2. LETTRES D'ENTENTE

INDEX DES LETTRES D'ENTENTE

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

N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
1	L'établissement d'un fonds de formation médicale continue	**1**
2	Conditions d'exercice et modes de rémunération en CHSLD	**1**
3	Certaines tâches administratives hospitalières	**2**
4	Rémunération de la garde en disponibilité	**2**
5	L'implantation d'un régime de congé à traitement différé (honoraires fixes)	**2**
6	Médecin exerçant en C.A.H. non régi par l'entente particulière	**3**
7	Application du code d'acte 00272	**4**
8	Paiement de certains traitements physiatriques	**5**
9	Modifications et financement découlant de l'*Amendement n^{O} 36*, 8 mai 1990	**7**
11	Coûts / vacations allouées (dépannage Grand-Nord et Système d'évacuation aéromédicale)	**9**
20	Examen d'un enfant de moins de 18 ans / *Loi sur la Protection de la jeunesse*	**10**
22	Montants forfaitaires prévus à l'article 5 de l'annexe II et à l'article 21 de l'annexe IX	**11**
23	Rémunération dans le cadre du programme de vaccination contre la méningococcémie	**12**
24	Annexe IX de l'Entente / services rendus dans le cadre d'un programme en adaptation-réadaptation	**13**
30	Rémunération des médecins qui exercent dans la localité de Rivière-au-Renard	**14**
35	Enseignement clinique (dans ou auprès d'une unité de médecine familiale)	**15**
38	Services médicaux dispensés dans une installation exploitée par un organisme privé de réadaptation pour les personnes souffrant d'alcoolisme ou d'une autre toxicomanie, ou des deux	**16**
40	Négociation d'un préambule général pour les médecins rémunérés à la vacation	**17**
42	Matérialisation de certaines économies dans le domaine de la santé	**17**
43	Application de l'article 20.00 A de l'Entente, dispositions applicables entre le 6 mars 1994 et la date d'entrée en vigueur de l'annexe XIV de l'Entente	**18**
44	Modalités d'application du paragraphe 8.01 de l'annexe XIV de l'Entente	**19**
45	Article 20.00 A de l'Entente et annexe XIV / **tarif horaire** et taux afférent aux médecins concernés par l'E.P. service d'interventions médicales d'urgence / région de Montréal Métropolitain	**20**
47	Coûts et modalités d'adhésion découlant de l'application de l'entente relative aux **UMF**	**21**
48	Rémunération du docteur Serge Tremblay	**22**

N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
49	**Informatisation des dossiers médicaux** et **garde sur place à l'urgence** au **CH Anna Laberge**	**23**
50	L'hôpital **La Providence de Magog**	**24**
52	AMP et règlement des questions concernant le docteur Jean-Maurice Turgeon	**24**
53	Rémunération de certaines activités effectuées au bénéfice d'une **agence**	**25**
54	Dr Jacques Ramsay / Hôpital de l'Ungava	**26**
55	E.P. - Garde sur place / régions universitaires, dans le service d'urgence de 1re ligne-CH	**27**
56	**Avortement** et examen dispensé, le même jour, dans une clinique de planification des naissances, par un médecin autre que celui qui effectue l'avortement	**28**
57	**Interruption volontaire de grossesse** dans le local de certains organismes privés	**29**
59	Politique triennale / programmes de **formation doctorale et postdoctorale en médecine**	**31**
60	La répartition des **effectifs médicaux**	**32**
61	L'instauration de **nouveaux programmes**	**33**
62	La modification de l'**Accord-cadre** intervenue **en date du 22 janvier 1996**	**34**
63	La rémunération / **domaines de la santé publique** et **de la santé et de la sécurité au travail**	**34**
64	Mise en oeuvre de **certaines dispositions de l'Accord-cadre du 22 janvier 1996**	**35**
65	Modifications à convenir à l'annexe IX « plafond trimestriel », à l'annexe V « Tarif : thérapie de soutien et ECG », ainsi qu'aux taux du tarif horaire et de la vacation	**36**
66	Des modifications à convenir à l'annexe VI	**37**
67	Ajout du CLSC Beauce-Centre à l'E.P. / garde / service d'urgence 1re ligne / réseau intégré	**37**
68	La réouverture des négociations en vue du renouvellement de l'entente générale	**38**
69	La rationalisation des services médicaux	**39**
72	Le programme de départ assisté	**40**
73	Engagement financier (en attendant la mise en application de la L.E. n° 69)	**40**
74	Statut professionnel du Docteur Patrice Laflamme	**41**
75	L'assurance responsabilité professionnelle	**42**
76	Réseau intégré de soins généraux	**44**
79	Travailleurs victimes de lésion au dos	**50**
81	Mesures de compensation de délais **Ref. : Garde en disponibilité CHSLD**	**52**
83	Octroi de certaines mesures de **rétention** et de **recrutement**	**53**
85	Interruption volontaire de grossesse - Clinique médicale Fémina **(voir L. E. n° 96)**	**55**
87	Garde aux points de services de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes	**56**

N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
92	Paramètres financiers *(Amendement n^{O} 67)*	**57**
93	Financement des coûts relativement au dépannage et au retour de médecins retraités	**58**
95	Rémunération majorée (samedi, dimanche et jour férié) « Prolongation de l'art. 3 de la L.E. n^{O} 77 »	**61**
96	Interruption volontaire de grossesse - Clinique médicale Féminine « Voir aussi L.E. n^{O} 85 »	**62**
97	Régimes d'assurance prévus à l'annexe VI de l'Entente	**63**
98	Financement des coûts reliés à la tenue d'un projet pilote - CHR de Sept-Îles	**64**
99	Rémunération des chefs de département (DRMG) + départ. clinique médecine gén. (DCMG)	**65**
101	Financement des coûts / émission de permis restrictifs	**66**
102	Accord-cadre : Dispositions de l'entente générale / 01-04-98 au 31-03-02 et rémunération différente	**67**
103	Prolongation de la L.E. n° 77	**68**
104	MSSS-FMOQ / Accessibilité aux services médicaux à la population de Malartic	**69**
105	Dépannage - Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James.	**71**
106	Actualisation des tarifs au 1er avril 2001 / Accord-cadre / période du 1er avril 1998 au 31 mars 2002	**72**
107	Rémunération des services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée	**74**
S		
114	Création d'un comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale	**80**
115	Actualisation au 1er avril 2001 / Accord-cadre / période du 1998-04-01 au 2002-03-31.	**82**
116	Expérimentation / modalités de rémunération / Centre médical Acton ou CLSC La Chênaie	**83**
120	Prise en charge du service d'urgence du CH Jonquière	**87**
121	Prise en charge du service d'urgence du Centre Maria-Chapdelaine	**90**
122	Prise en charge du service d'urgence du CH Val-d'Or.	**93**
123	Prise en charge du service d'urgence du CH régional Baie-Comeau	**96**
124	Médecins résidents aux services d'urgence du CH du Centre-de-la-Mauricie et du CH Jonquière.	**99**
S		
S		
S		
128	Prise en charge du service d'urgence du CH régional de Sept-Îles	**106**
129	Prise en charge du service d'urgence du CH du Centre-de-la-Mauricie	**109**

	N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
	130	Expérimentation / Entente de parrainage / services d'urgences de deux ou plusieurs établissements	**112**
	131	Programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux	**115**
	132	Certaines modalités de rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intra-régionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'un établissement désigné	**118**
	134	Application découlant du protocole d'accord / prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002	**126**
	135	Prise en charge et suivi des clientèles vulnérables / Entente particulière GMF	**127**
	136	Modification protocole d'accord / Prolongation conventionnelle de l'Entente se terminant le 31 mars 2002	**129**
	137	Adoption des mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins	**132**
	138	Redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens	**133**
	139	Gestion de fin de carrière des médecins omnipraticiens	**135**
	140	Conditions d'exercice des médecins omnipraticiens	**136**
	141	Prise en charge du service d'urgence de l'hôpital de Notre-Dame-de-Fatima	**137**
	142	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier de Chandler	**140**
S			
	146	Rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession	**148**
S			
S			
S			
	150	Modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence / Centre hospitalier régional **Lanaudière**	**155**
	151	Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Rouyn-Noranda	**159**
	152	Données nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions transitoires d'une version modifiée / Entente particulière AMP	**162**
	153	Données nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions transitoires d'une version modifiée / Entente particulière PREM	**165**
	154	Retour en pratique du médecin (programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté)	**166**
	158	Comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale	**172**
	159	Applications découlant de l'E.P. PREM	**174**
S			
	162	Forfait rétroactif / Services en anesthésie	**180**

	N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
	163	Prise en charge du service d'urgence du Centre de Mont-Laurier	**181**
	164	Rémunération / Période de rénovation *(du 01-06-2004 au 30-06-2005)* / Centre hospitalier Honoré-Mercier	**184**
	166	Prise en charge du service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel	**192**
	167	Coûts supplémentaires / phase transitoire / groupe de médecine de famille (GMF)	**196**
	168	Affectation des sommes découlant de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2002-2003 et 2003-2004	**197**
	170	Forfaits d'accessibilité / Installation de nouveaux médecins dans certaines localités	**203**
	174	Prise en charge du service d'urgence du Centre de Mont-Laurier (Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle)	**213**
	175	Rémunération / Cliniques réseau accréditées par l'Agence de Montréal	**216**
	176	Modalités d'application et de financement découlant de l'*Amendement n^{O} 90*	**217**
	180	Dispositions EP services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle / Rémunération du forfait responsabilité - pratique de groupe en cabinet et en CLSC	**225**
	183	Versement de montants forfaitaires ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant le 31 mars 2004	**231**
	184	Prise en charge du service d'urgence du CSSS de Sept-Îles	**233**
	185	Rémunération / Certaines unités de soins intensifs ou coronariens	**237**
	188	Services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale (ÉVAQ)	**241**
	189	Prise en charge des services d'urgence du Pavillon de Hull et du Pavillon de Gatineau du CSSS de Gatineau	**245**
	191	Financement de certaines mesures	**253**
	192	Versement de montants forfaitaires ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant le 31 mars 2004	**254**
	196	Redressement tarifaire de l'entente - Rémunération et plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux	**263**
	197	Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux	**266**
	198	Responsabilité civile des professionnels de la santé participant à la première phase du projet expérimental du Dossier de Santé du Québec (DSQ)	**267**
	199	Certaines dispositions transitoires à l'annexe VI relatives au congé de maternité	**268**
	200	Versement de montants forfaitaires découlant de certaines dispositions de la *Lettre d'entente n^{O} 196*	**269**
	203	Santé publique	**276**
#	**204**	Projet télé-santé entre CISSS de Lanaudière et communauté Atikamekw de Manawan	**278**
	205	Versement forfaitaire découlant de l'application de l'*Amendement n^{O} 108*	**279**

