ D'ENTENTE NO 144

#### CONCERNANT LA GESTION DE FIN DE CARRIÈRE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

**CONSIDÉRANT** l'introduction en 1995 d'un programme d'allocation de fin de carrière pour les médecins spécialistes québécois;

**CONSIDÉRANT** la fin du programme d'allocation de fin de carrière au 31 mars 2002;

**CONSIDÉRANT** que depuis cette date les médecins spécialistes ne bénéficient plus de modalités particulières de gestion de fin de carrière;

**CONSIDÉRANT** la lettre d'entente no 85;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de maintenir le statut de travailleur autonome des médecins spécialistes.

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

1. D'ici au 31 mars 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 spécialistes.

2. Dans les 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<sup>er</sup> avril 2004.

Dans le cadre de ces pourparlers, les parties pourront convenir de procéder aux divers travaux ou études susceptibles de les éclairer dans leur négociation.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de avril 2003.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 145

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 145**

**CONCERNANT L'ÉVALUATION ET LA MISE EN PLACE D'AUTRES MESURES POUR FAVORISER LA QUALITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS**

**CONSIDÉRANT** le projet de renouvellement de l'Accord-cadre déposé par la Fédération le 14 mars 2002;

**CONSIDÉRANT** les diverses mesures proposées par la Fédération dans le cadre de ce projet de renouvellement;

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

**1.** Les parties négociantes conviennent de poursuivre les travaux entrepris au cours des derniers mois sur les questions suivantes:

- La notion de cabinets affiliés et la révision de la composante technique
- Le renouvellement des équipements en cabinets privés
- La rémunération de la télémédecine
- L'instauration d'un programme de congé parental
- L'instauration d'un programme de ressourcement
- La rémunération des tâches médico-administratives
- La modification des plafonds de gains de pratique
- La révision du plafond de rémunération majorée en région

Ces travaux devront être complétés assez tôt pour que les négociations entre les parties puissent permettre la conclusion d'ententes applicables même avant le 1<sup>er</sup> avril 2004.

**2.** Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied des comités paritaires pour l'évaluation et la détermination des modalités relatives à l'introduction éventuelle des mesures suivantes:

- La rémunération de la garde en disponibilité
- La rémunération des chefs de département
- La rémunération des activités d'enseignement et de recherche

Les comités mis sur pied devront faire rapport aux parties négociantes des résultats de leurs travaux d'ici au 31 octobre 2003 afin que les négociations entre les parties puissent permettre la conclusion d'ententes applicables à compter du 1<sup>er</sup> avril 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de avril 2003.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 146

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 146****CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES**

**CONSIDÉRANT** la politique de rémunération du gouvernement;

**CONSIDÉRANT** que le gouvernement a la responsabilité d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel afin de permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;

**CONSIDÉRANT** qu'à cet égard, les comparaisons et les écarts de rémunération avec les autres provinces doivent être pris en considération;

**CONSIDÉRANT** que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'existence d'écarts entre les rémunérations des médecins spécialistes québécois et celles de leurs collègues des autres provinces mais qu'ils ne s'entendent pas sur l'ampleur des écarts à corriger;

**CONSIDÉRANT** que les comparaisons de rémunération et leur interprétation exigent la prise en compte d'une multitude de facteurs techniques, économiques et sociaux;

**CONSIDÉRANT** qu'en dépit de l'incertitude sur l'ampleur des écarts à corriger, le gouvernement a accepté de procéder, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2003, à un redressement de la rémunération des médecins spécialistes par le biais de l'introduction des mesures identifiées à l'article 9 du Protocole d'accord relatif à l'application de l'Accord-cadre MSSS/FMSQ pour les années 1999-2000 à 2003-2004;

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

1. De mettre sur pied un comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes dont le mandat consiste à comparer la rémunération des médecins spécialistes québécois par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces et à 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 spécialistes et à la détermination des écarts de rémunération.

2. Ce comité est composé des personnes suivantes :

- Un expert indépendant pouvant, de par ses connaissances dans ce domaine, contribuer à faciliter la réalisation du mandat du comité, et choisi par les parties négociantes;
- Des représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec;
- Des représentants du ministère de la Santé et des Services Sociaux; et
- Un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor.

3. Les parties nomment madame Diane Marleau 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'étude sur la rémunération 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 spécialistes québécois avec celle de leurs confrères des autres provinces et 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 négociantes.

Les parties conviennent d'octroyer les mandats à ce titre 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 doivent être complétés au plus tard le 31 octobre 2003. Le comité remet aux parties négociantes un rapport faisant état de ses conclusions.

6. Une fois saisies des résultats des travaux du comité d'étude, les parties entreprennent des pourparlers en vue de conclure une entente sur les écarts de rémunération à corriger et l'échéancier de ces correctifs, lequel ne peut s'étendre sur une période de plus de quatre ans à moins que les parties en conviennent autrement.

**7.** En tout temps, si une des parties le souhaite, un médiateur pourra être nommé afin de leur permettre d'en arriver à une entente. Les honoraires du médiateur sont assumés à part égale par les parties.

Le médiateur fera rapport aux parties, traduisant le résultat de son intervention auprès des parties en indiquant les sujets d'ententes et de mésententes et toutes autres conclusions qu'il juge raisonnables. Le médiateur peut faire des recommandations aux parties; ces recommandations ne lient pas les parties.

**8.** 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 spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé.

Ces correctifs s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> avril 2004 et par la suite au 1<sup>er</sup> avril de chaque année qui suit, selon l'ampleur de l'écart à être corrigé et l'échéancier convenu entre les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1<sup>er</sup> jour de avril 2003.

**FRANÇOIS LEGAULT**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N<sup>OS</sup> 147 ET 148

### LETTRE D'ENTENTE NO 147

#### CONCERNANT LES ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES EFFECTUÉES AU CENTRE DE RÉADAPTATION LUCIE-BRUNEAU

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

1. La tarification prévue à l'**ADDENDUM 9 - ÉPREUVES CARDIOLOGIQUES** de l'Annexe 7 s'applique aux épreuves cardiologiques effectuées au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.
2. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE NO 148

#### CONCERNANT L'OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE À L'HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU

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

1. Les honoraires que le médecin spécialiste en obstétrique-gynécologie tire de sa prestation de services à l'Hôpital du Haut-Richelieu ne sont considérés qu'à concurrence de 50 % aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique.
2. La présente lettre d'entente s'applique du 1<sup>er</sup> juillet 2002 au 31 décembre 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 149

**LETTRE D'ENTENTE NO 149****CONCERNANT LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX MODALITÉS D'APPLICATION DES PLAFONNEMENTS GÉNÉRAUX DE GAINS DE PRATIQUE**

**CONSIDÉRANT** les modifications que les parties apportent aux modalités de calcul des gains visés par les plafonnements généraux de gains de pratique de l'Annexe 8;

**CONSIDÉRANT** la volonté des parties négociantes d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés dont, de façon spécifique, la réduction des listes d'attente;

**CONSIDÉRANT** que toute modification aux modalités d'application des plafonnements généraux de gains de pratique peut avoir divers impacts.

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

**1.** De mesurer et d'évaluer à la fin de chacun des quatre (4) semestres suivant la signature des présentes, l'augmentation de la pratique médicale découlant des modifications apportées aux modalités de calcul des gains visés par les plafonnements généraux de gains de pratique et leur effet sur l'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux spécialisés dont, de façon spécifique, la réduction des listes d'attente.

Ces évaluations prendront notamment en considération le niveau d'activités constaté chez les médecins avant et après les modifications apportées, les coûts qui en résultent et les divers facteurs qui influent sur les listes d'attente.

**2.** De mettre fin aux modifications apportées aux modalités de calcul des gains visés par les plafonnements généraux de gains de pratique de l'Annexe 8 au terme de la période d'évaluation prévue à l'article 1, si les évaluations ne démontrent pas l'atteinte des objectifs fixés à l'égard de la réduction des listes d'attente en établissement et, le cas échéant, de réduire l'enveloppe globale prédéterminée applicable au cours d'une année d'un montant de 3 millions \$.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 150

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 150****CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE LA RÉMUNÉRATION MAJORÉE DANS CERTAINS TERRITOIRES****CONSIDÉRANT** la lettre d'entente no 142;**CONSIDÉRANT** qu'en vertu de l'article 2 de cette lettre d'entente, les parties négociantes ont convenu d'introduire, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2003, une nouvelle grille de rémunération majorée en région;**CONSIDÉRANT** que les parties ont finalisé cette nouvelle grille de rémunération majorée.**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1.** La nouvelle grille de rémunération majorée à être introduite au 1<sup>er</sup> octobre 2003 est agréée selon les critères suivants :**1.1** Cinq territoires de rémunération majorée sont reconnus, soit :**I- 107 % pour les territoires comprenant :**

- **Dans la région de l'Outaouais**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH Pierre-Janet, CH-CHSLD de Papineau et CH des Vallées de l'Outaouais;
- **Dans la région de Québec**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH St-Joseph de La Malbaie et CH de Charlevoix;
- **Dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska - Résidence Le Chêne, Centre de santé Cloutier-du-Rivage, CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie - Centre Laflèche, Centre de santé de la MRC de Maskinongé, CH du Centre-de-la-Mauricie, CH régional de Trois-Rivières, CH régional de la Mauricie, Hôtel-Dieu d'Arthabaska, Hôpital Sainte-Croix et le Centre de santé Nicolet-Yamaska - CH du Christ-Roi;
- **Dans la région de Chaudière-Appalaches**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH de la Région de l'Amiante, CH de Beauceville, CH Beauce-Etchemin et l'Hôtel-Dieu de Montmagny;
- **Dans la région de la Montérégie**, le territoire où est situé l'Hôtel-Dieu de Sorel;
- **Dans la région de l'Estrie**, le territoire où est situé le Carrefour santé du Granit - CH Lac-Mégantic.

**II- 115 % pour les territoires comprenant :**

- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH de la Sagamie, Hôpital de La Baie et le CH de Jonquière.

**III- 125 % pour les territoires comprenant :**

- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, les territoires où sont situés les établissements suivants : Centre Le Jeannois et Hôtel-Dieu de Roberval;
- **Dans la région du Bas-Saint-Laurent**, les territoires où sont situés les établissements suivants : Réseau Santé Kamouraska - Centre Notre-Dame-de-Fatima et CH régional du Grand-Portage.

**IV- 130 % pour les territoires comprenant :**

- **Dans la région de l'Outaouais**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH du Pontiac et Centre de santé Vallée-de-la-Gatineau;
- **Dans la région du Saguenay/Lac Saint-Jean**, le territoire où est situé le Centre Maria-Chapdelaine;
- **Dans la région du Bas-Saint-Laurent**, les territoires où sont situés les établissements suivants : CH d'Amqui, CH de Matane, Réseau de Santé du Témiscouata - CH Notre-Dame-du-Lac et CH régional de Rimouski;
- **Dans la région des Laurentides**, le territoire où est situé le CH et CR Antoine-Labelle;
- **Dans la région de la Mauricie/Centre-du-Québec**, le territoire où est situé le Centre de santé et des services sociaux de la Saint-Maurice.

**V- 144 % pour les territoires comprenant :**

- Pour l'ensemble des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord et de la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine.

**1.2** Les majorations applicables dans ces territoires s'appliquent seulement aux médecins qui y sont établis et qui y exercent activement dans un établissement. Pour ces médecins, la majoration s'applique alors autant en établissement qu'en cabinet privé.

**1.3** Dans les territoires III, IV et V, le médecin qui y dispense des services et qui ne rencontre pas les deux conditions de l'article 1.2 reçoit néanmoins une majoration de 20 %.

**1.4** Les règles suivantes s'appliquent pour le médecin d'un territoire qui exerce dans un autre territoire :

- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires I conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires II;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires III conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires IV ou V;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires IV conserve cette majoration pour les services qu'il fournit dans les territoires V;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires II, III, IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires I pour les services qu'il fournit dans ces territoires;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires III, IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires II pour les services qu'il fournit dans ces territoires;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires IV ou V reçoit la majoration applicable aux territoires III pour les services qu'il fournit dans ces territoires;
- Le médecin admissible à la majoration prévue dans les territoires V reçoit la majoration applicable aux territoires IV pour les services qu'il fournit dans ces territoires;

**1.5** Les majorations de la rémunération de base sont versées jusqu'à concurrence d'un montant d'honoraires résultant de services rendus dans l'ensemble de ces territoires égal à 228 000 \$ par année civile. Une fois ce maximum atteint, les majorations ne s'appliquent qu'aux honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4 ou de la Règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ou de l'article 4 de l'Annexe 38.

**1.6** La majoration applicable dans les secteurs III, IV et V de l'Annexe 20, ainsi qu'au Centre de santé de Chibougamau, demeure inchangée.