N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
206	Rémunération de la garde en disponibilité dans le cadre de la médecine hyperbare	**280**
209	Prise en charge du service d'urgence du CSSS de Sept-Îles par les médecins de l'établissement	**285**
210	Assurance responsabilité professionnelle	**288**
211	Financement de la recherche en médecine de famille	**289**
213	Supervision médicale dans le cadre de la formation des infirmières praticiennes spécialisées	**293**
216	Financement de la modification apportée par l'Amendement n^{o} 112 relative à l'EP Garde sur place de certains établissements	**302**
217	Rémunération applicable au Réseau de cliniques médicales de Drummondville	**303**
221	Financement des majorations supplémentaires à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables	**322**
223	Rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins omnipraticiens	**327**
224	Assurance responsabilité professionnelle	**335**
225	Période initiale de réception des demandes d'obtention d'un avis de conformité au PREM	**336**
226	Prise en charge de l'unité de soins généraux pour les lits par les médecins omnipraticiens de l'Hôtel-Dieu de Sorel du CSSS de Pierre-de-Saurel	**337**
227	Intégration des dossiers médicaux électroniques dans la pratique des médecins omnipraticiens	**340**
228	Versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'*Amendement n^{o} 116*	**341**
229	Intégration de l'infirmière praticienne / dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF	**342**
230	Mesure n^{o} 10 du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux	**347**
231	Comité conjoint de suivi en GMF et en clinique réseau	**348**
232	Comité conjoint portant sur les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens en CLSC	**349**
235	Rémunération des services de garde / prise en charge, intrarégionale et interrégionale, du service d'urgence	**356**
237	Prise en charge du service d'urgence du Centre de service Avellin-Dalcourt	**363**
239	Prise en charge du service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-des-Monts du CSSS de la Haute Gaspésie	**368**
240	Suivi de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec	**370**
241	Révision de l'*Entente particulière relative aux activités médicales particulières* (AMP)	**371**
242	Intégration de professionnels de la santé dans les milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi	**372**
243	Soutien à la pratique dans les milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi	**373**
244	Supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des étudiantes en pratique sage-femme	**374**

N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
248	Versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'*Amendement n^{O} 121*	**384**
249	Rémunération des médecins formateurs et participants aux ateliers du programme de formation en accès adapté	**385**
250	Rémunération particulières pour les chercheurs en médecine de famille	**387**
251	Assurance responsabilité professionnelle	**389**
254	Suivi du taux de prise en charge et de suivi des médecins omnipraticiens qui exercent leur profession dans les régions de Montréal, Laval et de leur couronne urbaine respective	**396**
255	Implantation et à l'utilisation du Dossier de santé du Québec et des dossiers médicaux électroniques par les médecins de CLSC et d'UMF en établissement	**397**
256	Financement du Programme d'aide aux médecins du Québec	**398**
259	Mesures de compensation pour les délais de mise en application de l'Amendement n^{O} 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes applicables à la rémunération des services dispensés en soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation	**403**
260	Le financement et le suivi des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n^{O} 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et réadaptation	**406**
261	Versement des montants découlant de l'Amendement n^{O} 124	**407**
262	Expérimentation de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin enseignant qui exerce sa profession auprès de l'unité de médecine familiale implantée à la Clinique de santé Jacques-Cartier	**408**
263	Versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'Amendement n^{O} 138	**412**
265	Versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'Amendement n^{O} 130	**415**
267	Versement d'un montant forfaitaire découlant de l'application de certaines dispositions de l'Amendement n^{O} 125	**419**
269	Modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière	**423**
273	Le financement et le suivi des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'entente générale introduisant le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique désignés	**436**
274	Concernant le financement et le suivi des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n^{O} 144 introduisant une nouvelle nomenclature des actes applicable à la rémunération des soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée	**438**
275	Modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte à instaurer au sein du programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et du programme de santé mentale d'un CLSC	**439**
276	Versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte dans le secteur de la santé publique et santé et sécurité au travail	**444**
277	Concernant le versement d'un forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte dans certains secteurs de pratique en CLSC et dans le secteur de pratique de l'UMF-CH	**445**

	N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
	278	Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte en CLSC dans les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le programme jeunesse, dans les services d'interruption de grossesse, dans l'unité de médecine familiale ainsi qu'en unité de médecine familiale en milieu hospitalier	**446**
	279	Ayant pour objet un montant forfaitaire à verser découlant de la nouvelle modalité de rémunération dans le programme d'itinérance ou de toxicomanie au sein d'un CLSC introduite dans le cadre de l'Amendement n^{O} 142	**448**
#	**280**	Concernant le financement et le suivi des coûts découlant d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet et à domicile découlant de l'Amendement n^{O} 151	**449**
#	**281**	Concernant la rémunération du médecin pour assurer les services dispensés auprès des Anciens combattants hébergés en soins de longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	**451**
#	**282**	Concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec	**454**
#	**283**	Concernant le financement et le suivi des coûts des suppléments de l'article 4.12 et de l'article 13.01 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle	**455**
#	**284**	Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les soins psychiatriques en milieu hospitalier	**456**
#	**285**	Modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement dans le cadre de la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région socio-sanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées d'un établissement	**458**
#	**286**	Concernant l'implantation d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile et ayant trait au paiement de montants forfaitaires rétroactifs	**461**
#	**288**	Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en gériatrie dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS	**465**
#	**289**	Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en soins palliatifs dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS	**466**
#	**290**	Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en établissement de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP	**467**
#	**291**	Rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS dans les établissements de santé du Québec	**468**
#	**292**	Concernant le financement des mesures prévues à la Lettre d'entente n^{O} 291 concernant la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS dans les établissements de santé du Québec	**470**
#	**294**	Concernant la rémunération du médecin pour assurer les services dispensés auprès de la clientèle d'un établissement de détention ayant fait l'objet d'un transfert de responsabilité des services de santé par le ministère de la Sécurité publique au ministère de la Santé et des Services sociaux	**471**
#	**295**	Concernant certaines modalités de rémunération applicables, de façon transitoire, aux services rendus en centre de détention	**473**

	N^{O}	LETTRE CONCERNANT :	*Page*
	296	Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application du Protocole d'accord sur le réaménagement de certains montants consentis à l'article 2 du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement	**475**
#	**297**	Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année	**476**
#	**299**	Concernant la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté	**479**
#	**300**	Concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés	**481**
#	**301**	Concernant la protection civile et professionnelle du médecin qui participe au Dossier de santé du Québec (DSQ)	**484**
#	**302**	Concernant la rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable.	**486**
#	**303**	Concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec	**487**

N^{O}	**LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES, REMPLACÉES ou TERMINÉES**
10	Mécanisme de dépannage *(**remplacée** par Ent. particulière du Grand-Nord)*
12	Coûts reliés aux soins gériatriques visés à l'entente particulière *(**abrogée** par amend. 50)*
13	Rémunération du médecin, CLSC de la Pointe (***remplacée** par la* Lettre d'entente n° 30)
14	Coûts découlant de l'actualisation de janvier 1991 *(**abrogée** par amend. 50)*
15	Coûts reliés à la dispensation de services dans un CHSLD *(**abrogée** par amend. 50)*
16	Coûts supplémentaires ent. part. / garde au service d'urgence du CH Trois-Pistoles et adhésion de l'hôp. Bellechasse à l'ent. part. / soins intensifs ou coronariens *(**abrogée** par amend. 50)*
17	Coûts suppl., rémunération à l'acte, garde / Hôpital St-Julien *(**abrogée** par amend. 50)*
18	Coûts suppl./ententes relatives au réseau de garde intégrée *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 27*)*
19	Coûts découlant de l'application de l'*Amendement n° 42 (**abrogée** par amend. 50)*
21	Programme de maintien à domicile de certains CLSC *(**abrogée** par amend. 53)*
25	Services médicaux/Maison Jean Lapointe Inc. *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 38*)*
26	E.P. garde sur place, régions univ. / urg.1re ligne / CHSCD *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 55*)*
27	Coûts supplémentaires / ententes relatives au réseau de garde intégré *(**abrogée** par amend. 50)*
28	Avortement et examen... *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 56*)*
29	Mise en oeuvre de la *Lettre d'entente n^{o} 21 (**abrogée** par amend. 53)*
31	Informatisation des dossiers médicaux / CH Anna-Laberge *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 49*)*
32	Coûts suppl. / modif. au décret / rémun. diff. et économies / AMP *(**abrogée** par amend. 50)*
33	Accord-cadre, sous-parag. 2.2 / Loi sur les Services de santé et des services sociaux, art. 360 à 366 / AMP et révision rémunération différente / répartition géographique et autres questions *(**abrogée** par amend. 85)*
34	Coûts suppl. / adhésion des CH de Verdun et de Sherbrooke *(**abrogée** par amend. 50)*
36	Questions diverses : Ent. part. / AMP, champ de la santé publique et nomination spécifique en CH (***abrogée** par amend. 85*)
37	AMP / la prise en compte de certaines activités exercées par un médecin *(**abrogée** par amend. 85)*
39	Garde au CLSC l'Estran *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 87*)*
41	Application de l'article 20.00A de l'Entente *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 43*)*
46	Dispositions de l'annexe IX de l'Entente *(**terminée** le 30 novembre 1995)*
51	Dr Danielle Mercier / Hôpital de l'Ungava *(**abrogée** par Amend. 59)*
58	**Dépannage** dans les établissements de la **région Nord-du-Québec** *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n° 105*)*

N^{O}	**LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES, REMPLACÉES ou TERMINÉES**
70	Règles d'émancipation relatives à l'application de l'entente relative aux AMP *(**abrogée** par amend. 85)*
77	Modalités de rémunération majorée (Samedi, dimanche et jours fériés) *(**abrogée** par amend. 113)*
78	Mesure d'exemption partielle du plafond semestriel *(**terminée** le 28 févr. 99, amend. 67)*
80	Mesure d'exemption partielle du plafond semestriel *(**terminée** le 28 févr. 99, amend. 67)*
82	Plafonds trimestriel / semestriel, serv.d'urgence (CHSGS / garde intégré) (***terminée** le 30 nov. 98)*
84	Plafonds trimestriel et semestriel / CH de l'Hôtel-Dieu de Sorel *(**terminée**,1999, amend. 67)*
86	Plafonds trimestriel et semestriel - Hôpital Santa Cabrini et CH de Trois-Rivières *(**terminée** le 28 févr. 99, amend. 67)*
88	Cliniques privées de l'Agence des Laurentides *(**terminée** le 28 févr. 99)*
89	Plafonds trimestriel et semestriel, service d'urgence du CH, CHSLD, CLSC, Cléophas-Claveau (Hôpital de la Baie des Ha! Ha!) *(**terminée** le 28 févr. 99)*
90	Plafonds trimestriel et semestriel, service d'urgence et patients admis en courte durée (CHSGS et réseau de garde intégré) *(**terminée** le 28 févr. 99)*
94	Retour en pratique du médecin adhérent au prog. fin de carrière / départ assisté *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 154*)*
100	Services / système d'évacuation aéromédicale (ÉVAQ) *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 110*)*
108	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux / région socio-sanitaire de **Chaudière-Appalaches** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 285*)*
110	Services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale (ÉVAQ) *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 188*)*
111	Rémunération majorée / services dispensés de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, excepté jours fériés dans certains services d'urgence *(**abrogée** par amend. 113)*
118	Phase transitoire / groupe de médecine de famille (GMF) *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 167*, le 1er juin 2003)*
119	Prise en charge du service d'urgence du CH Beauce- Etchemin *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 145*, le 1er mai 2003)*
125	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio-sanitaire **de Québec** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 285*)*
126	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio-sanitaire **du Saguenay - Lac Saint-Jean** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 285*)*
127	Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux de la région socio-sanitaire **de La Mauricie et Centre du Québec** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 285*)*
133	Rémunération / service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 15-06-2003 au 06-09-2003) (**terminée** le 7 septembre 2003)*.