**2.** Les parties conviennent d'insérer à l'entente les clauses nécessaires afin de permettre l'application, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2003, de la nouvelle grille de rémunération majorée prévue à la présente lettre d'entente, conformément aux critères qui y sont prévus.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2003.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 151

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 151****CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE COMPENSATION FINANCIÈRE POUR LES MÉDECINS EXERÇANT AU RÉSEAU SANTÉ RICHELIEU-YAMASKA**

**CONSIDÉRANT** la découverte de moisissures infectant le bâtiment du Pavillon Honoré-Mercier du Réseau Santé Richelieu-Yamaska;

**CONSIDÉRANT** les travaux nécessaires à la réfection du bâtiment, lesquels se dérouleront sur une période de plusieurs mois;

**CONSIDÉRANT** l'objectif d'assurer le maintien d'activités hospitalières pour la clientèle de l'établissement par le transfert d'activités au sein d'autres pavillons de l'établissement;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de favoriser la rétention des effectifs médicaux actuellement en place et de maintenir la capacité de recrutement des nouveaux effectifs prévus au plan d'effectifs médicaux de l'établissement;

**CONSIDÉRANT** que l'activité professionnelle des médecins spécialistes sera affectée par les travaux de réfection du Pavillon Honoré-Mercier;

**CONSIDÉRANT** la nécessité d'assurer le maintien de la rémunération des médecins spécialistes exerçant au sein de l'établissement.

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

**1.** Est instauré un programme de compensation financière afin d'assurer le maintien d'une rémunération équitable pour les médecins spécialistes exerçant au Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

**2.** Est admissible au programme de compensation financière le médecin spécialiste qui, au 1<sup>er</sup> juin 2004 ou à toute autre date au cours de la période d'application du programme, exerce activement au Réseau Santé Richelieu-Yamaska ou y dispense des services de façon régulière dans un contexte de support ou de remplacement.

Les parties négociantes déterminent si un médecin rencontre ces conditions en tenant compte du statut du médecin dans l'établissement, de son niveau d'activité et du montant de ses gains de pratique.

Les médecins admissibles sont par la suite désignés par les parties négociantes.

**3.** Les bénéfiques du programme de compensation financière s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> juin 2004 et se terminent le 31 mai 2006, quant aux mesures prévues à l'article 8 et le 31 août 2006, quant aux mesures prévues à l'article 7.

Toutefois, pour les médecins qui ont été affectés par le déménagement de locaux au cours du mois de juin 2006, les bénéfiques prévus à l'article 8 peuvent s'appliquer jusqu'au 30 juin 2006.

**4.** Afin de recevoir les bénéfiques du programme de compensation financière, le médecin admissible doit assurer une disponibilité de services au Réseau Santé Richelieu-Yamaska, après entente avec son chef de département.

Au cours de la période d'application du programme de compensation financière, les parties négociantes peuvent vérifier si le médecin assure la disponibilité attendue en tenant compte de divers facteurs, notamment du statut du médecin, du niveau de participation aux activités de l'établissement, du nombre de jours où des honoraires ont été réclamés et du montant de ses gains de pratique mensuels par rapport aux gains de pratique mensuels moyens touchés pendant la période de référence prévue à l'article 6.

S'il s'avère que la disponibilité du médecin a diminué, les parties négociantes peuvent exclure celui-ci du programme de compensation financière, modifier la durée de la période d'application du programme pour ce médecin ou adapter le montant de la compensation financière afin de refléter la pratique de celui-ci.

**5.** Le programme de compensation financière vise à assurer le maintien d'une rémunération adéquate au médecin admissible. Cette rémunération est déterminée en tenant compte des gains de pratique mensuels moyens du médecin et de ses gains de pratique mensuels moyens au Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

Les gains de pratique mensuels moyens du médecin sont déterminés en effectuant la moyenne de l'ensemble de ses gains de pratique au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 mars 2003. Toutefois, les gains de pratique en cabinet privé sont réduits d'un pourcentage reflétant la composante technique. Ce pourcentage est de 35 % pour l'ensemble des médecins spécialistes, à l'exception des médecins spécialistes en radiologie et à l'égard des services de physiothérapie rendus par le médecin spécialiste en psychiatrie, pour lesquels le pourcentage applicable est de 70 %. De plus, on majore les gains de pratique afin de traduire les augmentations tarifaires consenties pour l'année 2003-2004.

Les gains de pratique mensuels moyens du médecin au Réseau Santé Richelieu-Yamaska sont déterminés en effectuant la moyenne de l'ensemble de ses gains de pratique dans cet établissement au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 mars 2003. De plus, on majore les gains de pratique afin de traduire les augmentations tarifaires consenties pour l'année 2003-2004.

6. Dans l'éventualité où le médecin admissible n'a pas exercé de façon active au cours de l'ensemble de la période du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 mars 2003, ses gains de pratique mensuels moyens sont alors ajustés par les parties négociantes afin de refléter la pratique du médecin.

Dans l'éventualité où les parties négociantes ne disposent pas de données suffisantes pour déterminer les gains de pratique mensuels moyens d'un médecin admissible, ceux-ci sont déterminés par les parties négociantes en tenant compte notamment de la rémunération des médecins actifs exerçant dans le même service ou département.

7. En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Entente, tout médecin spécialiste qui dispense des services au sein du Réseau Santé Richelieu-Yamaska a droit aux bénéfices suivants :

- i) Une majoration d'honoraires de 7% de la rémunération de base prévue à l'Entente s'applique à l'ensemble des services dispensés au sein de l'établissement.

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) et ajouter le 7 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.

- Pour la facturation de services de laboratoire en établissement, remplir le formulaire « Demande de paiement à l'assurance hospitalisation - Rémunération à l'acte » (n° 1606) et ajouter le 7 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.

- ii) Une majoration d'honoraires de 20 % de la rémunération de base prévue à l'Entente s'applique à l'égard des services dispensés, à la demande de l'établissement, au cours d'un horaire d'activité établi en dehors des heures d'activité régulières, soit entre 19 h et 7 h du lundi au vendredi ou entre 7 h et 7 h le samedi, le dimanche ou un jour férié. Toutefois, ne sont pas visés par cette majoration les services dispensés en urgence au sens de la règle 14 du préambule général de l'annexe 4, de la règle 4.2 du préambule général de l'annexe 5 ou de l'article 4 de l'annexe 38. L'établissement informe les parties négociantes des horaires établis en dehors des heures régulières ainsi que des spécialités et médecins concernés.

**AVIS :** Inscrire dans la section « Actes » du formulaire n° 1200 :

- le modificateur 173 ou un de ses multiples pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en calculant à 120 % (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu) du tarif de base majoré de 7 %;
- le code d'établissement.;
- Les multiples du modificateur 173 sont :

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple
050 - 093 - 173	319
050 - 173	563
093 - 094 - 173	320
093 - 173	565
094 - 173	566
130 - 173	569

**AVIS :** Inscrire sur le formulaire n° 1606 :

- le modificateur 173 pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés en calculant à 120 % du tarif de base majoré de 7 %.

8. Pour chacun des mois de la période d'application, le médecin admissible a droit au paiement d'un montant forfaitaire équivalant à la différence entre le montant de ses gains de pratique mensuels moyens et le montant de ses gains de pratique au cours de ce mois. Les gains de pratique d'un médecin au cours d'un mois sont ajustés de façon à ne pas tenir compte des majorations d'honoraires prévues à l'article 7. De plus, les gains de pratique en cabinet privé sont réduits de la façon prévue à l'article 6 pour refléter la composante technique.

Le montant forfaitaire auquel un médecin a droit au cours d'un mois ne peut toutefois excéder un montant équivalent à la différence entre le montant de ses gains de pratique mensuels moyens au Réseau Santé Richelieu-Yamaska et le montant de ses gains de pratique au cours de ce mois dans cet établissement, tel que ci-dessus ajusté.

Lorsque les gains de pratique d'un médecin au cours d'un mois excèdent le montant de ses gains de pratique mensuels moyens, l'excédent est pris en considération par les parties négociantes afin de réduire le montant forfaitaire à verser à un médecin pour un mois ultérieur ou, à défaut, le montant déjà versé pour un mois antérieur.

De plus, à la fin de la période d'application, un ajustement est apporté afin de ne pas tenir compte, dans le calcul du montant forfaitaire à verser, de l'augmentation des majorations d'honoraires due à une hausse des services dispensés en urgence au sens des règles précitées.

**9.** Les montants forfaitaires calculés en vertu de l'article 8 sont versés trimestriellement. Les parties négociantes peuvent toutefois convenir du versement d'avances à certains médecins.

**10.** La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes pour l'application de la présente lettre d'entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27<sup>e</sup> jour de septembre 2004.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 152

## LETTRE D'ENTENTE NO 152

**CONCERNANT LA POURSUITE DE STAGES DE FORMATION OU DE PERFECTIONNEMENT EN URGENCES GYNÉCO-OBSTÉTRICALES DE BASE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**CONSIDÉRANT** la nécessité pour certains centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources de médecins spécialistes pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base;

**CONSIDÉRANT** le support pouvant être offert par les médecins spécialistes en chirurgie générale pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base dans certains centres hospitaliers;

**CONSIDÉRANT** l'opportunité de favoriser la formation ou le perfectionnement de médecins spécialistes en chirurgie générale pour la pratique des urgences gynéco-obstétricales de base afin d'offrir un tel support.

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

+ **1.** Le médecin spécialiste en chirurgie générale qui effectue un stage de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 800 \$ pour chaque journée au cours de laquelle il effectue un tel stage de formation ou de perfectionnement.

**2.** Le médecin qui réclame le paiement de ce montant forfaitaire au cours d'une journée de formation ou de perfectionnement ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette journée, au cours de la période de 7 h à 17 h.

**AVIS :** *Pour les services facturés la même journée que le forfait, indiquer la plage horaire selon l'heure pendant laquelle chaque service est dispensé et ce, peu importe le lieu où il a été dispensé.*

<b>Plage horaire (P.H.)</b>	<b>Valeur</b>
<i>de minuit à 7 h (nuit)</i>	<i>1</i>
<i>de 7 h à 12 h (A.M.)</i>	<i>2</i>
<i>de 12 h à 17 h (P.M.)</i>	<i>3</i>
<i>de 17 h à minuit (soir)</i>	<i>4</i>

**3.** Le médecin spécialiste qui est appelé à se déplacer afin d'effectuer un stage de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales a également droit au paiement de ses frais de déplacement, de la façon prévue à l'Annexe 23 de l'Accord-cadre. Le médecin visé par les dispositions de l'article 3.1 de l'Annexe 19 peut également tirer avantage des bénéfices prévus aux alinéas 3.4 (ii) et (iii) de l'Annexe 19.

+ **4.** De plus, le médecin spécialiste en obstétrique gynécologie qui dispense la formation en urgences gynéco-obstétricales de base à un médecin spécialiste en chirurgie générale a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 415 \$ pour chaque journée au cours de laquelle il dispense cette formation. Ce montant forfaitaire lui est versé en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente.

5. Pour bénéficier des mesures prévues à la présente lettre d'entente, les médecins spécialistes en chirurgie générale ou en obstétrique gynécologie doivent être désignés par les parties négociantes. De plus, les médecins spécialistes en chirurgie générale doivent poursuivre cette formation et ce perfectionnement dans le but d'offrir le support nécessaire à l'organisation clinique de certains centres hospitaliers.

6. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente, dont le nom des médecins visés ainsi que le lieu et la période de formation ou de perfectionnement en urgences gynéco-obstétricales de base.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27<sup>e</sup> de septembre 2004.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

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

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19054** dans la case ACTES pour le médecin qui effectue le stage;
- ou
- le code d'acte **19075** dans la case ACTES pour le médecin qui dispense la formation;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 153

**LETTRE D'ENTENTE NO 153****CONCERNANT LA TARIFICATION EN CABINET PRIVÉ DU TRAITEMENT DE LA MEMBRANE NÉO-VASCULAIRE SOUS-RÉTINIENNE PAR LASER APRÈS INJECTION INTRAVEINEUSE DE VERTÉPOR-FINE (CI-APRÈS LA « THÉRAPIE PHOTODYNAMIQUE À LA VISUDYNE »)**

**CONSIDÉRANT** que les parties ont convenu dans la lettre d'entente no 84 de discuter des mesures à prendre dans l'éventualité d'un transfert des activités hospitalières en cabinet privé;

**CONSIDÉRANT** les modifications apportées dans le cadre de la Modification # 36 à la tarification de la thérapie photodynamique à la Visudyne afin d'en permettre l'accès en cabinet privé;

**CONSIDÉRANT** certains des frais reliés à ce traitement lorsque dispensé en cabinet privé;

**CONSIDÉRANT** l'intention des parties de suivre l'évolution du nombre de traitements qui seront dispensés en cabinet privé ainsi que des coûts résultant des modifications apportées à la tarification de ce traitement;

**CONSIDÉRANT** les incertitudes dans l'évaluation du nombre de traitements qui seront effectués en cabinet.

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

1. Dans les dix-huit (18) mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente Lettre d'entente, les parties évalueront le nombre de thérapies photodynamiques à la Visudyne effectuées en cabinet privé par les médecins spécialistes en ophtalmologie désignés.

Le Ministre s'engage à prendre en compte les coûts résultant des modifications apportées à la tarification de ce traitement en cabinet privé et d'ajuster en conséquence l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée.

2. Aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8, on ne tient compte, en cabinet privé, que de 30% des honoraires provenant de la facturation de la thérapie photodynamique à la Visudyne.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27<sup>e</sup> jour de septembre 2004.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**AVIS** : Voir le code d'acte 00643 à l'onglet « Procédés diagnostiques et thérapeutiques ».

ANNEXE 11 A. - LE - N° 154

**LETTRE D'ENTENTE NO 154****CONCERNANT LES MÉDECINS ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG.**

**CONSIDÉRANT** l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec (« CMQ ») concernant les médecins et les infections transmissibles par le sang;

**CONSIDÉRANT** qu'en vertu de cet énoncé de position, le médecin infecté par une maladie transmissible par le sang et qui pose des actes médicaux propices à la transmission doit faire évaluer initialement et périodiquement sa pratique professionnelle par un comité d'experts et se conformer aux recommandations formulées par ce comité;

**CONSIDÉRANT** la mise en place par l'Institut national de santé publique du Québec (« INSPQ ») d'un service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes à l'intention des professionnels et du personnel impliqués dans la prestation des soins de santé (ci-après le « SERTIH »);

**CONSIDÉRANT** que pour permettre la réalisation du mandat du SERTIH, des comités d'experts composés notamment de médecins spécialistes sont mis en place;

**CONSIDÉRANT** les négociations qui se poursuivent entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (« FMSQ ») et le ministère de la Santé et des Services sociaux (« MSSS ») concernant la rémunération des médecins qui participent aux travaux du SERTIH et la nécessité de convenir d'un protocole de rémunération spécifique pour ces activités;

**CONSIDÉRANT** l'engagement du MSSS, au nom du gouvernement, de tenir les médecins spécialistes membres du comité quittes et indemnes de toute réclamation pouvant découler de leur participation aux travaux du comité et d'assurer leur défense;

**CONSIDÉRANT** la demande de la FMSQ de mettre en place des mesures visant à compenser la perte de rémunération qu'un médecin spécialiste pourrait encourir suite à une limitation d'exercice et les travaux en cours sur ce sujet;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de poursuivre les travaux entrepris par les parties afin d'assurer le bon fonctionnement du service d'évaluation des risques et la protection du public.

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

1. Les parties négociantes conviennent de poursuivre leurs travaux concernant:
  - la détermination de la rémunération des médecins spécialistes participant aux travaux du SERTIH;
  - les divers éléments entourant les conséquences d'une limitation d'exercice pour un médecin spécialiste infecté dont la mise en place de mesures de compensation pour les pertes financières qui en découlent, la durée de ces pertes, la possibilité pour le médecin de réorienter sa pratique ainsi que toute autre question jugée pertinente par les parties.
2. Les parties conviennent que les coûts découlant de la mise en place de ces mesures seront financés à même l'enveloppe budgétaire globale allouée à la rémunération des médecins spécialistes du Québec.
3. Les parties conviennent de faire rapport de leurs travaux d'ici au 30 septembre 2005.
4. Les parties conviennent que les mesures sur lesquelles elles s'entendront à la suite de leurs travaux s'appliqueront rétroactivement en les adaptant à tout médecin spécialiste infecté qui aurait fait l'objet d'une limitation d'exercice.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2005.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 155

**LETTRE D'ENTENTE NO 155****CONCERNANT LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE.**

**CONSIDÉRANT** que depuis la reconnaissance de la spécialité de la médecine d'urgence par le Collège des médecins, les médecins spécialistes de cette discipline sont rémunérés de façon transitoire par les dispositions des lettres d'entente n° 127 et n° 137;

**CONSIDÉRANT** que dans le cadre de la Modification 40 à l'Accord-cadre, les parties négociantes ont mis fin à ces mesures de rémunération transitoire et ont instauré de nouvelles modalités de rémunération pour les médecins spécialistes en médecine d'urgence;

**CONSIDÉRANT** que ces nouvelles modalités de rémunération ont été définies afin de permettre un revenu moyen brut de 230 000 \$ pour les médecins spécialistes en médecine d'urgence qui satisfont aux critères de gains de pratique minimums, auxquels s'ajoute toute augmentation tarifaire applicable à compter du 1<sup>er</sup> avril 2004 ;

**CONSIDÉRANT** qu'à cette fin, les modalités de rémunération et la tarification applicables ont été déterminées par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

**CONSIDÉRANT** que les coûts afférents à l'introduction des nouvelles modalités de rémunération en médecine d'urgence peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

**CONSIDÉRANT** que la Modification 40 prévoit que les modalités de rémunération et la tarification applicables en médecine d'urgence pourront être révisées, à la hausse ou à la baisse, selon l'évaluation des coûts réels découlant de leur instauration et les causes de ces variations;

**CONSIDÉRANT** la nécessité d'assurer un suivi des coûts reliés à l'introduction de ces nouvelles modalités de rémunération afin de déterminer les ajustements éventuels pouvant être apportés par les parties négociantes;

**CONSIDÉRANT** que ces nouvelles modalités de rémunération peuvent également avoir divers autres impacts qu'il importe d'analyser;

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

1. De mesurer et d'évaluer, de façon périodique au cours des deux (2) années suivant la signature des présentes, les coûts associés aux nouvelles modalités de rémunération.

Ces évaluations prendront notamment en considération :

- les coûts qui en résultent;
- le respect du revenu repère moyen convenu entre les parties, compte tenu des augmentations applicables depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004;
- le niveau d'activité constaté chez les médecins avant et après les modifications apportées (exemples : nombre d'actes, nombre d'heures ou de jours où des honoraires ont été réclamés, importance des activités médico-administratives) ;
- les profils de facturation développés;
- la validité des hypothèses actuarielles retenues pour établir les modalités de rémunération et la tarification applicables;
- le pourcentage des revenus tirés de la pratique dans les unités d'urgence par rapport à celui provenant de la pratique dans d'autres lieux que les unités d'urgence ou en cabinet privé;
- tous autres éléments identifiés par une partie.

**2.** De réviser les modalités de rémunération et la tarification applicables, si les évaluations ne démontrent pas l'atteinte des objectifs fixés à l'égard du revenu repère convenu entre les parties et le maintien d'une pratique principale dans les unités d'urgence, ces révisions pouvant s'appliquer de façon rétroactive.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18<sup>e</sup> jour de mai 2006.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 156

**LETTRE D'ENTENTE NO 156**

**CONCERNANT L'APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE.**

**CONSIDÉRANT** l'adoption du protocole d'accord relatif à la rémunération de certaines activités professionnelles accomplies par les médecins spécialistes en médecine d'urgence;

**CONSIDÉRANT** que les activités professionnelles visées à ce protocole peuvent, de façon exceptionnelle, être accomplies également par des médecins spécialistes d'autres disciplines;

**CONSIDÉRANT** qu'il y a lieu de pourvoir à la rémunération des activités accomplies par ces médecins.

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

1. De permettre, dans les cas qu'elles autorisent, l'application du protocole aux médecins spécialistes d'autres disciplines qui accomplissent les activités professionnelles qui y sont prévues.

2. La présente lettre prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18<sup>e</sup> jour de mai 2006.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 157

## LETTRE D'ENTENTE NO 157

**CONCERNANT LA PRESTATION DES SOINS EN REMPLACEMENT ET SUPPORT EN MÉDECINE D'URGENCE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS VISÉS**

**CONSIDÉRANT** la pénurie d'effectifs prévalant dans certains services d'urgence ;

**CONSIDÉRANT** la nécessité d'assurer l'accessibilité aux services d'urgences lors d'absence temporaire ou prolongée d'un ou de plusieurs médecins dans un service d'urgence.

**CONSIDÉRANT** l'importance d'instituer un mécanisme de remplacement et support en médecine d'urgence;

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

1. Les parties négociantes conviennent d'instituer un mécanisme de remplacement et de support pour les médecins spécialistes en médecine d'urgence.

2. Les parties déterminent les critères d'admissibilité au mécanisme de remplacement et de support et désignent les établissements visés ainsi que la durée de chaque désignation. Dès leur désignation, les établissements ont accès à une banque de médecins spécialistes en médecine d'urgence établie par les parties à partir de laquelle ils peuvent requérir les services d'un médecin.

Le mécanisme de remplacement et de support ne s'applique qu'auprès d'un service d'urgence d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et, dans certains cas jugés exceptionnels par les parties, dans un établissement de type centre de santé ou CLSC du réseau de garde.

3. Un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui souhaite participer au mécanisme de remplacement et de support doit être autorisé au préalable par les parties.

Sous réserve des exceptions établies, un médecin spécialiste en médecine d'urgence ne peut être autorisé s'il exerce de façon régulière et continue dans un établissement qui fait déjà face à une pénurie d'effectifs médicaux et qui a accès au mécanisme de remplacement et de support.

4. Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui est autorisé à dispenser des soins dans un service d'urgence d'un établissement visé est rémunéré selon le mode de rémunération applicable au(x) médecin(s) spécialiste(s) en médecine d'urgence qui exerce(nt) déjà dans cet établissement, le cas échéant. À défaut, il peut choisir, pour toute sa période de remplacement et de support, d'être rémunéré selon le mode de rémunération à l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, tel que prévu à l'Accord-cadre.

5. Un médecin spécialiste en médecine d'urgence qui accepte, dans le cadre du mécanisme de remplacement ou de support, de se rendre dans un établissement désigné s'engage à maintenir sa prestation habituelle dans l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière.

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

7. Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui exerce auprès d'un établissement visé dans le cadre du mécanisme de remplacement et de support a droit au paiement de ses frais de déplacement tel que prévu à l'Annexe 23 de l'Accord-cadre. S'ajoute une indemnité de 85 \$ l'heure pour son temps de déplacement.

**AVIS :** Pour les instructions de facturation, référer à l'onglet « Frais de déplacement et de séjour » Annexe 23 dans le manuel des médecins spécialistes.

8. La Régie donne effet aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

9. La présente lettre d'entente s'applique du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 30 juin 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 2006.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11 A. - LE - N° 158

**LETTRE D'ENTENTE NO 158****CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DE SUPPLÉMENTS POUR LA GARDE EN DISPONIBILITÉ ACCOMPLIE PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES**

**CONSIDÉRANT** que les parties ont convenu d'amender l'Annexe 25 et d'autres dispositions de l'Accord-cadre afin d'instaurer des suppléments pour la garde en disponibilité dans les établissements hospitaliers;

**CONSIDÉRANT** que le budget alloué à cette mesure ciblée est de 60 M\$ en vertu de l'entente de principe intervenue en décembre 2006 entre le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) concernant les paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes pour la période 2004-2005 à 2013-2014;

**CONSIDÉRANT** que les modalités de rémunération particulières applicables à la garde régionale demeurent à déterminer et qu'un montant maximal de 1,5 M\$ pourra être attribué, de façon principale, à cette fin;

**CONSIDÉRANT** que les parties ont convenu, à l'article 2.2 de l'Annexe 25 susmentionnée, que le montant du supplément de garde en disponibilité peut varier selon différents facteurs, dont la discipline;

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

1. Les parties reconnaissent que la charge inhérente aux activités de garde n'est pas équivalente au sein de chacune des disciplines de la médecine spécialisée, notamment en ce qui a trait au temps de réponse requis pour intervenir.
2. Dans ce contexte, les parties conviennent de revoir les modalités de rémunération applicables à certaines disciplines afin de valoriser davantage les activités de garde dans ces disciplines.
3. La présente lettre entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_ 2007.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 159

## LETTRE D'ENTENTE NO 159

**CONCERNANT LE MAINTIEN DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE AU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE GATINEAU (PAVILLON DE GATINEAU) AUX PRISES AVEC UNE GRAVE PÉNURIE TEMPORAIRE D'EFFECTIFS**

**CONSIDÉRANT** les risques de bris de services pouvant survenir à court terme en obstétrique-gynécologie au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau);

**CONSIDÉRANT** la nécessité pour le CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau) de bénéficier des services de médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie de façon régulière afin d'assurer la prestation continue des soins dans cette spécialité à la population desservie par ce centre;

**CONSIDÉRANT** le nombre élevé d'accouchements effectués annuellement au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau);

**CONSIDÉRANT** que la majorité des accouchements recensés dans la région de l'Outaouais sont réalisés au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau);

**CONSIDÉRANT** les efforts déployés par les parties, les administrateurs et les médecins du CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau), afin de combler le plus rapidement possible les postes vacants en obstétrique gynécologie;

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

1. Dans l'attente de l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes, les parties conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération exceptionnelle et transitoire en vue d'assurer la continuité des services médicaux spécialisés en obstétrique-gynécologie au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau).

2. Un montant forfaitaire de 500 \$ par jour est payable au médecin spécialiste, membre d'un groupe concerté de médecins, qui accepte de se rendre au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau) pour y assurer, dans un contexte de remplacement ou de support, la prestation continue des services médicaux en obstétrique-gynécologie.

Le montant forfaitaire susmentionné est versé au médecin spécialiste en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Accord-cadre.

Un seul montant forfaitaire est payable par jour, en obstétrique-gynécologie, au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau).

3. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin spécialiste en support ou en remplacement donne l'ensemble des soins requis pour répondre aux besoins de la population et auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin spécialiste doit également assumer la couverture de la garde.

+ 4. Afin d'être admissible au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 2, le médecin spécialiste doit être reconnu par les parties à titre de membre d'un groupe concerté qui s'engage à assurer la prestation continue des services médicaux en obstétrique-gynécologie au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau) dans un contexte de support ou de remplacement pour la période du 22 décembre 2007 au 31 octobre 2008.

Aucun montant forfaitaire ne peut être versé en vertu de la présente lettre d'entente avant que le groupe ne soit constitué et le soit de manière à assurer une couverture complète durant la période mentionnée au premier paragraphe du présent article.

5. Le médecin spécialiste qui exerce de façon principale au CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau) ne peut être reconnu au sein du groupe concerté susmentionné. Il en est de même du médecin qui exerce de façon principale dans un établissement autre que le CSSS de Gatineau (Pavillon de Gatineau) si la désignation de celui-ci affecte l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal et est visé par l'application des lettres d'entente n°102 ou n°112.

Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le lieu d'exercice principal d'un médecin spécialiste est celui où il gagne la majorité de ses gains de pratique.

6. Chaque médecin spécialiste du groupe doit exécuter un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties, en vertu duquel il se rend disponible pour assurer la prestation continue des services médicaux durant un certain nombre de jours au cours de la période mentionnée à l'article 4.

7. Le médecin spécialiste qui ne peut assurer la prestation continue des services médicaux au cours d'une journée doit effectuer les démarches nécessaires, conjointement avec les autres médecins spécialistes du groupe, afin d'identifier un médecin spécialiste remplaçant pour assurer à sa place la prestation continue des services médicaux au cours de cette même journée.

Lorsqu'un médecin spécialiste remplaçant est ainsi identifié afin d'assurer la prestation continue des services médicaux, il a alors droit au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 2 en lieu et place du médecin spécialiste qu'il remplace.

8. Les parties peuvent, sur avis transmis à la Régie, mettre fin en tout temps à l'application de la présente lettre d'entente.

9. Les parties transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

10. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties.

11. Le montant forfaitaire prévu à l'article 2 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

12. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 22 décembre 2007.

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

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, M.D.**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

#### TABLEAU DU CODE D'ACTE ET DU TARIF

<i>Discipline</i>	<i>Montant forfaitaire par jour en semaine, le week-end et les jours fériés</i>
	<i>Code d'acte</i> <i>500 \$</i>
<i>Obstétrique-gynécologie</i>	19108

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19108** (forfait en semaine, week-end et jours fériés) dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires, et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 160

## LETTRE D'ENTENTE NO 160

**CONCERNANT LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU DÉPARTEMENT CLINIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS**

**CONSIDÉRANT** que les médecins spécialistes exerçant dans le département clinique de santé publique de la région Chaudière-Appalaches sont tous rattachés à l'Hôtel-Dieu de Lévis;

**CONSIDÉRANT** toutefois que malgré leur rattachement à l'Hôtel-Dieu de Lévis, certains médecins du département de santé publique exercent leurs activités de façon principale sur le site de l'Agence de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches à Sainte-Marie-de-Beauce;

**CONSIDÉRANT** que la localité de Sainte-Marie-de-Beauce fait partie du territoire de tarification 1 de l'Annexe 19 donnant droit à une rémunération majorée à 107 %;

**CONSIDÉRANT** qu'il y a lieu de permettre aux médecins spécialistes en santé communautaire exerçant sur le site de l'Agence à Sainte-Marie-de-Beauce de tirer avantage de cette mesure malgré leur rattachement au département de santé publique de l'Hôtel-Dieu de Lévis;

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

1. Malgré les dispositions de l'Annexe 19, le médecin spécialiste en santé communautaire qui exerce à Sainte-Marie-de-Beauce, au sein de la direction de santé publique de la région Chaudière-Appalaches, a droit à une majoration de 7 % de la rémunération de base prévue à l'entente, quel que soit le mode de rémunération applicable, pour les services qu'il fournit dans cette localité, sur le site de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudières-Appalaches.
  - + 2. Les bénéficiaires de la présente lettre d'entente s'appliquent exclusivement pour les docteurs Marie-Josée Drolet (95-235), Louise Paré (85-069), René Veillette (98-303) et Yv Bonnier (01-377) .
  3. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 29 janvier 2007.
- EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_ 2008.

**PHILIPPE COUILLARD, M.D.**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

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

**AVIS : Lorsque les services sont rendus sur le site de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudières-Appalaches à Sainte-Marie-de-Beauce :**

**Facturation à l'acte**

- inscrire le code dans la section ACTES du formulaire n° 1200;
- le modificateur **193** pour chaque service rendu;
- les honoraires demandés correspondant à une majoration de 7 % du tarif autrement applicable;
- le code d'établissement **0300X** dans la case ÉTABLISSEMENT.

**Facturation des per diems et des demi per diems**

Utiliser le formulaire « Demande de paiement - Rémunération mixte » (n° 3743) et inscrire le numéro d'établissement **94129**. La majoration de 7 % est incluse dans le montant accordé pour un per diem ou un demi per diem.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 161

**LETTRE D'ENTENTE NO 161****CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UNE RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE POUR LES SERVICES DISPENSÉS DANS CERTAINS MILIEUX DE SOINS SPÉCIFIQUES**

**CONSIDÉRANT** les modes de rémunération actuellement prévus en vertu de l'Accord-cadre;

**CONSIDÉRANT** que le mode de rémunération mixte ne s'applique qu'à l'intérieur d'un établissement de santé;

**CONSIDÉRANT** que les médecins spécialistes sont appelés à dispenser des services dans divers milieux de soins spécialisés qui ne répondent pas aux critères d'établissement de santé;

**CONSIDÉRANT** que le mode de rémunération à l'acte ne constitue pas un mode de rémunération adaptée à la pratique des médecins spécialistes exerçant dans ces milieux de soins;

**CONSIDÉRANT** qu'il y a lieu de mettre en place un mode de rémunération forfaitaire pour les services dispensés par les médecins spécialistes dans certains milieux de soins;

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

**1.** Un mode de rémunération forfaitaire est mis en place afin de rémunérer les services dispensés par les médecins spécialistes dans certains milieux de soins spécifiques.

Ce mode de rémunération forfaitaire ne s'applique que dans les milieux de soins reconnus par les parties négociantes ainsi qu'à l'égard des médecins spécialistes désignés par elles.

Ce mode de rémunération forfaitaire est un mode de rémunération exclusif pour tous les médecins qui exercent dans un milieu de soins reconnu.

**2.** Les parties négociantes reconnaissent un milieu de soins donné en tenant compte de divers critères dont la nature des services qui y sont dispensés par les médecins spécialistes, le nombre de médecins spécialistes appelés à y exercer, le type de clientèle spécialisée desservie par ce milieu, les mesures de rémunération à l'acte autrement applicables dans ce milieu et tous autres critères pouvant être déterminés.

**3.** Le médecin désigné qui exerce dans un milieu de soins reconnu a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 375 \$ pour chaque demi-journée d'activité, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Une demi-journée s'entend d'une période d'activité de trois heures et demie, en matinée ou en après-midi.

**4.** Les parties négociantes déterminent, le cas échéant, le nombre maximum de forfaits qui peut être payable au cours d'une année dans un milieu de soins donné.

**5.** Un maximum de deux montants forfaitaires est payable par jour par médecin désigné.

Le médecin qui, au cours d'une demi-journée, réclame le paiement du montant forfaitaire prévu en vertu de la présente lettre d'entente, ne peut toucher d'autres honoraires de la Régie au cours de cette demi-journée.

**6.** De façon exceptionnelle, les parties négociantes peuvent convenir du paiement d'un supplément de garde en disponibilité pour le médecin qui est assigné de garde dans un milieu de soins reconnu. Le montant du supplément de garde est de 100 \$ par jour de semaine et de 200 \$ par jour de fin de semaine et jour férié.

Un seul supplément de garde peut être réclamé par jour, par milieu de soins reconnu.

De plus, le médecin qui, au cours d'une journée, réclame le paiement d'un supplément de garde dans un milieu de soins reconnu ne peut réclamer le paiement d'un autre supplément de garde en disponibilité en vertu de toute autre disposition de l'Accord-cadre.

7. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comprenant l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

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

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

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

Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié	
Code d'acte 375 \$	
AM	19631
PM	19632

Supplément de garde en disponibilité	
Code d'acte 100 \$ en semaine	Code d'acte 200 \$ fin de semaine et jour férié
19628	19629

**AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

**Le montant forfaitaire et le supplément de garde en disponibilité doivent être facturés sur des demandes de paiement différentes.**

ANNEXE 11 A. - LE - N° 162

## LETTRE D'ENTENTE NO 162

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- le code dans la section ACTES du formulaire n° 1200;
- le modificateur 011 pour chaque service rendu;
- le code d'établissement 00851 dans la case ÉTABLISSEMENT.

ANNEXE 11 A. - LE - N° 163

**LETTRE D'ENTENTE NO 163****CONCERNANT CERTAINES MODALITÉS AFFÉRENTES À LA MISE EN PLACE DES AUGMENTATIONS TARIFAIRES ALLOUÉES AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 164

## LETTRE D'ENTENTE NO 164

**CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS UN ÉTABLISSEMENT UNIVERSITAIRE**

**CONSIDÉRANT** que les parties négociantes ont convenu de la conclusion du protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire (ci-après le « Protocole d'accord »);

**CONSIDÉRANT** que le financement alloué à ce protocole est de 65 M\$ en vertu de l'Entente de principe intervenue en décembre 2006 entre le MSSS et la FMSQ concernant les paramètres financiers de rémunération des médecins spécialistes à compter du 1er avril 2004;

**CONSIDÉRANT** toutefois que le Protocole d'accord s'applique dans tous les établissements universitaires incluant ceux situés en régions intermédiaires et éloignées;

**CONSIDÉRANT** qu'il y a lieu de hausser le montant du financement alloué à ce Protocole d'accord, et ce, d'un montant équivalant à la rémunération versée aux médecins spécialistes en vertu du programme de formation médicale décentralisée en région;

**CONSIDÉRANT** qu'il y a lieu d'assurer le suivi financier des coûts de ce protocole d'accord ainsi que la répartition équitable de ces coûts au sein de chacun des réseaux universitaires;

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

1. L'application et le suivi du Protocole d'accord sont effectués de façon à favoriser l'atteinte des deux objectifs suivants :

**1.1** Le respect du budget annuel global alloué au financement du Protocole d'accord, lequel est équivalent à la somme de 65 M \$ et des coûts de la rémunération versée aux médecins spécialistes en vertu du programme de formation médicale décentralisée en région, tel que ces coûts seront déterminés par les parties.

**1.2** La répartition des coûts de financement du Protocole d'accord au sein des différents réseaux universitaires, et ce, de façon proportionnelle au nombre de résidents et externes de chacun de ces réseaux universitaires, exclusion faite des moniteurs cliniques.

2. Au cours de chacune des années d'application du Protocole d'accord, les parties négociantes évaluent et vérifient les coûts découlant de l'application du protocole d'accord et l'atteinte des objectifs fixés à l'article 1.

3. Dans l'éventualité où la part du financement versée en vertu du Protocole d'accord au cours de l'année pour une université est inférieure à la proportion du nombre de résidents et externes de cette université par rapport à l'ensemble (en excluant les moniteurs cliniques), le solde non affecté est réparti par les parties négociantes, selon des modalités à déterminer, parmi les médecins spécialistes désignés de cette université.

4. Dans l'éventualité où la rémunération globale versée au cours d'une année est supérieure à l'objectif visé ou que la part du financement versée en vertu du Protocole d'accord au cours de l'année pour une université est supérieure à la proportion du nombre de résidents et externes de cette université par rapport à l'ensemble (en excluant les moniteurs cliniques), les parties négociantes conviennent des mesures à prendre afin d'assurer le respect de ces objectifs.

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

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 165

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 165****CONCERNANT LA SUPERVISION DES STAGES DE PERFECTIONNEMENT EFFECTUÉS PAR LES MONITEURS CLINIQUES**

**CONSIDÉRANT** l'adoption du Protocole d'accord relatif à la rémunération des activités d'enseignement clinique effectuées par les médecins spécialistes dans un établissement universitaire;

**CONSIDÉRANT** que l'application de ce Protocole d'accord est réservée à la rémunération des activités de supervision clinique des externes et résidents, à l'exclusion des moniteurs cliniques;

**CONSIDÉRANT** qu'en vertu du Protocole d'accord, il est de la responsabilité des universités de s'engager à assurer la rémunération des médecins spécialistes qui effectuent la supervision des stages de perfectionnement des moniteurs cliniques, lorsque cette supervision est effectuée de façon exclusive par un médecin, sans autres résidents ou externes;

**CONSIDÉRANT** qu'afin de satisfaire à cet engagement, certaines universités souhaiteraient que les parties négociantes permettent l'application du protocole d'accord afin de rémunérer la supervision clinique des moniteurs cliniques et s'engageraient en contrepartie à rembourser les coûts associés à l'application du protocole;

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

**1.** De permettre l'application des modalités de rémunération prévues au Protocole d'accord pour les activités de supervision des stages de perfectionnement effectués par les moniteurs cliniques, et ce, exclusivement dans les établissements universitaires affiliés à une université désignée par les parties négociantes.