N^{O} **LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES, REMPLACÉES ou TERMINÉES**

143 Temps de déplacement / établissement désigné par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région socio-sanitaire de l'Estrie *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

145 Prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemin *(**terminée** le 31 janvier 2005, amendement 86. Toutefois, le CH Beauce Etchemin a été désigné à la* Lettre d'entente n^{O} 132 *à compter du 1er février 2005)*

147 Temps de déplacement / Région sociosanitaire de **Lanaudière** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

148 Temps de déplacement / Région sociosanitaire de la **Gaspésie** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

149 Temps de déplacement / Région sociosanitaire du **Bas-Saint-Laurent** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

155 Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2003 au 04-01-2004 et du 01-03-2004 au 07-03-2004) (**terminée** le 9 mars 2004)*

156 Forfaits d'accessibilité / Installation de nouveaux médecins dans certaines localités de municipalités régionales de comté *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 170*, le 1er septembre 2004, amendement 88)*

157 Garde en disponibilité / Médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 206*)*

160 Temps de déplacement / Région socio-sanitaire des **Laurentides** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

161 Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 19-06-2004 au 10-09-2004) (**terminée** le 11 septembre 2004)*

165 Temps de déplacement / Région socio-sanitaire de la **Montérégie** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

169 Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2004 au 04-01-2005) et (du 28-02-2005 au 06-03-2005) (**terminée** le 7 mars 2005)*

171 Temps de déplacement / Région sociosanitaire de **l'Abitibi-Témiscamingue** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

172 Temps de déplacement / Région sociosanitaire de **l'Outaouais** *(**abrogée** par amend. 145* et ***remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 285*)*

173 Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 20-06-2005 au 09-09-2005) (**terminée** le 10 septembre 2005)*

177 Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2005 au 04-01-2006) et (du 25-02-2006 au 12-03-2006) (**terminée** le 13 mars 2006)*

178 Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 19-06-2005 au 08-09-2006) (**terminée** le 9 septembre 2006)*

179 Rémunération / Certaines unités de soins intensifs ou coronariens *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 185*, le 1er juillet 2006)*

N^{O}	**LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES, REMPLACÉES ou TERMINÉES**
181	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2006 au 04-01-2007) et (du 24-02-2007 au 11-03-2007) (**terminée** le 12 mars 2007)*
182	Suivi des travailleurs victimes de lésion professionnelle *(**abrogée** par* Amendement n^{O} 111*)*
187	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 23-06-2007 au 07-09-2007) (**terminée** le 8 septembre 2007)*
190	Prise en charge des services d'urgence de l'Hôpital de St-Eustache du Centre de santé et de services sociaux de Lac-des-Deux-Montagnes *(**terminée** le 30 juin 2009)*
193	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2007 au 04-01-2008) et (du 25-02-2008 au 09-03-2008) (**terminée** le 10 mars 2008)*
194	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 21-06-2008 au 05-09-2008) (**terminée** le 06 septembre 2008)*
195	Suivi de l'article 5 de l'Entente intervenue entre les parties dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n^{o} 138 (**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{o} 245*)*
201	Unité de décision clinique (expérimentation - conditions d'exercice et rémunération) *(**abrogée** par* Amendement n^{O} 115 *et **remplacée** par l'*Entente particulière relative à l'unité de décision clinique*)*
202	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2008 au 04-01-2009) et (du 23-02-2009 au 08-03-2009) (**terminée** le 09 mars 2009)*
207	Rémunération du médecin enseignant pour la période du 01-07-2008 au 30-06-2009 *(**terminée** le 30 juin 2009)*
208	Rémunération des médecins pour la formation AMPRO^{OB} *(**remplacée** par la* Lettre d'entente n^{O} 291*)*
212	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-06-2009 au 06-09-2009) (**terminée** le 6 septembre 2009)*
214	Prise en charge de l'unité de soins généraux par les médecins omnipraticiens de l'Hôpital de St-Eustache du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes *(**terminée** le 30 juin 2010)*
215	Prise en charge de l'unité de soins généraux par les médecins omnipraticiens du Centre hospitalier Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska *(**terminée** le 14 juillet 2010)*
218	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 16-11-2009 au 17-01-2010) et (du 22-02-2010 au 07-03-2010) (**terminée** le 7 mars 2010)*
219	Rémunération en période de pandémie de grippe A (H1N1) *(**terminée** à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec)*
220	Rémunération de l'évaluation de l'état mental d'un accusé suite à une ordonnance d'un tribunal *(**abrogée** par l'*Amendement n^{O} 115 *en date du 1er décembre 2010 et est **remplacée** par la* LE n^{O} 223*)*
222	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 21-06-2010 au 05-09-2010) (**terminée** le 5 septembre 2010)*
233	Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2010 au 04-01-2011) et (du 28-02-2011 au 13-03-2011) (**terminée** le 13 mars 2011)*
234	Rémunération / service d'urgence par un groupe de médecins auprès du CSSS d'Argenteuil *(**terminée** le 30 novembre 2013)*

N^{O} LISTE DES LETTRES D'ENTENTE ABROGÉES, REMPLACÉES ou TERMINÉES

236 Rémunération applicables en période de grippe saisonnière *(**terminée** le 31 janvier 2011)*

238 Rémunération / Service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 20-06-2011 au 04-09-2011) (**terminée** le 4 septembre 2011)*

245 Prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS *(**abrogée** par l'*Amendement n^{O} 140 *à compter du 31 octobre 2015)*

246 Le suivi et le financement de la mesure relative à la prise en charge du patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS *(**abrogée** par l'*Amendement n^{O} 140 *à compter du 31 octobre 2015)*

247 Rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2011 au 04-01-2012) et (27-02-2012 au 11-03-2012) (**terminée** le 11 mars 2012)*

252 Prise en charge de l'unité de soins généraux pour les lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens par les médecins du Centre de santé et services sociaux **d'Argenteuil** *(**terminée** le 30 septembre 2013)*

253 Rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 18-06-2012 au 02-09-2012) (**terminée** le 2 septembre 2012)*

257 Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail *(**abrogée** par l'*Amendement n^{O} 147 *à compter du 1er février 2016)*

258 Rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 21-12-2012 au 03-01-2013) et (du 25-02-2013 au 17-03-2013) (**terminée** le 17 mars 2013)*

264 Implantation d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile et ayant trait au paiement de montants forfaitaires rétroactifs *(**terminée** le 31 mars 2015)*

266 Rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(**terminée** le 6 septembre 2013)*

268 Rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 21-12-2013 au 03-01-2014) et (du 24-02-2014 au 09-03-2014) (**terminée** le 9 mars 2014)*

270 Rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 30-06-2014 au 07-09-2014) (**terminée** le 7 septembre 2014)*

271 Modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 22-12-2014 au 04-01-2015) et (du 02-03-2015 au 15-03-2015) (**terminée** le 15 mars 2015)*

272 Modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 29-06-2015 au 07-09-2015) (**terminée** le 7 septembre 2015)*

287 Modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année *(du 23-12-2015 au 03-01-2016) et (du 29-02-2016 au 13-03-2016) (**terminée** le 13 mars 2016)*

2.1 LETTRES D'INTENTION

INDEX DES LETTRES D'INTENTION

AVIS : *Cet index est un document administratif créé dans le but de faciliter la consultation (les titres sont abrégés).*

N^{O}	LETTRE D'INTENTION CONCERNANT :	*Page*
	L'annexe XIII de l'entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation	**1**

LE - N^{os} 1 ET 2

2. LETTRES D'ENTENTE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 1

Concernant l'établissement d'un fonds de formation médicale continue.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Poursuivre leurs négociations concernant l'établissement b^{o} d'un fonds de formation médicale continue.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 2

Concernant les conditions d'exercice et les modes de rémunération en CHSLD.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LE - N^{os} 3, 4 ET 5

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 3

Concernant certaines tâches administratives hospitalières.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 4

Concernant la rémunération de la garde en disponibilité.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 5

Concernant l'implantation d'un régime de congé à traitement différé pour le médecin rémunéré à honoraires fixes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LE - N^{o} 6

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 6

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

VU l'entente particulière relative à la rémunération des médecins dans certains centres d'accueil d'hébergement conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 30 mai 1988 et entrée en vigueur le 1er juin 1988;

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

a) entre le 1er juillet 1984 et la date d'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, a bénéficié de l'application de l'article 2 de la lettre d'entente n^{O} 8 du 11 octobre 1984;

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

3. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 16* du 30 mai 1988. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LE - N^{o} 7

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 7

Concernant l'application du code d'acte 00272.

VU le libellé du code d'acte 00272 rédigé comme suit :

« Évaluation de l'efficacité de la stimulation électrique nerveuse transcutanée »;

NOTE : La tarification de cet acte est prévue à la rubrique « DIVERS » de la section « ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES » de l'annexe V de l'entente générale.

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le code d'acte 00272 est appliqué comme suit :

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

- C.H. Royal Victoria – fin : 2015-05-14
- Site Glen – début : 2015-05-15
- C.H. Hôtel-Dieu de Montréal
- C.H. Institut de Neurologie de Montréal
- C.H. Notre-Dame
- C.H. Hôpital St-Luc
- C.H. Hôpital du Sacré-Coeur
- C.H. Universitaire de Sherbrooke
- C.H. de l'Université Laval
- C.H. Hôpital de l'Enfant-Jésus

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LE - N^{o} 8 ET L'ANNEXE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 8

Concernant le paiement de certains traitements physiatriques.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie paie le coût des traitements physiatriques dispensés en cabinet par le médecin lui-même;

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

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

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

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

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

6. Les traitements physiatriques sont les suivants :

00671	chaleur (diathermie, bains de paraffine, micro-thermie, infrarouge, fomentation chaude, etc.)
00672	électrothérapie (courants galvaniques, faradiques et sinusoïdaux, ionthophorèse)
00673	ergothérapie (programme adapté individuellement : activités fonctionnelles, évaluation des activités de la vie quotidienne, etc.)
00674	exercices de rééducation, respiration
00675	hydrothérapie (bains de contraste, bains à agitation constante, bain Hubbard, piscine, etc.)
00676	mécanothérapie (massage, traction, poulies, poids, etc.)
00677	ultra-sons
00678	ultra-violet
00670	T.E.N.S.
00686	techniques de mobilisation (traitement par approche musculo-squelettique spécifique)

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

\+ **8.** La tarification par séance, peu importe le type et le nombre de traitements dispensés, est prévue à la rubrique « Traitements physiatriques » de la section « ACTES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES ».

\# ***AVIS :*** *Les cliniques de physiothérapie désignées sont codées **341XX**.*

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{O} 8)*

Liste des cliniques de physiothérapie désignées aux fins de la *Lettre d'entente n^{O} 8* (1991) concernant le paiement de certains traitements physiatriques

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

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

34108 Clinique de physiatrie Métro-Longueuil, 100, Place Charles-Lemoyne, suite 205, Longueuil (Qc) (95-04-15)

AVIS : *- Liste modifiée par les accords suivants : 16, 38, 68, 131, 209, 219 et 271*
- Les dates énumérées ci-dessus sont les dates de prise d'effet pour la clinique désignée.

LE - N^{o} 9 ET L'ANNEXE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 9

Concernant la détermination de certaines modifications et le financement de certains coûts découlant de l'Amendement n^{o} 36 de l'entente générale en vigueur au 8 mai 1990.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En rapport avec l'*Amendement n^{o} 36* de l'entente générale en vigueur le 8 mai 1990, la présente lettre d'entente a pour objet la détermination et le financement, selon le cas, de certaines modifications convenues et de certains coûts à convenir, ces modifications et coûts étant décrits à l'annexe 1 des présentes;

2. Pour toute période annuelle d'application ou autre visée aux présentes, les coûts observés convenus selon la présente lettre d'entente sont, selon qu'il s'agit des coûts décrits à la Section A ou B de cette annexe, pris en compte de la façon ci-après déterminée;

3. Les coûts observés à convenir reliés aux modifications apparaissant à la Section A de l'annexe I visée aux présentes sont, à compter du 1er avril 1990, pris en compte de la façon suivante :

a) les coûts observés à convenir afférents à la période allant du 1er avril au 31 mai 1990 sont déduits des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1er juin au 31 août 1990;

b) les coûts observés à convenir, pour la période du 1er juin 1990 au 31 mai 1991, sont déduits des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1er juin au 31 août 1991;

c) les coûts prévus à l'alinéa b) susmentionné donnent lieu, pour la période du 1er juin 1990 au 31 mai 1991, selon les modalités à être convenues par les parties, à un ajustement négatif du revenu moyen annuel brut et de l'échelle tarifaire afférents à cette période;

4. En ce qui a trait aux modifications apparaissant à la Section B de l'annexe ci-jointe, les parties conviennent que, pour les périodes annuelles d'application apparaissant ci-après, les modifications visées à cette section et les coûts estimés y afférents correspondent, sur une base annuelle, aux estimations convenues ci-après indiquées :

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

***** Indexé selon l'article 5

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

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

a) pour la période allant du 1er avril au 31 mai 1990, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1er juin au 31 août 1990;

b) pour la période du 1er juin 1990 au 31 mai 1991, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1er juin 1990 au 31 mai 1991;

c) le montant prévu à l'alinéa b) susmentionné donne lieu, pour la période du 1er juin 1990 au 31 mai 1991, selon les modalités à être convenues par les parties, à un ajustement, positif ou négatif selon le cas, du revenu moyen annuel brut et de l'échelle tarifaire afférents à cette période;

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

ANNEXE I *(Lettre d'entente n° 9)*

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

Section A :

1. Par rapport au coût actualisé de l'acte (constatation de décès) chargé antérieurement à cette fin, le coût additionnel découlant de l'inclusion d'une tarification spécifique à l'examen externe d'un cadavre effectué à la demande d'un coroner (préambule général, art. 2.2.8);

2. Par rapport au coût actualisé de la thérapie psychiatrique de soutien chargé antérieurement à cette fin, le coût additionnel découlant de l'inclusion d'une tarification spécifique au conseil génétique (préambule général, art. 2.7);

3. Le coût de l'installation d'un pacemaker cutané antéropostérieur;

4. En cabinet, pour les patients âgés de soixante-dix (70) ans ou plus, le coût de l'acte intitulé « grattage, pelage, taillage de callosités »;

5. Dans le cas du transfert du patient, le coût de l'exploration, sous anesthésie, d'une plaie ou d'un tendon;

6. Le coût de la dérogation à l'honoraire global résultant de l'acte technique prévoyant la pose d'un nouveau plâtre ou d'attelles;

7. Le coût additionnel résultant de la dérogation à l'honoraire global prévue postérieurement à un transfert postopératoire interétablissement;

8. Par rapport au coût actualisé des actes (en établissement, 85 $ et, en cabinet, 125 $) chargé antérieurement, le coût additionnel découlant de l'inclusion d'une tarification spécifique à l'avortement thérapeutique tardif;

9. Le coût de la détermination du PH foetal;

10. Le coût du prélèvement de l'oeil d'un cadavre;

11. Le coût du supplément de 20 $, octroyé dans le cas de l'examen d'évaluation pour fin d'allocation de ressources, lorsqu'effectué à domicile.

Section B :

1. En cabinet ou dans une clinique de physiothérapie agréée par les parties, le coût des traitements physiatriques dispensés;

2. Dans le cas d'un patient âgé de soixante-dix (70) ans ou plus, en regard du coût chargé antérieurement, les coûts additionnels découlant de la nouvelle tarification applicable au patient inscrit.

LE - N^{o} 11

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 11

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts à convenir découlant :

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

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

2. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 31*. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de mai 1991.

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

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

LE - N^{o} 20

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 20

Concernant certains services reliés à l'examen d'un enfant de moins de dix-huit (18) ans suivant la Loi sur la protection de la jeunesse.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Régie défraie, en vertu d'un programme du ministre de la Santé et des Services sociaux, le coût des services suivants :

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

2. Mauvais traitements et tarification applicable :

+	09070	prise en charge d'un enfant présumément victime de mauvais traitements, évaluation médicale et rapport	111,00
+	09073	supplément par demi-heure additionnelle, pour une séance de plus de soixante (60) minutes, chez un patient de moins de quatorze (14) ans	44,25

3. Présence du médecin et tarification applicable :

+	09077	dans les cas d'abus sexuels ou de mauvais traitements, présence du médecin devant la Cour du Québec, Chambre de la Jeunesse. De l'heure.	131,50

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de juin 1992.

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

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

LE - N^{o} 22

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 22

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

a) la période régulière d'activités professionnelles du médecin;

b) les heures de garde sur place pour lesquelles les avantages sociaux sont applicables;

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

a) pour la rémunération selon le mode de la vacation, à la rémunération des vacations prévues à l'avis de service du médecin ainsi qu'aux vacations en rémunération du dépannage;

b) pour les ententes particulières concernant le Grand-Nord et le Centre hospitalier de l'Archipel, à l'ensemble de la rémunération à l'exception des heures rémunérées selon les modificateurs de la colonne 3;

c) pour la rémunération à l'acte, à l'ensemble de la rémunération à l'acte à l'exclusion du forfait de 50 $ pour la garde en disponibilité prévue aux ententes particulières visant certains CLSC et l'hôpital St-Julien ainsi que, dans le cas de l'entente particulière en anesthésie, du forfait de 50 $ pour la garde en disponibilité de même que des vacations prévues au régime A en excédent de celles prévues au régime B;

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

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

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

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

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

LE - N^{o} 23

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 23

Concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du programme de vaccination contre la méningococcémie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La rémunération selon le mode de la vacation versée pour des services dispensés dans le cadre du programme de vaccination contre la méningococcémie n'est pas, aux fins de l'application du plafond de revenu individuel, comptée dans le calcul du revenu trimestriel du médecin, ni sujette à réduction (annexe IX, article 18).

2. Cette rémunération n'est pas considérée dans le calcul de la moyenne arithmétique du revenu brut annuel des médecins utilisée aux fins de l'application des articles de l'annexe IX relatifs à l'objectif de revenu moyen brut annuel.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 1991 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour de septembre 1992.

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

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

LE - N^{o} 24

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 24

Ayant pour objet la détermination et le financement de certains coûts à convenir, régis selon l'annexe IX de l'entente, reliés à la dispensation de services professionnels, à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En rapport avec l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique, la présente lettre d'entente a pour objet :

a) la détermination des coûts, antérieurs ou autres, reliés à la dispensation des services professionnels précités et découlant de l'application, selon le cas, de l'entente générale ou de l'entente particulière mentionnée ci-dessus;

b) le financement des coûts additionnels, régis selon l'annexe IX, découlant de l'application de l'entente particulière en cause.

2. Aux fins des présentes, lorsque les coûts visés sont antérieurs à la présente entente particulière, ils réfèrent dès lors exclusivement à la rémunération à l'acte ou à la vacation (vacations de D.S.C.) versée, selon l'entente générale, pour la dispensation de services professionnels visés aux présentes. Lorsqu'ils découlent de l'application de l'entente particulière visée, les coûts en cause portent limitativement sur la rémunération à l'acte et à la vacation qui y est prévue.

Aux mêmes fins, un différentiel découlant de l'application de l'article 1.00 de l'annexe IX de l'entente ne constitue pas un coût additionnel au sens de la présente lettre d'entente.

3. Pour toute période annuelle d'application ou autre visée aux présentes, les coûts observés à convenir dans la présente lettre d'entente sont pris en compte selon les modalités prévues aux paragraphes 4 et 5.

4. Pour les périodes annuelles d'application apparaissant ci-après, les coûts encourus antérieurement seront convenus entre les parties pour chaque établissement qui adhérera à l'entente particulière.

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

a) pour la période débutant le 1er juin 1991 et se terminant le 30 novembre 1992, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour cette même période;

b) pour la période allant du 1er décembre 1992 au 28 février 1993, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour cette même période;

c) pour la période du 1er mars 1993 au 30 novembre 1993, le montant correspondant au différentiel observé est, selon qu'il est positif ou négatif, ajouté ou déduit des paiements forfaitaires à verser pour la période du 1er septembre 1993 au 30 novembre 1993;

d) le montant correspondant au différentiel observé pendant la période du 1er juin 1992 au 31 mai 1993, donne lieu, selon les modalités à être convenues par les parties, à un rajustement positif ou négatif, selon le cas, du revenu moyen annuel brut et de l'échelle tarifaire afférents à cette période.

6. La présente lettre d'entente prend effet à la date de la signature de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour de septembre 1992.

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

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

LE - N^{o} 30

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 30

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 1 de l'annexe XII, le médecin exerçant dans la localité de Rivière-au-Renard et détenant une nomination au CLSC de la Pointe est rémunéré à 115 %.

2. Cette rémunération s'applique aussi longtemps que le plan des effectifs médicaux du CLSC de la Pointe n'est pas atteint.

3. Aux fins de sa rémunération, tant qu'il exerce sa profession dans la localité de Rivière-au-Renard, le docteur Gérald Morris est réputé répondre aux exigences de l'article 1.1 (section I) de l'annexe XII de l'Entente.

4. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 13* du 16 mai 1991. Elle prend effet le 16 juin 1992 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

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

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

LE - N^{o} 35

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 35

Ayant pour objet l'enseignement clinique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La présente lettre d'entente a pour objet de fixer un calendrier de négociation en vue d'en arriver, dans les meilleurs délais, à la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale, exerce sa profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale;

2. À compter du 1er juillet 1993, un moratoire d'une durée de douze (12) mois s'applique à la situation des médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'une unité de médecine familiale. Ce moratoire couvre notamment les conditions de rémunération (honoraires fixes ou vacation) qui, à cette date, sont appliquées en paiement de la dispensation de services médicaux reliés à la formation et à l'enseignement cliniques, le tout dans le cadre d'un programme de formation en médecine familiale;

Malgré le paragraphe précédent, la date de terminaison du moratoire visé au présent article est reportée du 30 juin 1994 au 30 octobre de la même année.

3. Est constitué un comité paritaire MSSS/FMOQ ayant pour mandat, d'ici le 31 décembre 1993, d'étudier l'ensemble de la situation qui, en matière d'enseignement clinique, prévaut actuellement dans les unités de médecine familiale susmentionnées, le tout en vue de faire aux parties toute recommandation jugée pertinente;

4. Les membres de ce comité sont nommés, selon le cas, par le Ministre ou la Fédération, dans les trente (30) jours suivant la date de mise en vigueur de la présente lettre d'entente;

5. Pendant la durée de ce moratoire, le Ministre et la Fédération conviennent de s'attaquer, en priorité, au règlement de la situation qui prévaut dans les unités de médecine familiale qui, en régions non universitaires sont situées dans ou auprès des centres hospitaliers affiliés;

6. Dans le même délai, le Ministre et la Fédération s'engagent à convenir d'un règlement de la situation qui prévaut dans les unités de médecine familiale situées en régions universitaires, dans ou auprès des centres hospitaliers universitaires affiliés;

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

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

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

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

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

LE - N^{o} 38 ET L'ANNEXE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 38

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les actes médicaux dispensés dans une installation susmentionnée, désignée en annexe I des présentes, sont rémunérés selon la nomenclature et le tarif à l'acte applicables en cabinet.