**2.** Afin d'être désignée par les parties négociantes, l'université doit conclure une entente écrite, selon la forme et les termes déterminés par les parties négociantes. Cette entente doit prévoir l'engagement de l'université à rembourser tous les montants qui ont été payés à un médecin spécialiste professeur de cette université, en application du protocole d'accord, pour la supervision des stages de perfectionnement des moniteurs cliniques, lorsque cette supervision est effectuée de façon exclusive par un médecin spécialiste, sans autres résidents ou externes.

**3.** La présente entente s'applique à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

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

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 166

+

**LETTRE D'ENTENTE NO 166****CONCERNANT LES RÈGLES DE RÉMUNÉRATION APPLICABLES AUX MÉDECINS RÉSIDENTS DÉTENTEURS DE PERMIS RESTRICTIFS**

**CONSIDÉRANT QUE** la Loi médicale prévoit que le Collège des médecins du Québec a le pouvoir de déterminer les conditions suivant lesquelles il accorde un permis restrictif à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour obtenir un permis régulier;

**CONSIDÉRANT QUE** le Collège des médecins du Québec a, le 28 mars 2008, adopté une résolution établissant des balises spécifiques quant à la délivrance d'un permis restrictif à un médecin résident ;

**CONSIDÉRANT QUE** depuis l'adoption de cette résolution, le Collège des médecins du Québec a délivré un permis restrictif à plusieurs médecins résidents;

**CONSIDÉRANT QUE** les activités professionnelles autorisées à certains médecins résidents détenteurs de permis restrictifs visent parfois plus d'une spécialité;

**CONSIDÉRANT QU'**il y a lieu de déterminer les règles de rémunération applicables aux médecins résidents détenteurs de permis restrictifs;

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

1. Le médecin résident qui détient une carte de stage valide de niveau R5 ou plus et à qui le Collège des médecins du Québec délivre un permis restrictif qui lui permet de poser des actes professionnels dans plus d'une spécialité, est reconnu aux fins de la tarification à la RAMQ dans la discipline correspondant à la dernière spécialité visée par la formation postdoctorale qu'il poursuit.

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

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

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 167

+

**LETTRE D'ENTENTE NO 167****CONCERNANT LE MAINTIEN DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES SPÉCIALISÉS EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE AU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE GATINEAU AUX PRISES AVEC UNE GRAVE PÉNURIE TEMPORAIRE D'EFFECTIFS**

**CONSIDÉRANT** les risques de bris de services pouvant survenir à court terme en chirurgie orthopédique au CSSS de Gatineau

**CONSIDÉRANT** la nécessité pour le CSSS de Gatineau de bénéficier des services de médecins spécialistes en chirurgie orthopédique de façon régulière afin d'assurer la prestation continue des soins dans cette spécialité à la population desservie par ce centre;

**CONSIDÉRANT** que la majorité des chirurgies orthopédiques recensées dans la région de l'Outaouais sont réalisées au CSSS de Gatineau;

**CONSIDÉRANT** les efforts déployés afin de combler le plus rapidement possible les postes vacants en chirurgie orthopédique;

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

1. Dans l'attente de l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes, les parties conviennent d'instaurer une mesure incitative de rémunération exceptionnelle et transitoire en vue d'assurer la continuité des services médicaux spécialisés en chirurgie orthopédique au CSSS de Gatineau.

2. Un montant forfaitaire de 500 \$ par jour est payable au médecin spécialiste qui accepte de se rendre au CSSS de Gatineau pour y assurer, dans un contexte de remplacement ou de support, la prestation continue des services médicaux en chirurgie orthopédique.

Exceptionnellement, les parties peuvent permettre le paiement du montant forfaitaire susmentionné à un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique qui exerce de façon principale au CSSS de Gatineau.

Le montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente est versé au médecin spécialiste en plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu des dispositions de l'Accord-cadre.

3. La prestation continue des services médicaux implique que le médecin spécialiste donne l'ensemble des soins requis pour répondre aux besoins de la population et auxquels l'habilite ses privilèges de pratique hospitaliers. Le médecin spécialiste doit également assumer la couverture de la garde.

4. Un maximum de trois montants forfaitaires est payable par jour, en chirurgie orthopédique, au CSSS de Gatineau.

5. Afin d'être admissible au paiement du montant forfaitaire prévu à l'article 2, le médecin spécialiste doit être désigné par les parties.

6. Le médecin qui exerce de façon principale dans un centre hospitalier visé par l'application des lettres d'entente n°102 ou n°112 ne peut être désigné à la présente lettre d'entente si la désignation de celui-ci affecte l'accessibilité et la continuité des services médicaux dans son établissement principal.

Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le lieu d'exercice principal d'un médecin spécialiste est celui où il gagne la majorité de ses gains de pratique.

7. Les parties transmettent à la Régie l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

8. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties.

9. Le montant forfaitaire prévu à l'article 2 n'est pas considéré aux fins de l'application du plafonnement de gains nets prévu à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre.

10. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2008.

# **AVIS** : Remplir le formulaire «Demande de paiement - médecin» (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19696 dans la case ACTES;
- le code d'établissement 0126X (Hôpital de Hull) ou 0769X (Hôpital de Gatineau);
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

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

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 168

+

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 168****CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE DANS LE CADRE DU PROGRAMME AMPRO<sup>OB</sup> DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC.**

**CONSIDÉRANT** l'opportunité de favoriser la formation AMPROOB, laquelle vise la mise en place de procédures de soins sécuritaires adaptées aux besoins des services d'obstétrique des centres hospitaliers;

**CONSIDÉRANT** la nécessité pour les centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie, à titre de membres de l'équipe de base de médecins formateurs participants au programme AMPRO<sup>OB</sup>;

**CONSIDÉRANT** la nécessité de convenir de mesures de rémunération afin de favoriser la formation de l'ensemble des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie;

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

**1.** Le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui participe à une formation dans le cadre du programme AMPRO<sup>OB</sup> a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 352 \$ pour chaque demi-journée au cours de laquelle il participe à cette formation, en matinée ou en après-midi.

# **AVIS :** Remplir le formulaire «Demande de paiement - médecin» (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19697 en matinée ou 19698 en après-midi dans la case ACTES;
- le code d'établissement (0XXX3);
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

Le médecin qui réclame le paiement de ce montant forfaitaire au cours d'une demi-journée ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette demi-journée, à l'exception du médecin qui est assigné de garde lequel peut être rémunéré lorsqu'il doit s'absenter momentanément afin de répondre à une urgence.

**2.** Le médecin spécialiste en obstétrique, en gynécologie ou en obstétrique-gynécologie qui est membre de l'équipe de base de médecins formateurs a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 071 \$ pour chaque période de 7 heures au cours de laquelle il effectue des activités à ce titre dans le cadre du programme AMPRO<sup>OB</sup>. Toute période d'activité moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes effectuées.

# **AVIS :** Remplir le formulaire «Demande de paiement - médecin» (n° 1200) de la façon suivante, inscrire:

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte 19699 dans la case ACTES;
- le nombre d'heures complétées dans la case UNITÉS;
- le code d'établissement (0XXX3);
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL.

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

Le médecin qui réclame le paiement de ce montant forfaitaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de la période d'activités pour laquelle il réclame ce montant forfaitaire, à l'exception du médecin qui est assigné de garde lequel peut être rémunéré lorsqu'il doit s'absenter momentanément afin de répondre à une urgence.

3. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 2 de la présente lettre d'entente, les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie membres de l'équipe de base des médecins formateurs doivent être désignés par les parties négociantes.

4. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application de la présente lettre d'entente.

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

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

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

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

ANNEXE 11 A. - LE - N° 169

+

**LETTRÉ D'ENTENTE NO 169**

**CONCERNANT LES ACTIVITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE EFFECTUÉES PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE**

**CONSIDÉRANT** les modalités de rémunération applicables aux médecins spécialistes en santé communautaire;

**CONSIDÉRANT** les travaux en cours du comité conjoint concernant ces modalités de rémunération;

**CONSIDÉRANT** les activités de santé publique accomplies par les médecins spécialistes en santé communautaire;

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

1. Le comité conjoint sur la tarification des actes doit poursuivre ses travaux sur les modalités de rémunération des médecins spécialistes en santé communautaire afin de bien cerner les éléments de rémunération qui pourraient s'appliquer eu égard aux activités de santé publique accomplies par eux, en lien notamment avec les priorités nationales et régionales, et ce, dans l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population.

2. Le comité conjoint peut également faire appel à des personnes ressources oeuvrant en santé publique.

3. Le comité conjoint doit soumettre ses recommandations aux parties négociantes, lesquelles conviennent alors des mesures à mettre en place ainsi que du financement de ces mesures.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2008.

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

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

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



ANNEXE 11. B - LE - A-43, A-44 ET A-45

### LETTRE D'ENTENTE A-43

#### CONCERNANT LES DOCTEURS PASCALE GAUDET ET JACQUES MARCHAND, OBSTÉTRICIENS-GYNÉCOLOGUES.

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

Les docteurs Pascale Gaudet et Jacques Marchand peuvent, plutôt que d'être rémunérés selon la tarification à l'acte, se prévaloir du mode de rémunération mixte applicable en obstétrique-gynécologie, selon les conditions prévues à l'Annexe 38, pour les services qu'ils dispensent dans cette discipline au CH Rouyn-Noranda, au cours de la période du 24 janvier au 7 février 2000.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 21<sup>e</sup> jour de septembre 2000.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE A-44

#### CONCERNANT LE DOCTEUR REGEN DROUIN, GÉNÉTICIEN

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

1. La Régie paie au Docteur Regen Drouin (84-131), un montant de 7 884,48\$ pour les services dispensés à l'urgence du Carrefour de Santé et de Services Sociaux de la Saint-Maurice au cours de la période du 18 au 25 décembre 1999.

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

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

---

### LETTRE D'ENTENTE A-45

#### CONCERNANT LE D<sup>RE</sup> SYLVIE PÉLOQUIN, MICROBIOLOGISTE

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

1. La Régie paie au D<sup>re</sup> Sylvie Péloquin (88-149), un montant de 10 697,35\$ pour certains services dispensés au cours du semestre du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 1999 et ayant fait l'objet de l'application des modalités de paiement et de modulation prévues alors à l'Addendum 5 - Microbiologie.

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

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

ANNEXE 11. B - LE - A-46 ET A-47

+

**LETTRÉ D'ENTENTE A-46****CONCERNANT LES DOCTEURS GENEVIÈVE MILOT ET PASCALE LAVOIE NEUROCHIRURGIENNES**

**CONSIDÉRANT** que le Dre Geneviève Milot (98-269) et le Dre Pascale Lavoie (08-406) bénéficient d'une formation en angiographie d'intervention cérébrale et spinale

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

1. Les docteurs Geneviève Milot et Pascale Lavoie sont autorisées à se prévaloir de la tarification prévue au chapitre Radiologie diagnostique sous les rubriques « Fluoroscopie diagnostique », « Angioradiologie (Technique) » et « Angioradiologie (Interprétation) » pour les services qu'elles dispensent dans le cadre de l'exercice de leur spécialité.

2. Dans le cadre de l'application du mode de rémunération mixte en neurochirurgie, les services mentionnés ci-dessus sont sujets à un supplément d'honoraires de 79 %.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 1<sup>er</sup> jour de février 2008.

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

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

**LETTRÉ D'ENTENTE A-47****CONCERNANT LES DOCTEURS RAYMOND DUVERVAL ET JACQUES PÉPIN**

**CONSIDÉRANT** l'expertise en infectiologie des docteurs Raymond Duperval (72-692) et Jacques Pépin (80-406);

**CONSIDÉRANT** leur spécialisation en médecine interne;

**CONSIDÉRANT** la Règle d'application n° 27;

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

1. Aux fins de l'application de l'article 3 de la Règle d'application n° 27, on ne considère également pas la visite principale du patient qui est effectuée en maladie infectieuse par les docteurs Raymond Duperval ou Jacques Pépin.

**AVIS :** *Inscrire le modificateur 141 dans la case MOD en regard de la visite principale du patient hospitalisé qui est vu pour une maladie infectieuse.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 1<sup>er</sup> jour de février 2001.

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

**PIERRE GAUTHIER M.D.**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

Le médecin doit également informer la Régie sans délai de toute modification de son lieu d'exercice qui aurait pour effet de remettre en question le respect des conditions donnant droit à une majoration de la rémunération de base.

La Régie transmet aux parties négociantes la liste des médecins qui bénéficient d'une majoration de la rémunération de base.

**1.4.2** Les parties négociantes vérifient, sur demande ou de leur propre chef, si le médecin qui bénéficie ou souhaite bénéficier d'une majoration de la rémunération de base rencontre les conditions prévues au présent article et en informe la Régie. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

**1.4.3** Aux fins de l'application de la condition prévue aux articles 1.2.2 (i) ou 1.3.1 (i), le médecin est réputé exercer de façon principale dans le territoire où il tire la majorité de ses gains de pratique, lorsque considérés selon la rémunération de base.