2. L'annexe précitée est modifiable par accord des parties.

3. Cette lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 25* du 28 octobre 1992.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Toutefois, en ce qui a trait au Pavillon Ivry (Ivry-sur-le-Lac), à l'Auberge du Nouveau Chemin (Val-David) ainsi qu'à la Maison Trait d'union (St-Alphonse de Rodriguez), elle prend effet le 1er septembre 1993.

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I *(Lettre d'entente n° 38)*

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

Région 06 : Montréal-Centre

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

Région 14 : Lanaudières

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

Région 15 : Laurentides

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

AVIS : *Cette annexe a été modifiée par l'*Accord n^{O} 378.

LE - N^os 40, ET 42

LETTRE D'ENTENTE N^O 40

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE N^O 42

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 43

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 43

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

a) l'article 30.00 de l'Entente (dépannage);

b) l'Accord n^{o} 4 concernant le système d'évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ);

c) l'entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie;

d) l'Accord n^{o} 5 concernant la rémunération des médecins agissant à titre de chirurgiens au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria) et au Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie;

e) l'Entente particulière concernant les médecins qui exercent dans le Grand Nord;

f) l'Entente particulière relative au médecin qui exerce sa profession dans ou auprès du Centre hospitalier de l'Archipel situé à Cap-aux-Meules, Îles-de-la-Madeleine;

g) l'Entente particulière relative à la rémunération des médecins qui exercent au Centre de santé des Hauts-Bois.

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

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

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

4. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{o} 41*, intervenue en date du 22 mars 1994.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 44

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 44

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

a) l'article 30.00 de l'Entente (dépannage);

b) l'Accord n^{o} 4 concernant le système d'évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ);

c) l'Entente particulière concernant la dispensation de services professionnels en anesthésie;

d) l'Accord n^{o} 5 concernant la rémunération de médecins agissant à titre de chirurgiens au Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs (Maria) et au Centre hospitalier St-Joseph-de-la-Malbaie;

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 45

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 45

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 47

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 47

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 48

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 48

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

PRÉAMBULE

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Reconnaître que les modifications apportées par l'*Amendement n^{o} 49* du 1er novembre 1993 à l'annexe XII de l'entente générale ne s'appliquent pas au docteur Serge Tremblay qui exerce à Forestville.

2. Reconnaître que le docteur Serge Tremblay, compte tenu de sa pratique privée et des heures de disponibilité qu'il offre à la population de Forestville depuis 1979, est réputé satisfaire aux conditions prévues au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'Entente.

3. Le présent accord entre en vigueur le 1er décembre 1993 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 49

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 49

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

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

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

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

2. Rémunération de la garde sur place

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

3. Cette lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 31* du 29 mars 1993.

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de septembre 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^os 50 ET 52

LETTRE D'ENTENTE N^O 50

Ayant pour objet l'hôpital La Providence de Magog.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts reliés à l'inclusion de l'hôpital susmentionné dans l'entente particulière relative aux soins coronariens et aux soins intensifs seront pris en compte lors de l'actualisation des tarifs afférente à la période annuelle d'application débutant le 1er décembre 1995.

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1er octobre 1994.

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE N^O 52

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Entreprendre, dès le début septembre 1994, des négociations relativement aux matières suivantes :

a) la rémunération des activités médicales particulières du médecin qui compte moins de cinq (5) années de pratique;

b) le règlement des questions (report de vacances et cumul des jours de ressourcement) concernant le docteur Jean-Maurice Turgeon. *(L'alinéa b) est abrogé le 16 décembre 1997 par l'Amendement n^o 59).*

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1er août 1994.

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

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 53

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 53

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

AVIS : *Voir l'Accord n^{o} 148 à l'onglet* ACCORDS *et le protocole d'accord à la fin de la présente Brochure.*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Coûts visés

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

2.00 Modalités de financement

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

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

a) sur une base annuelle ou autre, la détermination de ces coûts est assujettie à l'accord des parties;

b) le coût global convenu est, en regard de l'ensemble des médecins assujettis à l'application de l'Entente, converti, sur une base annuelle, en un coût « per capita »;

c) selon les modalités à être alors déterminées par les parties, les échelles de rémunération à honoraires fixes (annexe II) ainsi que les objectifs tarifaires (annexe IX) sont rajustés en conséquence aux fins d'assurer le financement des coûts visés aux présentes ainsi agréés.

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

3.00 Mise en vigueur

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^{e} jour de juillet 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 54

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 54

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La présente lettre d'entente a pour objet de reconnaître au docteur Jacques Ramsay, lorsqu'il est titulaire d'une nomination de l'Hôpital de l'Ungava à temps plein, le droit d'exercer ses activités professionnelles pendant six mois de l'année, en périodes discontinues qui sont déterminées par le docteur Ramsay en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.

2. Le docteur Jacques Ramsay bénéficie des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :

a) la moitié de la prime d'isolement;

b) deux sorties annuelles;

c) dix jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus deux fois par année. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celles déterminées selon l'article 1 de la présente lettre d'entente.

3. Le docteur Ramsay bénéficie des avantages additionnels prévus au paragraphe 10.01 de l'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord au prorata des mois ouvrés.

4. La docteur Ramsay est rémunéré à la vacation conformément à l'entente particulière relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1er octobre 1994. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 55

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 55

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

2. La présente lettre d'entente prend effet le 1er décembre 1993 et elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les partie ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 56 ET L'ANNEXE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 56

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'avortement effectué dans la clinique de planification des naissances d'un centre exploité par un établissement désigné en annexe I des présentes est rémunéré selon l'honoraire global prévu au tarif.

2. Par exception, l'honoraire global précité ne couvre pas le coût de l'examen dispensé, le même jour, dans le centre visé, par un médecin autre que celui qui effectue l'avortement.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 1993 sauf en ce qui a trait à l'établissement qui exploite le Centre hospitalier de l'université Laval (CHUL), dans lequel cas elle prend effet le 18 septembre 1990. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de avril 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{o} 56)*

Liste des centres désignés aux fins des présentes :

1) Centre hospitalier de l'université Laval (CHUL), clinique de planification des naissances

LE - N^{o} 57 ET L'ANNEXE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 57

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Est visé aux fins des présentes un acte médical qui, relié à une interruption volontaire de grossesse, est identifié, à la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V de l'Entente, sous l'un des codes d'acte suivants : 06902, 06905, 06908, 06909, 06938 et 06939.

2. Lorsqu'il est dispensé dans le local d'un organisme privé à but non lucratif désigné à l'annexe I ci-jointe, cet acte médical est rémunéré à l'acte, selon la tarification applicable en cabinet, à la condition qu'il y ait entente entre l'organisme et le médecin quant aux coûts que ce dernier aura à assumer relativement à l'utilisation des locaux et d'autres services. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

3. Le montant de la rémunération relative à la dispensation de cet acte n'est pas sujet, lorsque le plafond trimestriel du médecin est atteint, à la réduction prévue à l'article 18 de l'annexe IX de l'Entente.

4. Cette lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par les parties et prend effet le 1er décembre 1994. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de juillet 1995.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{o} 57)*

Liste des établissements désignés aux fins de la *Lettre d'entente n^{o} 57* ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une **interruption volontaire de grossesse** dispensés dans le local de certains organismes privés à but non lucratif.

Région de la Mauricie / Bois-Francs (04)

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

Région de Montréal-Centre (06)

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

Région de l'Outaouais (07)

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

LE - N^{o} 58

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 58

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

AVIS : *Cette lettre d'entente est* ***remplacée*** *par la* Lettre d'entente n^{o} 105*.*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

- CLSC des Grands Bois
- Centre de santé Isle-Dieu
- Centre de santé Lebel

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

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

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

REMPLACÉE

LE - N^{o} 59

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 59

Concernant la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine.

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

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

+ **1.** Mettre sur pied un comité permanent composé de représentants du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ainsi que d'un (1) représentant des agences de la santé et des services sociaux;

2. Ce comité a pour mandat de faire des recommandations au ministre de la Santé et de Services sociaux concernant la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine, eu égard aux travaux de la Table de concertation;

3. Ces recommandations peuvent porter sur le nombre de postes disponibles et nécessaires pour répondre aux besoins de la population, les besoins en formation des médecins eu égard au surplus ou à la pénurie d'effectifs dans certaines disciplines ou sur toutes autres matières que les membres du comité estiment pertinentes;

4. Les recommandations du comité tiennent compte de l'impact de la politique gouvernementale sur l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'accord-cadre. Ces recommandations peuvent également porter sur les modalités de financement des nouveaux effectifs médicaux provenant d'un contingent d'étudiants hors-Québec n'existant pas à la date de la signature des présentes.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 60

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 60

Concernant la répartition des effectifs médicaux.

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

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Réviser l'ensemble des mesures de répartition existantes prévues par l'Entente afin d'évaluer l'opportunité de les maintenir, les modifier, les remplacer ou les abroger;

2. Examiner l'ensemble des mesures de répartition non prévues par l'Entente aux fins d'en évaluer l'opportunité;

3. Harmoniser les mesures conventionnelles de répartition, soit entre elles, soit par rapport aux mesures non prévues par l'Entente;

4. Formuler toute autre proposition au ministre en vue d'améliorer l'efficacité du plan de répartition de l'effectif médical comme instrument d'installation et de rétention des médecins.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 61

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 61

Concernant l'instauration de nouveaux programmes.