**AVIS :** *Le territoire de pratique principale du médecin correspond à celui où il tire au moins 50 % de ses gains de pratique.*

**1.4.4** Aux fins de l'application de la condition prévue aux articles 1.2.2 (ii) ou 1.3.1 (ii), les parties négociantes déterminent si un médecin exerce de façon régulière et continue dans un établissement ou plutôt dans un contexte d'itinérance en tenant compte d'un ensemble de facteurs dont le statut du médecin, son lieu de résidence, son niveau de participation aux activités de l'établissement et l'application d'autres mesures prévues à l'Entente.

**1.4.5** Aux fins de l'application des majorations de la rémunération de base prévues au présent article, on tient également compte des règles suivantes :

- i) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1 dans le territoire 1 conserve la majoration applicable à ce territoire pour les services qu'il fournit dans le territoire 2.
- ii) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.3.1 dans le territoire 2 reçoit la majoration applicable au territoire 1 pour les services qu'il fournit dans ce territoire.
- iii) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 dans le territoire 3 conserve la majoration applicable à ce territoire pour les services qu'il fournit dans les territoires 4 ou 5 et reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1 ou 2 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.
- iv) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 dans le territoire 4 conserve la majoration applicable à ce territoire pour les services qu'il fournit dans le territoire 5 et reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1, 2 ou 3 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.
- v) Le médecin qui remplit les conditions prévues à l'article 1.2.2 dans le territoire 5 reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1, 2, 3 ou 4 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.
- vi) Le médecin qui exerce de façon principale dans les territoires isolés mentionnés à l'article 1.1 et qui y exerce en établissement reçoit, selon le cas, la majoration applicable aux territoires 1, 2, 3, 4 ou 5 pour les services qu'il fournit dans l'un de ces territoires.

+ **1.4.6** Les majorations de la rémunération de base sont versées jusqu'à concurrence d'un montant d'honoraires résultant de service rendus dans l'ensemble des territoires 1 à 5 et des territoires isolés égal à 239 400 \$ par année civile.

Toutefois, les honoraires résultant d'actes accomplis en urgence au sens de la Règle 14 du Préambule général de l'Annexe 4, de la Règle 4 du Préambule général de l'Annexe 5 ou de l'article 4 de l'Annexe 38 ne sont pas considérés dans le calcul de ce montant d'honoraires et demeurent sujets à majoration une fois le maximum atteint. De plus, les services fournis dans les territoires isolés visés à l'article 1.1 demeurent sujets à majoration une fois le maximum atteint.

**1.4.7** La détermination des territoires visés au présent article est effectuée selon le découpage territorial officiel du Ministère de la Santé et des Services sociaux et s'applique selon la délimitation des territoires de CLSC telle qu'elle existe au 1<sup>er</sup> juillet 2003.

## 2. PRIME DE RÉTENTION

**2.1** On attribue une prime de rétention au médecin spécialiste exerçant dans des établissements situés dans un ou plusieurs territoire(s) insuffisamment pourvu(s) de professionnels de la santé et qui y tient feu et lieu depuis trois (3) ans.

À compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le troisième (3<sup>e</sup>) anniversaire d'établissement en régions désignées, cette prime correspond à 14 % de la rémunération de base gagnée par le médecin spécialiste dans ces établissements, jusqu'à concurrence de 4 170 \$ pour chacun des trimestres d'une année civile.

À compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le sixième (6<sup>e</sup>) anniversaire d'établissement en régions désignées, cette prime correspond à 20 % de la rémunération de base gagnée par le médecin spécialiste dans ces établissements, jusqu'à concurrence de 5 950 \$ pour chacun des trimestres d'une année civile.

Pour un trimestre donné, cette prime est payable, au plus tard, dans les quarante-cinq (45) jours après la fin du trimestre qui suit.

La durée d'établissement d'un médecin spécialiste est calculée de façon cumulative et non consécutive, de façon à tenir compte de toute période au cours de laquelle le médecin a exercé dans un établissement situé en territoire insuffisamment pourvu de professionnels de la santé et y a tenu feu et lieu, en autant que le médecin n'ait pas cessé, pour une période consécutive de plus de deux ans, d'exercer dans un établissement situé dans un tel territoire et d'y tenir feu et lieu.

**2.2** Cette prime s'applique exclusivement au médecin établi en régions éloignées et dont l'hôpital principal est situé à plus de quatre cents (400) kilomètres du plus près de Montréal ou de Québec.

Par hôpital principal, on entend celui où le médecin gagne la majorité de ses revenus en établissement.

**2.3** Cette prime ne s'applique qu'aux médecins spécialistes qui exercent dans un établissement et dans une spécialité visés à l'article 1.2 de l'Annexe 32. Toutefois, jusqu'au 31 décembre 1996, cette prime ne s'applique qu'aux médecins spécialistes qui exercent dans un établissement et dans une spécialité visés à l'article 1.2 de l'Annexe 32, tel que cet article se lisait au 31 décembre 1995.

**AVIS :** *Il appartient au médecin de faire la première demande de prime à la Régie et ce, au moyen d'une lettre adressée au Service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires en précisant pour la période de référence de trois ou six ans selon le cas, la localité de résidence ainsi que la date d'arrivée ou de départ. Par la suite, les autres versements seront effectués automatiquement.*

### 3. FRAIS DE RESSOURCEMENT

**3.1** Le médecin spécialiste qui a sa résidence principale et exerce sa profession sur une base régulière dans les territoires déterminés par arrêté de la Ministre conformément au 5<sup>e</sup> alinéa de l'article 19 de la loi bénéficie d'un maximum de vingt (20) jours de ressourcement après chaque période de douze (12) mois (entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 avril) où il a exercé sa profession sur une base régulière dans ces territoires.

**AVIS :** *Le médecin rémunéré selon le mode du salariat doit utiliser le code de congé 19.*

Le médecin spécialiste qui s'établit en cours d'année a droit à un séjour de ressourcement d'une durée égale au pro-rata des mois travaillés.

Les jours de ressourcement au crédit d'un omnipraticien lui sont reconnus, lorsqu'il devient médecin spécialiste, au moment de son retour dans un territoire désigné.

Le médecin peut, au cours de la première année, utiliser par anticipation un maximum de dix (10) jours de ressourcement.

**AVIS :** *Le médecin rémunéré selon le mode du salariat doit utiliser le code de congé 18.*

**3.2** Le séjour de ressourcement doit s'effectuer dans le cadre d'un programme de perfectionnement ou dans le cadre d'un congrès de perfectionnement.

**3.3** Le médecin spécialiste qui désire bénéficier d'un séjour de ressourcement doit donner préavis d'un (1) mois pour permettre son remplacement.

**3.4** Le médecin spécialiste qui bénéficie d'un séjour de ressourcement a droit au remboursement des frais suivants :

- i) un montant de 450 \$ par jour de ressourcement; le médecin rémunéré à honoraires forfaitaires (salariat) reçoit son traitement;
- ii) le remboursement des frais réels de transport aller-retour, selon le tarif économique du lieu de sa résidence au lieu de séjour (maximum quatre (4) fois par année) jusqu'à concurrence de l'équivalent du prix par avion d'un passage aller-retour, classe économique, de la localité où il exerce jusqu'à Montréal;
- iii) une allocation forfaitaire de 214 \$ par jour de ressourcement pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais).

Le médecin doit, pour obtenir remboursement, fournir à la Régie les pièces justificatives, incluant une attestation de séjour de perfectionnement.

**3.5** Le présent article tient lieu des congés de perfectionnement prévus à l'annexe 21 relative aux avantages sociaux pour les médecins rémunérés selon le mode du salariat.

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

**3.7** Les dispositions du présent article 3 ne s'appliquent pas au médecin spécialiste qui a sa résidence principale ou exerce sa profession sur une base régulière dans les municipalités régionales de comté d'Antoine Labelle, de Kamouraska et de Rivière-du-Loup (ne comprenant pas les municipalités de St-Cyprien, St-Hubert, St-François-Xavier-de-Viger et St-Paul-de-la-Croix).

## ANNEXE 30

### ENTENTE AUXILIAIRE CONCERNANT LES SERVICES HOSPITALIERS PHYSIATRIQUES EN RÉADAPTATION LOURDE.

**AVIS** : Pour le médecin spécialiste autorisé à facturer selon le mode de la rémunération mixte en établissement, seules les dispositions de l'article 1.2 de la présente annexe s'appliquent. (Voir l'article 15.2 iv de l'Annexe 38 -Brochure n° 5).

- + Le médecin physiatre qui est de service dans une unité de réadaptation lourde à l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM), au CHU Sainte-Justine (CHUSJ) ou au Service de réadaptation aux adultes et aux aînés (SRAA) est payé suivant le tarif de la médecine et de la chirurgie.

Il peut, toutefois, être payé au tarif horaire pour sa pratique en établissement.

#### 1. GAMME DES ACTIVITÉS

**1.1** Le médecin physiatre peut se prévaloir du tarif horaire pour la pratique de sa discipline dans un établissement.

Sont ainsi visés :

##### 1.1.1 Prestation de soins

Au titre des prestations de soins, le médecin physiatre est payé pour les visites et les thérapies des malades hospitalisés, résidents ou traités dans les unités de soins, les urgences ou les cliniques externes et autres services ambulatoires.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 002030 (Services cliniques).

##### 1.1.2 Suivi des malades

Au titre de suivi des malades, on paie le médecin physiatre pour le temps qu'il consacre aux échanges avec le personnel clinique qui participe au soin de ses malades. On inclut de même le temps des communications avec les proches.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 002055 (Communications).

##### 1.1.3 Équipe interdisciplinaire

On paie le médecin physiatre pour le temps qu'il consacre aux séances de travail de l'équipe interdisciplinaire et aux rencontres avec les malades et leurs proches dont l'équipe a charge.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 002032 (Rencontres multidisciplinaires).

##### 1.1.4 Organisation des programmes

On paie le médecin physiatre pour le temps qu'il consacre à l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de programmes de soins spécifiques qui sont demandés par son chef de service ou de département.

On ne peut se prévaloir de la tarification horaire pour le paiement d'autres activités.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 002037 (Planification - programmation - évaluation) ou 002047 (Exécution d'un programme).

**1.2** Le médecin physiatre peut se prévaloir du tarif de la médecine et de la chirurgie.

Les actes suivants sont ajoutés :

**AVIS** : Voir les codes d'acte appropriés sous l'onglet B « Tarification des visites » - Annexe 30, dans le manuel des médecins spécialistes.

##### 1.2.1 Pour le patient hospitalisé

- + Dans un centre hospitalier universitaire de réadaptation où le médecin est un physiatre (SRAA) ou dans un centre hospitalier où le médecin traitant est un physiatre (CHUSJ et IRM) et où la réadaptation se fait par équipe interdisciplinaire (six intervenants médicaux ou paramédicaux ou plus, dans des domaines différents pour des malades avec atteinte des fonctions supérieures et cinq intervenants pour les autres malades) auprès d'un malade traité pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuro-musculaire généralisée.

**+ 1.2.1.1** Évaluation hebdomadaire.

L'ensemble des visites à l'étage, des rencontres et des discussions nécessaires, sauf le P.I.I., avec les intervenants médicaux ou paramédicaux, le malade et la famille dans le processus de réadaptation ainsi que le rapport au dossier.

TARIF : 78,10 \$

Un seul honoraire d'évaluation hebdomadaire peut être chargé par le physiatre, pour un même patient, par période d'une semaine établie du lundi au dimanche.

Aucune autre visite, sauf le P.I.I., ne peut être chargé par le physiatre durant cette période.

Cet honoraire d'évaluation hebdomadaire ne peut être payé au physiatre si des honoraires au tarif horaire lui ont été payés dans la même période d'une semaine dans le même établissement.

**1.2.1.2** Plan d'intervention individualisée (P.I.I.)

Planifications, rencontres interdisciplinaires, rencontres avec le malade, la famille le cas échéant, et rédaction d'un rapport spécifique (P.I.I.) comprenant :

- La description de la déficience de l'incapacité et du handicap
- Le plan de traitement par objectif avec échéancier

TARIF : 195,50 \$

Un seul honoraire de P.I.I. peut être chargé, pour un même patient, pour une période de 6 semaines.

**1.2.2** À la clinique externe

Dans un centre hospitalier de réadaptation où le physiatre est le médecin responsable au sein d'une équipe interdisciplinaire et où il évalue des malades traités pour une affection sévère du système nerveux central ou une atteinte neuromusculaire généralisée.

**1.2.2.1** Évaluation médico-handicap

Anamnèse, examen physique, discussions interdisciplinaires, rencontres de la personne ressource accompagnante et rédaction d'un rapport qui comprend :

- La description de la déficience, de l'incapacité, et du handicap
- Le plan de traitement de réadaptation

TARIF : 97,70 \$

Un seul honoraire d'évaluation médico-handicap peut être chargé, pour un même patient, pour une période de 6 mois.