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

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

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{os} 62 ET 63

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 62

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

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

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 63

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 64

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 64

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

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

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 65

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 65

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Au cours du mois de février 1996, introduire un amendement à l'Entente;

2. Cet amendement comprendra une modification à l'annexe IX prévoyant, limitativement à la période comprise entre le 1er mars 1996 et le 28 février 1997, une réduction du plafond trimestriel de 1 000 $;

3. Cet amendement comprendra également des modifications à la nomenclature des actes prévoyant :

a) quant à la thérapie psychiatrique de soutien, individuelle ou collective, par période de trente (30) minutes, la détermination d'un nouveau tarif en cabinet (30 $) ainsi qu'en établissement (28,80 $);

\# b) quant au tarif de l'électrocardiogramme, la détermination de nouveaux tarifs concernant les actes suivants, tel que ci-après indiqué :

(00340)	1,50
(00341)	4,00
(00342)	4,00
(30010)	1,50
(30060)	30,00
(00339)	41,00
(00344)	18,00

4. Cet amendement prévoira que le taux du tarif horaire sera fixé à 57,90 $ et celui de la vacation à 173,70 $.

5. Cet amendement prendra effet le 1er mars 1996.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{os} 66 ET 67

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 66

PAR LA PRÉSENTE LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'ici le 30 avril 1996, introduire un amendement à l'Entente;

2. Cet amendement comprendra une modification à l'annexe VI prévoyant une récupération de 618 000 $ pour le mode de rémunération à honoraires fixes;

3. Cette récupération est effectuée dans le but de réduire les coûts générés par l'entente générale convenue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministre de la Santé et des Services sociaux;

4. Cette récupération sera répartie en accordant un congé partiel sans traitement pour chacun des treize (13) congés fériés octroyés dans une année d'application aux médecins rémunérés selon ce mode. Ce congé sans traitement sera égal à 16 % de la valeur de ces jours fériés;

5. Cette diminution ne devra pas avoir pour effet de réduire la valeur du traitement hebdomadaire des avantages sociaux telle que calculée selon les articles 1.12 et 1.24 de l'annexe VI;

6. Ces conséquences pécuniaires ayant aussi pour effet de réduire le service ou le traitement retenu aux fins de l'application du régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) une demande d'inscription à l'application du règlement d'application du titre IV.2 de la *Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics* et le dépôt de l'amendement pertinent seront faits par les parties;

7. Cet amendement prendra effet le 1er avril 1996.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 67

PAR LA PRÉSENTE LES PARTIES CONVIENNENT :

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

Région 12 : Chaudière-Appalaches

- CLSC Beauce-Centre - Point de service Beauceville

2. Cette modification prend effet le 18 novembre 1996.

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

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 68

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 68

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La signature du protocole d'accord intervenue en date du 16 décembre 1997 emporte, pour le Ministre et la Fédération, l'obligation d'examiner et de traiter prioritairement, lors de la réouverture des négociations en vue du renouvellement de l'Entente, des questions suivantes :

a) la finalisation du dossier des frais de pratique;

b) la détermination des politiques applicables, à moyen et long termes, en matière de gains d'efficience;

c) les effets sur l'enveloppe budgétaire globale de l'ajout net d'effectifs médicaux, de l'impact du virage ambulatoire, dont le transfert de certains examens maintenant effectués par les médecins omnipraticiens, de la hiérarchisation des soins, et les rajustements conventionnels alors requis;

d) l'introduction de nouveaux modes de rémunération;

e) les conditions de participation des médecins à certains projets-pilote à financement conjoint fédéral-provincial, ainsi que toutes modalités de financement s'y rapportant.

2. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^{e} jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 69

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 69

Concernant la rationalisation des services médicaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Finaliser le dossier de la rationalisation des services médicaux d'ici le 1er juillet 1997 en convenant, pour fins de modifications réglementaires, de l'identification des services non médicalement requis ainsi que, pour fins conventionnelles, de l'évaluation monétaire s'y rapportant.

2. Réallouer, jusqu'à concurrence de 10 M$, les économies réalisées aux priorités suivantes :

- l'actualisation de programmes visant des clientèles prioritaires plus particulièrement en ce qui a trait à la rémunération des soins médicaux à domicile, de la garde en disponibilité assurée pour les bénéficiaires hébergés en soins de longue durée et pour ceux du programme de maintien à domicile ainsi qu'à la rémunération des services dispensés dans le service d'urgence de certains centres hospitaliers. À ces fins, de nouveaux modes de rémunération pourront être considérés;
- la rémunération de certaines tâches médico-administratives, particulièrement celles reliées à l'organisation régionale des soins médicaux;
- la correction de certains problèmes reliés à la rémunération différente, particulièrement en ce qui a trait aux communautés en pénurie d'effectifs médicaux et, en régions universitaires, aux centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- après évaluation des parties, le financement des coûts additionnels reliés aux services médicaux dispensés dans le cadre du nouveau programme de dépistage du cancer du sein incluant la rémunération du coordonnateur clinique régional.

3. Les imputations en cause étant effectuées, établir le solde en découlant et, le cas échéant, rajuster l'enveloppe budgétaire globale en conséquence.

4. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^{e} jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{os} 72 ET 73

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 72

Ayant pour objet le programme de départ assisté.

VU l'article 10 de l'annexe XV de l'Entente, notamment ses paragraphes 10.1 et 10.3.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Advenant observation d'un dépassement de l'enveloppe monétaire particulière établie selon le paragraphe 10.1 de l'annexe visée aux présentes, convenir alors des mesures à prendre conjointement aux fins d'assurer le financement du montant du dépassement agréé par les parties;

2. Cette lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties et demeure en vigueur jusqu'à la date de son abrogation par celles-ci.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^{e} jour de décembre 1997.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 73

VU les dispositions apparaissant à la lettre d'entente n° 69 intervenue entre le Ministre et la Fédération;

ATTENDU la mesure d'économie, la marge de manoeuvre financière et les imputations prévues à ce document conventionnel;

ATTENDU que l'on ne peut exclure, quant à la mise en oeuvre de la mesure d'économie prévue à cette lettre d'entente, la survenance de certains délais, ou leur prolongation;

ATTENDU que ces délais, s'ils se matérialisent ou se prolongent, peuvent avoir pour effet de compromettre temporairement la marge de manoeuvre financière projetée et, également, certaines imputations convenues;

CONSIDÉRANT que, parmi les imputations projetées, certains dossiers requièrent que les parties ont tout intérêt à arrêter, dès à présent, certaines mesures conventionnelles pour en assurer la mise en oeuvre ou le financement, ou les deux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Quant au financement du dossier de la rémunération dans certains services d'urgence de première ligne et de ceux de la rémunération différente en CHSLD et dans les unités de soins gériatriques des CHSGS, assurer, à compter du 1er avril 1998, le financement des coûts réels engendrés par l'introduction de modifications à ces rémunérations. À ce financement, s'ajoute le paiement des coûts réels, observés pour l'année financière 1997-1998, découlant des modifications en cause;

2. Le financement susmentionné est assuré, pour chaque année financière, par le biais d'un rajustement sur une base forfaitaire de l'enveloppe budgétaire globale. Ce rajustement forfaitaire ne peut, sur base annuelle, excéder 3 M$. Le rajustement dû pour l'année 1997-1998 s'ajoutera au rajustement calculé pour l'année 1998-1999.

3. Cet engagement financier vaut jusqu'à la mise en application de la *Lettre d'entente n^{o} 69*;

4. Cette lettre d'entente prend effet le 1er décembre 1997.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^{e} jour de avril 1998.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 74

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 74

Ayant pour objet le statut professionnel du docteur Patrice Laflamme dont le numéro de permis émis par le Collège des médecins du Québec est 95-376.

ATTENDU que le docteur Patrice Laflamme est un médecin spécialiste qui a complété sa formation en médecine familiale après avoir obtenu son certificat de spécialiste en santé communautaire;

ATTENDU qu'une attestation du Collège signée par le docteur Joëlle Lescop, secrétaire générale, certifie que le docteur Patrice Laflamme a rempli toutes les conditions nécessaires pour que le Collège des médecins du Québec reconnaisse sa compétence en médecine familiale suite à un programme de formation de deux ans et la réussite à l'examen de médecine familiale en novembre 1997;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme pratique comme médecin omnipraticien;

CONSIDÉRANT que le docteur Laflamme demande d'adhérer à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ);

COMPTE TENU que le paragraphe 2.01 de l'Entente prévoit que le Ministre reconnaît la Fédération comme seul et unique organisme représentatif aux fins de négocier, conclure et appliquer toute entente en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* au nom et pour tous les médecins qui ne détiennent pas de certificat de spécialité du Collège des médecins du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Exceptionnellement, malgré le paragraphe 2.01 de l'Entente, le docteur Patrice Laflamme, en autant qu'il exerce en médecine familiale, est considéré membre de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de ce fait est régi exclusivement par l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et par tout décret du gouvernement visant les médecins omnipraticiens.

2. Cette reconnaissance s'applique exclusivement au docteur Patrice Laflamme. Elle ne peut, d'aucune façon, être interprétée et appliquée à un médecin qui, avant ou après avoir obtenu un certificat en spécialité du Collège des médecins du Québec, a satisfait aux exigences de celui-ci pour exercer en médecine familiale.

3. L'exercice du docteur Patrice Laflamme, en médecine familiale, est révisé annuellement par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale. Le comité paritaire informe la Régie du résultat de cette révision.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 12 janvier 1998. Elle le demeure jusqu'à ce que le docteur Patrice Laflamme cesse d'exercer en médecine familiale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^{e} jour de septembre 1999.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 75

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 75

Relative à l'entente particulière concernant l'assurance responsabilité professionnelle.

CONSIDÉRANT l'augmentation importante des primes d'assurance responsabilité professionnelle devant être acquittées par les médecins omnipraticiens pour l'année 1998;

CONSIDÉRANT l'engagement des parties négociantes d'évaluer les effets d'une augmentation significative des primes d'assurance responsabilité professionnelle sur les frais de pratique et d'apporter les ajustements nécessaires.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De façon exceptionnelle, pour l'année 1998, la Régie verse au médecin omnipraticien un montant forfaitaire afin de le compenser de l'augmentation de la prime d'assurance responsabilité professionnelle qu'il doit assumer pour l'année 1998.

Ce montant forfaitaire (MF) est calculé selon les conditions et modalités apparaissant en annexe de la présente lettre d'entente.

2. Le versement de ce montant forfaitaire est accordé au médecin omnipraticien qui, pour la période du 1er avril 1996 au 31 mars 1997, a touché des revenus supérieurs à 36 000 $. Il est également accordé au médecin omnipraticien qui, pendant l'année 1998, aura touché des revenus supérieurs à 36 000 $.

3. Le versement de ce montant forfaitaire est effectué par la Régie dans les 45 jours de la réception d'un reçu attestant le paiement de la prime ou d'une partie d'icelle. Il doit être demandé au plus tard le 31 mars 1999.

Un remboursement exigible non acquitté dans le délai prévu pour son paiement porte un intérêt annuel. Cet intérêt correspond au taux d'escompte de la Banque du Canada majoré de 1,5 %; on applique le taux d'intérêt qui a cours au jour du paiement.

Toutefois, le médecin visé par l'entente particulière ayant présenté une demande de remboursement dans les délais prescrits à cette lettre d'entente, reçoit le versement du montant forfaitaire prévu à la présente lettre d'entente sans qu'il ne soit nécessaire de présenter une nouvelle demande.

4. Les montants forfaitaires payés par la Régie ne sont pas comptés dans le calcul du revenu trimestriel et semestriel du médecin visé à l'annexe IX de l'entente générale.

5. Est exclue de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, la somme des montants forfaitaires versés par la Régie en vertu de la présente lettre d'entente et des montants correspondant à la quote-part remboursée par la Régie pour l'année 1998 en vertu de l'entente particulière de laquelle on déduit les montants correspondant à la quote-part remboursée par la Régie pour l'année 1997 en vertu de l'entente particulière alors applicable.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^{e} jour de septembre 1999.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 75 - ANNEXE

ANNEXE *(Lettre d'entente n^{O} 75)*

À la lettre d'entente relative à l'entente particulière concernant l'assurance responsabilité professionnelle. *(Lettre d'entente n^{O} 75)*

Le montant forfaitaire (MF) prévu à l'article I de la *Lettre d'entente n^{O} 75* relative à l'entente particulière concernant l'assurance responsabilité professionnelle est calculé comme suit :

MF = (P98 - P97) - (QP98 - QP97)

où P98 correspond à la prime payable par le médecin pour l'année 1998 selon le groupe auquel il appartient;

P97 correspond à la prime payable par le médecin pour l'année 1997 selon le groupe auquel il appartient pour l'année 1998;

QP98 correspond à la quote-part versée par la Régie au médecin pour l'année 1998 selon le groupe auquel il appartient; et

QP97 correspond à la quote-part qui aurait été versée par la Régie au médecin pour l'année 1997 selon le groupe auquel il appartient pour l'année 1998.