**2. LA GARDE**

**2.1** À l'occasion d'une garde, le physiatre touche pour les urgences auxquelles il répond, les honoraires majorés prévus au Tarif de la médecine et de la chirurgie.

**3. TARIF HORAIRE**

**3.1** Le tarif horaire est de 95 \$.

À l'égard des prestations de soins, du suivi des malades et de l'équipe interdisciplinaire, le médecin physiatre est payé pour un temps de service en semaine entre 7 h et 19 h, sauf les jours considérés fériés.

**3.2** Limitation

Celui qui est payé au tarif horaire, ne peut toucher d'autres honoraires de la régie pour des soins donnés le même jour dans l'établissement - sauf les soins d'urgence entre 19 h et 7 h.

### 3. TARIF HORAIRE

**3.1** Le tarif horaire est de 95 \$.

À l'égard des prestations de soins, du suivi des malades et de l'équipe multidisciplinaire, le médecin gériatre est payé pour un temps de service en semaine entre 7 h et 19 h, sauf les jours considérés fériés.

**3.2** Limitation

Celui qui est payé au tarif horaire, ne peut toucher d'autres honoraires de la régie pour des soins donnés le même jour dans l'établissement - sauf les soins d'urgence entre 19 h et 7 h.

**3.3** Plafonnement de la grille horaire

Le nombre d'heures payées au taux horaire, ne peut dépasser 7 par jour et 35 par semaine.

Ne sont pas comptées les heures de surtemps du médecin spécialiste auquel le médecin-chef du département demande de prolonger son service pour répondre aux besoins.

À l'occasion d'un surtemps, le médecin spécialiste présente des notes explicatives.

**AVIS** : *Utiliser le code d'activités 029060 (Heures supplémentaires).*

### 4. FICHE D'ACTIVITÉS

**4.1** Le gériatre de service dans une unité de gériatrie rédige une fiche d'activité pour chaque jour de son assignation à tarif horaire.

Il indique le temps qu'il a consacré dans chacune des activités décrites à l'article 1.

Il présente cette fiche avec son relevé d'honoraires.

**ANNEXE 32.****MESURES SUPPLÉMENTAIRES EN VUE D'AMÉLIORER LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DANS LES TERRITOIRES INSUFFISAMMENT POURVUS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ****1. PRIME DE REVALORISATION DE LA RÉMUNÉRATION DE BASE**

**AVIS :** *Il appartient au médecin de faire la première demande de prime à la Régie et ce, au moyen d'une lettre adressée au Service du règlement de la rémunération à honoraires forfaitaires. Par la suite, les autres versements seront effectués automatiquement tant que les conditions demeureront inchangées.*

**1.1** Pour avoir droit à cette prime, pour une année civile, le médecin spécialiste doit répondre aux exigences suivantes dans cette même année :

- a) tenir feu et lieu dans une région désignée;
- b) exercer dans un établissement et être classé dans une spécialité visée à l'article 1.2;
- c) avoir gagné, dans l'année civile, des gains de pratique d'au moins cent mille dollars (100 000 \$), dans un ou plusieurs établissement(s) en régions désignées.

Toutefois, pour les disciplines de la pédiatrie, de l'obstétrique-gynécologie et de la dermatologie, on prend en compte également 70 % des gains de pratique du médecin en cabinet en régions désignées, si ses gains de pratique sont d'au moins 30 000 \$ dans un ou plusieurs établissements en régions désignées.

**1.2 Classification des établissements selon les spécialités reconnues**

**1.2.1** Les spécialités reconnues au sein des établissements situés en territoires insuffisamment pourvus de professionnels sont les suivantes :

**+ POUR L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE****SPÉCIALITÉS RECONNUES**

Centre hospitalier Rouyn-Noranda

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, radiologie diagnostique, santé communautaire et urologie.

Centre hospitalier de Val d'Or

Allergie-immunologie, anesthésiologie, anatomo-pathologie, cardiologie, chirurgie générale, gastro-entérologie, médecine interne, médecine nucléaire, néphrologie, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, radiologie diagnostique et urologie.

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie thoracique et vasculaire, médecine interne, neurologie, obstétrique-gynécologie, oncologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie, radiologie diagnostique et rhumatologie.

Centre hospitalier La Sarre

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, dermatologie, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, physiatrie, psychiatrie, radiologie diagnostique et rhumatologie.

Centre de santé Sainte-Famille (Ville-Marie)

Anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.

Centre hospitalier Malartic

Psychiatrie

Les spécialités de la microbiologie, l'hématologie, la biochimie, la gériatrie, l'endocrinologie et l'allergie peuvent également être reconnues par les parties négociantes au sein d'un établissement de cette région.

## **ANNEXE 38**

### **CONCERNANT L'INSTAURATION DU MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE.**

(Voir la Brochure n° 5 du Manuel des médecins spécialistes).

## ANNEXE 39

### ENTENTE AUXILIAIRE

#### CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE PLASTIQUE DANS LES UNITÉS DE GRANDS BRÛLÉS EN CENTRE HOSPITALIER.

- + Cette entente établit la tarification pour les soins dispensés par le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique dans une unité de grands brûlés désignée par les parties négociantes. Elle est applicable du lundi au dimanche incluant les jours fériés.

On ne peut s'en prévaloir pour le paiement d'autres activités professionnelles.

Toutefois, elle ne s'applique pas aux urgences auxquelles le médecin spécialiste classé en chirurgie plastique répond à l'égard de tout patient de l'établissement pour une raison autre qu'une brûlure. Elle ne s'applique pas non plus aux prélèvements de peau sur cadavre.

#### 1. DÉFINITION DE L'UNITÉ DE GRANDS BRÛLÉS

Par unité de grands brûlés, on inclut tous les lieux de prestation de soins (clinique externe, urgence, salle d'opération, etc.) situés dans un centre hospitalier désigné pour traiter des brûlés selon le Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

#### 2. TARIFICATION FORFAITAIRE

Tout médecin spécialiste classé en chirurgie plastique qui est responsable des soins chirurgicaux de tous les patients dans une unité de grands brûlés est payé suivant une tarification forfaitaire comprenant :

- le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité;
- le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient.

Ce médecin doit toutefois être désigné par les parties négociantes.

Est constitué un comité paritaire composé de représentants du Ministre et de la Fédération, auquel sont déferées pour recommandation toutes les demandes de désignation.

Le comité examine la demande de désignation en considérant les qualifications du ou des médecins qui prendraient charge de l'unité, le nombre d'effectifs devant assumer une présence dans l'unité, le type d'organisation de l'unité, le taux d'occupation des lits de l'unité et tout autre critère qu'il estime approprié compte tenu des dispositions du Programme national de services pour les personnes victimes de brûlures graves.

La Régie donne effet aux avis de désignation transmis par les parties négociantes.

##### 2.1 Forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité

Ce forfait rémunère toutes les activités professionnelles du médecin spécialiste classé en chirurgie plastique assurant un continuum de soins et de services aux personnes victimes de brûlures graves.

Ce forfait comprend la disponibilité immédiate du médecin au cours de la période se situant entre 7 h et 7 h le lendemain, dont une présence de huit heures entre 7 h et 17 h.

Un seul forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité peut être payé par période de 24 heures, soit de 7 h à 7 h.

##### 2.2 Forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient

Ce forfait s'applique à chaque patient vu dans le cadre des activités professionnelles de l'unité. Il rémunère les activités reliées à l'admission d'un patient dans l'unité de grands brûlés, le suivi décisionnel quotidien et la visite concernant le congé de l'hospitalisation.

Seul le médecin qui réclame le forfait quotidien d'activités professionnelles de l'unité peut réclamer le forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient.

Un seul forfait quotidien de responsabilité chirurgicale d'un patient est payable par période de 24 heures.

Le forfait est payable dès lors que le patient séjourne à un moment quelconque dans l'unité de grands brûlés entre 7 h et 7 h le lendemain.

- iii) Les activités de contrôle direct faites sur les lieux de l'intervention et reliées à la supervision des protocoles de soins et au contrôle de la qualité des interventions-terrain et pouvant comprendre, dans les cas urgents déterminés par la Corporation Urgences-santé, des interventions diagnostiques et thérapeutiques;

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 078120.

- iv) Certaines activités médicales de nature semi-urgente déterminées par la Corporation Urgences-santé, tels les constats de décès, l'évaluation des cas à caractère psychiatrique avec refus de transport et le traitement de clientèle à mobilité réduite.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 078121.

**AVIS** : Pour la Corporation Urgences-santé, utiliser le code d'établissement 99101.

### 3.2 Le Centre antipoison du Québec (CAPQ)

À ce titre, l'activité professionnelle concerne :

**3.2.1** Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui agit à titre de coordonnateur médical du Centre antipoison du Québec et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes en toxicologie.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 078122.

**3.2.2** Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence au Centre antipoison du Québec et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes en toxicologie.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 078123.

**3.2.3** La prise en charge, par le médecin spécialiste en médecine d'urgence exerçant au Centre antipoison du Québec, de la couverture provinciale des activités en toxicologie au cours d'une journée.

**AVIS** : - Utiliser le code d'activités 078124 si aucune facturation d'autres activités pendant la période de prise en charge, sinon utiliser le code d'activités 078129.

- Veuillez préciser dans la partie « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES », l'heure à laquelle le forfait a débuté.

- Pour le Centre antipoison du Québec, utiliser le code d'établissement 94519.

### 3.3 Le système d'évacuation aéromédicale au Québec (E.V.A.Q.)

À ce titre, l'activité professionnelle concerne :

**3.3.1** Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui agit à titre de coordonnateur du système d'évacuation aéromédicale du Québec et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 078125.

**3.3.2** Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui détient des privilèges en évacuation aéromédicale dans un centre hospitalier désigné et comprenant la planification, la programmation, l'organisation et l'évaluation de programmes dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale, incluant la responsabilité des interventions préalables à l'évacuation aéromédicale.

**AVIS** : Utiliser le code d'activités 078126.

**3.3.3** Les activités accomplies par le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui détient des privilèges en évacuation aéromédicale dans un centre hospitalier désigné et qui agit à titre de médecin-escorte lors du transport de patients dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale.

**AVIS** : - Utiliser un des codes d'activités suivants :

078127 (période d'activité de 1 heure à 13 heures)  
078128 (période d'activité de 14 heures et plus).

- Veuillez préciser dans la partie « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES », l'heure à laquelle le forfait a débuté.

- Pour le système d'évacuation aéromédicale, utiliser le code d'établissement 02033.

#### 4. RÉMUNÉRATION

Les activités professionnelles prévues au présent protocole sont rémunérées sur une base forfaitaire ou de tarification horaire, selon le cas.

##### 4.1 Tarif horaire

Les activités professionnelles visées 3.1.1, 3.2.1, 3.2.2, 3.3.1 et 3.3.2 sont rémunérées sur une base de tarification horaire. Le tarif horaire est de 95 \$ l'heure. Il est payé pour un temps de service continu de 60 minutes.

##### + 4.2 Montant forfaitaire

Les activités professionnelles visées aux articles 3.2.3 et 3.3.3 sont rémunérées sur une base forfaitaire.

Pour les activités professionnelles visées à l'article 3.2.3, le montant forfaitaire est de 880 \$ par jour, du lundi au dimanche. Ce montant est versé pour une prise en charge de 24 heures.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 078124. Cocher la plage horaire au cours de laquelle le forfait de prise en charge débute. Inscrive 24 heures dans la colonne « Heures travaillées ». Veuillez préciser dans la partie « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES », l'heure à laquelle le forfait a débuté.*

Pour les activités professionnelles visées à l'article 3.3.3, le montant forfaitaire varie selon la période d'activité du médecin et le site de la mission :

- Pour une période d'activité continue de treize (13 heures), le montant forfaitaire est de 1 469 \$. Toute période d'activité moindre est payée au prorata.
- Pour une période d'activité continue de vingt-cinq (25) heures, le montant forfaitaire est de 2 690 \$. Toute période d'activité moindre (mais plus de 13 heures) ou additionnelle est payée au prorata.
- De plus, s'ajoute un forfait par mission effectuée. Ce forfait est de 400 \$ pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situés au nord-ouest de la ville de Québec et de 300 \$ pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situés à l'est de la ville de Québec.

**AVIS :** *Veuillez utiliser la « Demande de paiement » n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- la date et le code d'acte **19439** (mission vers le nord-ouest de la ville de Québec) ou le code d'acte **19440** (mission vers l'est de la ville de Québec) dans la section « Actes »;
- inscrire le code d'établissement 02033;
- le montant demandé dans la case HONORAIRES et reporter ce montant dans la case TOTAL;

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

Une mission se termine généralement lors du retour du médecin à l'aéroport de Québec, suite à l'accompagnement du ou des patients dans un milieu hospitalier local, lorsque requis. Lorsqu'une nouvelle mission a comme point de départ l'aéroport de Montréal, la mission qui la précède se termine alors à l'aéroport de Montréal. Le médecin peut, le cas échéant, recevoir plus d'un forfait par période de garde.