Dans tous les cas, le montant forfaitaire doit être calculé en utilisant la prime-témoin, tant pour l'année 1997 que pour l'année 1998, du dernier groupe auquel appartient le médecin omnipraticien.

LE - N^{o} 76

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 76

VU les dispositions de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., chapitre A-29);

ATTENDU la suspension et le report des négociations relatifs à l'accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale;

ATTENDU la conclusion d'un protocole d'accord relatif au réseau intégré de soins généraux;

ATTENDU la volonté des parties de reporter à l'automne la reprise des négociations ayant pour objet la conclusion de l'accord-cadre susmentionné;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y a pour les parties de fixer certains paramètres en conséquence;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. À compter du 15 septembre 1998, reprendre les négociations en vue de la conclusion d'un accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale;

2. Disposer des dépassements relatifs aux années 1996-1997 et 1997-1998. Dans cette tâche, les parties doivent tenir compte de l'ajout des nouveaux médecins, des coûts reliés à l'augmentation des frais de pratique du médecin, de l'alourdissement de la tâche du médecin, de l'accroissement du volume de services et des effets de la transformation du réseau;

3. Pour assurer le financement d'un éventuel solde des dépassements décrits à l'article 2 des présentes, prioriser des moyens n'ayant pas pour effet de pénaliser le médecin au niveau de sa rémunération;

4. La mise en oeuvre de la présente lettre d'entente est effectuée dans le cadre du règlement, par accord-cadre, du renouvellement de l'entente générale;

5. La présente lettre d'entente prend effet le 15 septembre 1998.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 77

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 77

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour la période du 1er septembre 1998 au 31 août 1999 :

1.1 À l'exception des CLSC du réseau de garde intégré lorsque le médecin y est rémunéré selon le mode de l'acte, en cabinet privé et en CLSC, de majorer de 10 % la rémunération selon le tarif de base pour les services médicaux dispensés sur place, les samedi, dimanche et jour férié.

AVIS : ***- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :***

- CLSC du réseau de garde intégré ***(service d'urgence)*** *:*

Pour la période de 24 h à 8 h, utiliser le secteur de dispensation 12 et les codes d'activité suivants :

- ***honoraires fixes :*** *XXX015, XXX030, XXX063, XXX098, XXX132 et 072103(*);*

- ***tarif horaire*** *: XXX015, XXX030, XXX063, XXX071 et selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et 072103(*).*

- CLSC du réseau de garde intégré ***(en dehors du service d'urgence)*** *et les autres CLSC, utiliser le secteur de dispensation* ***14*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***honoraires fixes :*** *XXX015, XXX030, XXX063, XXX098, XXX132 et 072103(*);*

- ***tarif horaire :*** *XXX015, XXX030, XXX040, XXX063, XXX071 et selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et 072103(*).*

- Les heures d'activités donnant droit à la majoration sont les heures réelles consacrées à celles-ci.

- Le médecin, rémunéré à honoraires fixes, qui, en fonction d'une nomination spécifique, dispense des services dans un CHSGS visé par l'Entente particulière Malades admis - CHSGS, doit se conformer aux instructions énoncées à cette entente particulière.

- Rémunération à l'acte

- Inscrire dans la section Actes *le modificateur 046 ou un de ses multiples pour chacun des services facturés (y compris examens, visites). Dans la case ÉTABLISSEMENT, le code de localité (6XXXX) ou GMF (54XXX, 55XXX ou 57XXX) ou de CLSC (9XXX2) ou (8XXX5) et inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %.*

(*) ***(072103 : activités cliniques en GMF) :*** *Les professionnels qui se retrouvent dans cette situation et qui participent à un groupe de médecine de famille (GMF) doivent utiliser ce code d'activité.*

Cette majoration s'applique également dans une unité de médecine familiale d'un CHSGS qui est désignée à un réseau de garde élaboré par l'agence.

AVIS : ***- Les unités de médecine familiale désignées sont les suivantes :***

- 02063 Hôpital Laval

- 02103 CHUQ, Pavillon Saint-François d'Assise

- 02033 Pavillon Enfant-Jésus (jusqu'au 31 décembre 2005)

- 80495 Centre de santé Orléans - Point de service Maizerets (à partir du 1er janvier 2006)

- Rémunération à l'acte :

- inscrire le modificateur 101 ou un de ses multiples pour chacun des services facturés;

- inscrire le code d'une des unités de médecine familiale désignées dans la case ÉTABLISSEMENT;

- inscrire les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %;

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

pour les installations (établissements) désignées :

- Utiliser le secteur de dispensation ***16*** *et les codes d'activité suivants :*

- honoraires fixes : ***XXX030****;*

- tarif horaire : ***XXX030****;*

À cette fin le Ministère, avec l'assentiment de la Fédération, transmet à la Régie, la liste des unités visées.

APPROUVÉE

Cette majoration à l'exception des services dispensés de 0 h à 8 h, s'applique également pour les activités rémunérées en vertu de l'entente particulière relative à l'assurance maladie concernant le système préhospitalier d'urgence de la région de Montréal-Centre et de Laval entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal-Métropolitain.

1.2 Cette majoration s'applique sur la rémunération à l'acte à l'exclusion de la rémunération versée en vertu de l'alinéa b) du sous-paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V de l'Entente quant à la période de 0 h à 8 h et à l'exclusion des suppléments accordés à titre de frais compensatoires en vertu du sous-paragraphe 2.4.7.7 du préambule général de cette même annexe;

Sont considérés comme jours fériés les jours identifiés au sous-paragraphe 2.4.7.6 du préambule général à l'annexe V « Tarif des actes médicaux ». Toutefois, pour le médecin qui exerce en CLSC, les congés fériés et la date où ils sont chômés sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement.

1.3 Cette majoration s'applique également sur la rémunération à honoraires fixes selon les dispositions de l'article 15.05 a) de l'entente générale et sur la rémunération à tarif horaire selon les dispositions de l'article 3.00 de la section II de l'annexe XIV;

2. Dès le 1er septembre 1998;

- de former un comité paritaire afin de définir, avec l'accord des parties, les critères d'admissibilité aux modalités de rémunération majorée relatives aux centres de consultations sans rendez-vous et de préciser les modalités de désignation de ces centres;

- de former, en collaboration avec les médecins omnipraticiens siégeant sur les commissions médicales régionales, des comités régionaux responsables de l'identification, dans chaque région, des centres de services de consultation sans rendez-vous et de faire aux parties toute recommandation appropriée. Avec l'implantation des départements régionaux de médecine générale, le comité de direction remplacera les médecins omnipraticiens siégeant sur les commissions médicales régionales au sein des comités régionaux;

3. Pour une application à partir du 1er septembre 1999, de désigner les centres de consultations sans rendez-vous admissibles aux modalités de rémunération suivantes;

AVIS : *Voir les lettres d'entente n^{os} 95 et 103.*

La rémunération pour des services dispensés en cabinet et en CLSC les samedi, dimanche et journée fériée est majorée de 10 % quel que soit le mode de rémunération selon les dispositions prévues à l'article 1 de la présente lettre d'entente;

- le bénéfice des dispositions régissant la garde sur place effectuée par un médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire est accordé.

À l'exception des établissements visés par le paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V de l'Entente, ces modalités de rémunération pourraient également être applicables dans un service d'urgence d'un CH ou dans tout autre centre situé dans un territoire désigné selon l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* et dépourvu d'un centre de services de consultations sans rendez-vous, lorsqu'il est désigné par un comité régional tel que ci-après mentionné, avec l'accord du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

ABROGÉE

4. De façon transitoire, avec l'accord des parties, en collaboration avec l'agence concernée, les dispositions régissant une désignation, au sens de l'article 3, peuvent, à titre exceptionnel, recevoir application avant le 1er septembre 1999. À la même condition, il en est ainsi de l'octroi des bénéfices reliés à la garde sur place qui y serait effectuée par un médecin selon le mode des honoraires fixes ou, selon le cas, celui du tarif horaire.

AVIS : ***A) Liste des établissements désignés*** *(1er juillet 2000)* ***:***

Région 01 : Bas-Saint-Laurent

- Centre mitissien de santé et de services communautaires:
- 04967 : Hôpital de Mont-Joli

Région 06 : Montréal-Centre *(1er janvier 2001)*

- 07747 : Pavillon Albert-Prévost (Hôpital du Sacré-Coeur)
- 00877 : Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 00697 : Hôpital Douglas

Région 09 : Côte-Nord

- 02607 : Centre de santé de la Basse Côte-Nord
- 07797 : Centre de santé de l'Hématite
- 02637 : Centre de santé de la Minganie
- 95272 : CLSC Naskapi

Région 10 : Nord-du-Québec

- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James :
- 01617 : Point de service de Matagami
- 01577 : Point de service de Lebel-sur-Quevillon
- 07557 : Point de service Radisson
- 02537 : Point de service de Chibougamau

Région 11 : Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine

- 03267 : Centre hospitalier de l'Archipel

Région 17 : Nunavik

- 01607 : Centre de santé Tulattavik de l'Ungava
- 07527 : Centre de santé Inuulitsivik

Région 18 : Terres-Cries-de-la-Baie-James

- 01627 : Conseil Cri de santé et de services sociaux de la Baie-James

B) Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Pour les installations (établissements) désignées et mentionnées ci-dessus :
- Utiliser le secteur de dispensation ***17****.*
- Les activités donnant droit à cette majoration sont codées comme suit :
- ***honoraires fixes :*** *XXX030, XXX063, XXX098 et XXX132*
- ***tarif horaire :*** *- 0090XX excluant 009081 et 009094,*
- XXX030, XXX063, XXX071 et,
- XXX084, XXX085 et XXX098, selon le cas.