Dans le cas exceptionnel où le médecin est appelé, lors d'une même mission, à se rendre tant dans le nord-ouest que dans l'est, il peut alors facturer le forfait de 400 \$ et le forfait de 300 \$ pour la même mission.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 078127 pour une période d'activité de 1 heure à 24 heures ou le code d'activités 078128 pour une période d'activité de 25 heures et plus. Cocher la plage horaire au cours de laquelle la période d'activité débute. Inscrive la durée totale de la période d'activité dans la colonne « Heures travaillées ». Veuillez préciser dans la partie « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES », l'heure à laquelle le forfait a débuté.*

##### 4.3 Limitations

Un nombre maximal d'heures et de montants forfaitaires est alloué sur une base annuelle pour la rémunération des activités prévues au présent protocole.

Les médecins spécialistes en médecine d'urgence qui accomplissent ces activités ne peuvent réclamer, au cours d'une année, un nombre d'heures ou de forfaits supérieur au nombre annuel autorisé par les parties négociantes.

De plus, la rémunération prévue au présent protocole s'applique de façon exclusive au cours de la période pour laquelle elle est réclamée. Ainsi, aucune autre rémunération ne peut être versée au médecin qui réclame le paiement d'une rémunération prévue au présent protocole, pour la période d'activité ou de prise en charge couverte par cette rémunération. Toutefois, le médecin qui prend en charge les activités visées par l'article 3.2.3 peut réclamer le paiement d'honoraires pour les autres activités qu'il accomplit pendant la période de cette prise en charge. Il n'a alors droit qu'au paiement de la moitié du montant forfaitaire prévu à l'article 4.2.

**AVIS :** *Utiliser le code d'activités 078129. Cocher la plage horaire au cours de laquelle le forfait de prise en charge débute. Inscrire 12 heures dans la colonne « Heures travaillées ». Veuillez préciser dans la partie « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES », l'heure à laquelle le forfait a débuté.*

## 5. DEMANDE DE RÉMUNÉRATION

Le médecin spécialiste en médecine d'urgence qui souhaite bénéficier des mesures de rémunération prévues au présent protocole doit en faire la demande aux parties négociantes et fournir l'information nécessaire à l'analyse de sa demande.

Un comité conjoint est formé afin d'analyser les demandes d'autorisation de rémunération présentées par les médecins et de faire des recommandations aux parties négociantes. Ces recommandations portent également sur le nombre maximal d'heures et de montants forfaitaires qui sont autorisés pour chacune des activités visées.

La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes, lesquels comportent l'information nécessaire à l'application du présent protocole.

## 6. ENTRÉE EN VIGUEUR

**6.1** Le présent protocole d'accord prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 18<sup>e</sup> jour de mai 2006.

**PHILIPPE COUILLARD, MD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**YVES DUGRÉ, MD**

Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

**+ PROTOCOLE D'ACCORD****PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES POUR LE COMPTE D'UNE TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE****PRÉAMBULE**

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

**LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :****1. OBJET**

- 1.1** Ce protocole d'accord a pour objet la rémunération du médecin spécialiste qui, selon le cas,
- a) accomplit, à titre de médecin spécialiste nommé président d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, les activités professionnelles décrites à l'article 3.1;
  - b) accomplit, à titre de médecin spécialiste élu ou nommé comme membre d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, les activités professionnelles décrites à l'article 3.2;
  - c) accomplit, à titre de médecin spécialiste mandaté par le président de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, les activités professionnelles décrites à l'article 3.3.

**2. CHAMP D'APPLICATION**

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

**2.2** Aux fins de l'application de l'article 1 de l'Annexe 19 de l'Accord-cadre, la rémunération versée en vertu de l'article 4.1 du présent protocole d'accord constitue une rémunération de base.

**2.3** Aux fins de l'application des plafonnements généraux de gains de pratique prévus à l'Annexe 8 de l'Accord-cadre, on ne tient pas compte de la rémunération versée à un médecin spécialiste en vertu du présent protocole.

**2.4** Outre la Régie, les parties et le médecin, le présent protocole lie les établissements et les agences de la santé et des services sociaux concernés.

**3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES**

**3.1** Pour le médecin qui est nommé président d'une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, l'activité professionnelle visée aux présentes est celle qui est reliée à l'exercice des attributions suivantes :

- a) l'exercice des responsabilités attribuées à la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée en vertu de la loi;
- b) la participation aux réunions de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et de ses comités de travail ainsi que la préparation raisonnable effectuée à cette fin;
- c) la coordination des travaux du comité de direction de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.

**AVIS :** *Veillez utiliser le code d'activité 083136.*

*Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'ASSS (Agence de la Santé et des Services Sociaux) de votre région.*

**7.3** Le présent protocole ne remet pas en question les responsabilités qui incombent aux universités d'attribuer les tâches académiques, de distribuer les externes et résidents dans les milieux de stage et d'assurer la qualité de l'enseignement.

**7.4** La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et comportant l'information nécessaire à l'application du présent protocole.

## **8. UNITÉS D'ENSEIGNEMENT DÉSIGNÉES**

**8.1** La rémunération des activités de supervision visées à l'article 3.1.3 ne s'applique que dans les unités d'enseignement désignées par les parties négociantes.

**8.2** Afin d'être désignée par les parties négociantes, une unité d'enseignement doit satisfaire aux conditions suivantes:

- Elle doit correspondre à un lieu de dispensation de soins aménagé dans un établissement;
- Elle doit comprendre plusieurs lits d'hospitalisation dédiés à des fins d'enseignement clinique aux externes et résidents;
- La structure d'enseignement aux externes et résidents doit être de type pyramidale;
- La supervision clinique des externes et résidents est, au cours d'une demi-journée, assumée par un seul médecin, lequel effectue la totalité ou la presque totalité de ses activités dans cette unité au cours de cette demi-journée;
- Toutes autres conditions déterminées par les parties négociantes.

## **9. AUTORISATION DE PAIEMENT**

**9.1** Toute demande de paiement selon le présent protocole doit être contresignée par le chef de département ou de service clinique de l'établissement où les activités de supervision clinique visées ont été accomplies.

Si les activités ont été accomplies dans un lieu autre qu'un établissement, la demande de paiement doit être contresignée par le chef de service hospitalier responsable ou, à défaut, par le chef de programme universitaire.

## **10. MISE EN APPLICATION**

**10.1** Sous réserve de l'article 10.2, le présent protocole d'accord prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

**10.2** La mise en application du présent protocole et son maintien à l'égard d'un réseau universitaire donné est conditionnelle à ce que l'université responsable de ce réseau satisfasse aux conditions suivantes :

**10.2.1** L'université doit consentir à une vérification de ses livres et états financiers afin de permettre aux parties négociantes d'obtenir l'information relative aux montants payés par l'université, à partir de son budget de fonctionnement, à des médecins spécialistes autres que les doyens, vice-doyens, vice-recteurs et directeurs de département, et ce :

- au cours des trois années financières précédant la mise en application du présent protocole;
- par la suite, sur demande des parties négociantes, pour chacune des années suivant la mise en application du présent protocole.

Cette vérification doit être effectuée par une personne indépendante désignée conjointement par l'université et les parties négociantes et dont les honoraires et frais sont partagés en parts égales par les parties.

**10.2.2** L'université doit s'engager par écrit à maintenir, au cours de l'année suivant la mise en application du présent protocole, un même niveau de financement pour des activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes et, pour les années subséquentes, à l'indexer selon une formule à être agréée avec les parties négociantes.

Cet engagement doit être fait selon la forme et les termes déterminés par les parties négociantes.

**10.2.3** L'université n'est partie à aucune entente avec des médecins spécialistes enseignants qui porte sur la rémunération des activités de supervision clinique visées au présent protocole.

Dans l'éventualité où une université était partie à une telle entente, celle-ci doit être modifiée afin d'exclure les activités visées au présent protocole et les sommes allouées en vertu de cette entente doivent être réaffectées à des activités d'enseignement effectuées par les médecins spécialistes autres que celles visées au présent protocole.

À défaut, ce sont alors les dispositions de cette entente qui s'appliquent en lieu et place du présent protocole.

**10.2.4** De plus, l'université qui accueille et assigne un moniteur clinique dans un milieu de stage doit s'engager à rémunérer les médecins spécialistes qui effectuent la supervision des stages de ce moniteur clinique. Cet engagement ne s'applique toutefois que lorsque la supervision de stage du moniteur clinique est effectuée de façon exclusive par le médecin au cours d'une demi-journée, sans autres externes ou résidents.

**10.3** Les parties négociantes évaluent le respect des conditions mentionnées à l'article 10.2 à l'égard d'un réseau universitaire et, selon leurs conclusions, informent la Régie d'appliquer, de suspendre ou de mettre fin à l'application du présent protocole à l'égard d'un réseau universitaire donné. La Régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes.

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

**YVES BOLDUC, MD**  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

**GAÉTAN BARRETTE, MD**  
Président  
Fédération des médecins  
spécialistes du Québec

# **Modificateur à utiliser pour réclamer chacun des codes d'acte du Protocole dans le but d'identifier l'université à laquelle le médecin professeur est rattaché**

#	Université	Modificateur
	Université Laval	MOD=028
	Université de Montréal	MOD=031
	Université McGill	MOD=035
	Université de Sherbrooke	MOD=040

# **Activités de supervision clinique des stages (ailleurs qu'en unité d'enseignement clinique)**

#	Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié		
	Résident(s) seulement	Au moins un externe	Moniteur(s) clinique(s) seulement
	Codes d'acte 55 \$ par demi-journée	Codes d'acte 75 \$ par demi-journée	Codes d'acte 55 \$ par demi-journée
A.M.	19700	19702	19762
P.M.	19701	19703	19763

#	Montant forfaitaire à la salle d'urgence Codes de forfait réservés exclusivement aux médecins spécialistes en médecine d'urgence ou d'une autre discipline désignée (2*) Du dimanche au samedi (Période de 8 h à 8 h)			
	Résident(s) seulement	Au moins un externe	Moniteur(s) clinique(s) seulement	
	Début (1*)	Codes d'acte 55\$ par période de 4 h	Codes d'acte 75\$ par période de 4 h	Codes d'acte 55\$ par période de 4 h
	8 h à 12 h	19750	19756	19764
	12 h à 16 h	19751	19757	19765
	16 h à 20 h	19752	19758	19766
	20 h à 00 h	19753	19759	19767
	00 h à 4 h	19754	19760	19768
	4 h à 8 h	19755	19761	19769

# **AVIS :** (1\*) Veuillez utiliser le code d'acte correspondant à la plage horaire où votre supervision a débuté.

(2\*) Les médecins pédiatres de l'Hôpital Sainte-Justine sont désignés.

# **AVIS :** Les codes d'actes sous la section « Moniteur(s) clinique(s) seulement » doivent être utilisés lorsque le médecin spécialiste supervise un ou des moniteurs cliniques exclusivement. S'il y a présence d'un résident ou d'un externe, veuillez utiliser le code de la section correspondante.

# **AVIS :** Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le modificateur approprié selon l'université visée; **ce champ est obligatoire;**
- le nombre de résidents, d'externes et de moniteurs cliniques dans la case UNITÉS; **ce champ est obligatoire;** ces unités n'ont aucun impact sur les honoraires;
- le code d'établissement (pour les forfaits payables en cabinet, utiliser le code de localité);
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- le numéro attribué par le Collège des médecins du Québec de tous les résidents, externes et moniteurs cliniques dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour lesquels la rémunération est demandée.

Si la formation a été dispensée à des étudiants différents au cours de la journée, veuillez utiliser une demande de paiement différente pour chaque période

**Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec l'un ou l'autre de ces codes d'acte.  
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.**

# Supervision clinique dans les unités d'enseignement clinique désignées (UEC)

Montant forfaitaire en semaine sauf jour férié	
Résident(s) et/ou externe(s)	Unités d'enseignement
Code d'acte 110 \$ par demi-journée (AM et PM)	
19704	Cardiologie
19705	Chirurgie générale
19706	Gastro-Entérologie
19707	Gériatrie
19708	Hématologie-Oncologie
19710	Médecine Interne
19711	Néphrologie
19712	Neurologie
19713	Obstétrique-Gynécologie
19714	Pédiatrie
19715	Pédiatrie – Maladies infectieuses
19716	Pédiatrie – Néonatalogie
19717	Pédiatrie – Pouponnière
19718	Pneumologie
19719	Psychiatrie
19720	Soins Intensifs
19721	Soins Intensifs – CCVT
19722	Soins Intensifs – Chirurgie
19723	Soins Intensifs – Médecine
19724	Soins Intensifs – Néonatalogie
19725	Soins Intensifs - Pédiatrique
19726	Soins Intermédiaires - Néonatalogie
19727	Soins Palliatifs

# **AVIS** : Remplir le formulaire « Demande de paiement - médecin » (n° 1200) de la façon suivante, inscrire :

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte approprié dans la case ACTES;
- le modificateur approprié selon l'université visée; **ce champ est obligatoire**;
- le nombre de résidents et d'externes dans la case UNITÉS; ces unités n'ont aucun impact sur les honoraires;
- le code d'établissement;
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- A.M. et/ou P.M. dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

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