ABROGÉE

5. Une seconde majoration de 10 % selon les modalités prévues au paragraphe 1.3 de la présente lettre d'entente applicable sur le tarif de base pour des services dispensés de 8 h à 24 h le samedi, dimanche ou une journée fériée et une majoration de 5 % pour le médecin rémunéré à tarif horaire ou de 6 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes, pour les services dispensés de 0 h à 8 h le samedi, le dimanche ou une journée fériée dans un service d'urgence des établissements suivants :

a) les CLSC du réseau de garde intégrée lorsque les médecins sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

AVIS : *- Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser* ***une seule plage horaire à la fois par ligne****.*

- Utiliser le secteur de dispensation ***12*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***honoraires fixes :*** *XXX015, XXX030, XXX063 , XXX098, XXX132 et* ***072103****;*

- ***tarif horaire :*** *009XXX, XXX015, XXX030, XXX063, XXX071 et, selon le cas, XXX084, XXX085, XXX098 et* ***072103****.*

NOTE : *- Les professionnels des CLSC du réseau de garde intégré qui, en plus de cette situation, participent à un groupe de médecine de famille doivent utiliser ce code d'activité (****072103 :*** *activités cliniques en GMF).*

b) La Corporation d'Urgences-santé;

AVIS : *- Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser* ***une seule plage horaire à la fois par ligne****.*

- Utiliser le secteur de dispensation ***12*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***honoraires fixes :*** *010015, 010038, 010042, 010063, 010075, 010098 et 010132*

- ***tarif horaire :*** *010015, 010038, 010042, 010044, 010063, 010071, 010075, 010098.*

c) les centres hospitaliers de soins psychiatriques suivants :

Région 06 – Montréal-Centre

- Hôpital du Sacré-Cœur, Pavillon Albert Prévost
- Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Hôpital Douglas

AVIS : *- Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser* ***une seule plage horaire à la fois par ligne****.*

- Utiliser le secteur de dispensation ***17*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***honoraires fixes :*** *XXX015, XXX030, XXX063, XXX098 et XXX132;*

- ***tarif horaire :*** *009XXX, XXX015, XXX030, XXX063, XXX071, XXX098.*

d) les établisements des régions éloignées ou isolées suivants :

Région 09 – Côte-Nord

- CLSC Naskapi
- Centre de Santé de la Basse-Côte-Nord*(1)*
- Centre de Santé de l'Hématite
- Centre de Santé de la Minganie

Région 10 – Nord-du-Québec

- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James, Point de service de Matagami, Lebel-sur-Quevillon, Radisson, Chibougamau

Région 11 – Gaspésie Iles-de-la-Madeleine

- Centre hospitalier de l'Archipel

Région 17 – Nunavik

- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava*(1)*
- Centre de santé Inuulitsivik*(1)*

ABROGÉE

(1) : Pour ces établissements, seuls les médecins ayant des droits acquis à honoraires fixes sont visés par la *Lettre d'entente n^{o} 77* (cf : E.P. régions 17 - 18 et CS Basse Côte-Nord)

Région 18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James

- Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James*(1)*

AVIS : *- Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir ces majorations, le professionnel doit utiliser* ***une seule plage horaire à la fois par ligne****.*

- Utiliser le secteur de dispensation ***17*** *et les codes d'activité suivants :*

- ***honoraires fixes :*** *- XXX015, XXX030, XXX063, XXX098 et XXX132;*
- ***tarif horaire :*** *- 09XXX excluant 009081 et 009094;*
  - XXX015, XXX030, XXX063, XXX071 et,
  - XXX084, XXX085 et XXX098, selon le cas;
- **per diem** *:* *- 009XXX* ***excluant*** *celui de l'E.P. visant les régions 17 - 18 et le CS de la Basse Côte-Nord.*

6. Est également accordé un supplément pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées, aux médecins :

- qui exercent dans le service d'urgence d'un CLSC du réseau de garde intégré et qui sont rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire;

  AVIS : *Utiliser le code d'établissement 8XXX5 ou 9XXX2; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.*

- qui exercent dans un établissement visé par l'entente particulière relative au Grand-Nord ou par celle relative aux Îles-de-la-Madeleine;

  AVIS : *Utiliser le code d'établissement 0XXX3 ou 8XXX5 ou 9XXX2; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.*

- qui exercent dans un service d'urgence d'un établissement visé par l'entente particulière relative à la région 17 ou 18 ou au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord et qui sont rémunérés, sur la base des droits acquis, selon le mode des honoraires fixes;

  AVIS : *Utiliser le code d'établissement 0XXX7 ou 8XXX5 ou 9XXX2; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.*

- ainsi qu'à ceux exerçant dans les services d'urgence des centres hospitaliers psychiatriques apparaissant au paragraphe 5c) ci-dessus.

  AVIS : *Utiliser le code d'établissement 0XXX7; pour les autres renseignements, voir ci-dessous.*

AVIS : *Inscrire sur une* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200*, les données suivantes :*
- la date et le code d'acte ***09791****;*
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code d'établissement correspondant à l'établissement désigné;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

Le montant du supplément est de 89,20 $ à compter du 1er octobre 2008 et de 95,40 $ à compter du 1er avril 2009.

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 1er juillet 2010 par l'*Amendement n^{O} 113*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

(1) : Pour ces établissements, seuls les médecins ayant des droits acquis à honoraires fixes sont visés par la *Lettre d'entente n^{O} 77* (cf : E.P. régions 17 - 18 et CS Basse Côte-Nord)

ABROGÉE

LE - N^{o} 79

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 79

Concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos.

ATTENDU QUE la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* confie au médecin qui a charge du travailleur la détermination du diagnostic, de la date ou de la période de consolidation de la lésion, de la nature, de la nécessité, de la suffisance ou de la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits, de l'existence ou du pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur ou de l'existence ou de l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

ATTENDU QUE les médecins omnipraticiens sont, de façon générale, les premiers à dispenser des services professionnels aux travailleurs victimes de lésion professionnelle, particulièrement à ceux victimes de lésion professionnelle au dos, et à assumer le suivi médical requis;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail a l'obligation d'assurer au travailleur victime de lésion professionnelle l'assistance médicale que requiert son état, tout en poursuivant l'objectif de maintenir le lien d'emploi de ce travailleur;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec partagent l'objectif de permettre au travailleur victime de lésion professionnelle au dos le plus prompt et durable retour au travail de celui-ci;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec croient que des mesures d'efficience pourraient être définies aux fins de cet objectif de prompt et durable retour au travail des travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos;

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec créent, relativement aux lésions professionnelles au dos, un comité technique chargé :

a) de cerner l'état de la situation actuelle en matière de lésions professionnelles au dos;

b) de dégager, à partir de statistiques disponibles, par l'étude de dossiers de la Commission ou par un relevé d'études existantes, les composantes du traitement d'une lésion professionnelle au dos;

c) d'identifier, parmi ces composantes, celles relevant de la compétence des médecins et celles propres aux intervenants de la Commission;

d) d'arrêter des mesures d'intervention spécifiques aux médecins omnipraticiens et aux intervenants de la Commission;

e) de préparer, selon les pratiques médicales reconnues et sur la base de la situation actuelle, un guide relatif au traitement des lésions professionnelles au dos;

f) de préciser les moyens de diffusion et de soutien aux médecins omnipraticiens de ce guide;

g) de définir des indicateurs permettant d'évaluer l'évolution de la situation;

h) de déterminer les moyens et les outils nécessaires à cette évaluation;

i) de proposer des mesures de bonification, de nature forfaitaire, de la tarification des services médico-administratifs.

2. Le comité technique devra, dans les six mois suivant la signature de la présente lettre d'entente, déposer son rapport conformément au mandat confié.

3. Le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec verront, selon les termes du rapport soumis, à préciser les modalités de son application.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de février 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TREFFLÉ LACOMBE
Président du conseil d'administration
et chef de la direction- CSST

LE - N^{o} 81

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 81

Ayant pour objet des mesures de compensation pour certains délais de mise en application de l'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) exploité par un établissement ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un CLSC.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Dans le cas où une garde en disponibilité ne rencontre pas les critères prévus à l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité, une compensation équivalente aux modalités de rémunération prévues à cette entente sera accordée à tout médecin qui assure une telle garde en disponibilité auprès d'un CHSLD ou dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC si les conditions suivantes sont rencontrées :

- la garde est assurée pour l'ensemble de la semaine au 1er septembre 1998;

\+ - l'agence doit avoir été saisie de la demande de compensation faite conjointement par l'établissement et le médecin responsable;

- l'établissement et le médecin responsable doivent avoir amorcé une démarche auprès des autres établissements avec lesquels il est susceptible de se regrouper;

- le ou les médecin(s) de l'établissement accepte(nt) de participer à une garde regroupée.

2. Cette compensation est accordée pour une période de trois mois allant du 1er septembre au 30 novembre 1998 selon des modalités déterminées par le comité paritaire à l'article 32.00 de l'entente générale.

3. L'établissement, conjointement avec le chef du département clinique, le chef du service médical ou le médecin responsable, adressent la demande de compensation au bénéfice des médecins concernés au comité paritaire. Le comité paritaire analyse la demande à la lumière des conditions énoncées à l'article I des présentes et, s'il y a lieu, l'autorise et en informe la Régie de l'assurance maladie.

4. L'impact financier réel de cette mesure exceptionnelle est évalué après l'année d'application de l'entente relative à la rémunération de la garde en disponibilité. S'il advenait que l'application de la présente lettre d'entente provoque un dépassement du montant de 6,1 M$ alloué à la prise d'effet de ladite entente particulière, les modalités de financement des coûts supplémentaires seront alors convenues par les parties.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^{e} jour de septembre 1999.

JEAN ROCHON
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 83

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 83

Ayant pour objet, en certains établissements, l'octroi de certaines mesures conventionnelles de rétention et de recrutement.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., chap. c.29);

ATTENDU les difficultés de recrutement du Centre hospitalier Jonquière, du Complexe hospitalier de la Sagamie, du CH, CHSLD, CLSC Cléophas-Claveau (Hôpital de la Baie des Ha! Ha! et point de services de l'Anse Saint-Jean) et du CLSC et CHSLD de la MRC de l'Islet pour son point de services de Saint-Pamphile et la charge accrue des médecins qui y exercent;

ATTENDU la pénurie sévère d'effectifs médicaux au Centre hospitalier Jonquière et la transformation du réseau d'accessibilité aux soins de santé qui concerne de façon majeure cet établissement;

CONSIDÉRANT que les parties reconnaissent qu'il y a urgence de convenir et de mettre en place, dans les meilleurs délais, certaines mesures conventionnelles susceptibles de répondre aux exigences des situations ci-haut décrites :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Conditions d'admissibilité

Est admissible aux fins des présentes, le médecin qui répond aux exigences suivantes :

+ a) en date du 1er novembre 1998, il exerce principalement sa profession dans le territoire de l'agence où est situé un centre exploité par un établissement visé aux présentes;

b) il est détenteur d'une nomination d'un établissement susmentionné.

2. Exemption partielle du plafond trimestriel

Dès que le revenu brut d'un médecin visé aux présentes, pour les services médicaux fournis dans un trimestre donné, atteint le plafond fixé pour ce trimestre, les honoraires qui lui sont payables pour les services médicaux dispensés, pour le compte d'un établissement visé aux présentes, dans un centre désigné en annexe ci-jointe, ne sont pas assujettis à la réduction prévue au paragraphe 5.4 de l'annexe IX de l'Entente.

Le présent article ne s'applique qu'à la période comprise entre le 1er décembre 1998 et le 30 novembre 1999. Il bénéficie au médecin qui, pendant cette période ou partie de celle-ci, exerce sa profession dans un centre visé au présent article.

3. Forfait compensatoire (CH Jonquière)

Le médecin qui, en date du 7 novembre 1998, exerce avec statut de membre actif sa profession au Centre hospitalier de Jonquière bénéficie et remplit les conditions apparaissant ci-après, bénéficie, à compter de cette date, d'un forfait de dix mille dollars (10 000 $). Ce montant lui est versé à la fin de l'année couverte par le forfait.

Ce forfait compensatoire est renouvelable pour une période additionnelle d'un (1) an et est payable au médecin à la fin de la période annuelle de renouvellement de son forfait. Ce renouvellement est toutefois conditionnel à ce que le Centre hospitalier de Jonquière et le Complexe de santé de la Sagamie conviennent avant le 7 novembre 1999, d'un plan d'intégration clinique. Une fois ce plan approuvé par la Ministre, le renouvellement du forfait compensatoire dévient effectif et cela, à partir du 7 novembre 1999.

Le médecin qui entend bénéficier des dispositions du paragraphe 1 du présent article doit s'engager à exercer sa profession, à compter du 7 novembre 1998, de façon régulière et continue, pendant une période minimale d'un (1) an. Pareil engagement vaut également pendant la période annuelle couverte par le renouvellement du forfait compensatoire.

Lorsque le médecin doit, pour cause de maladie ou de congé de maternité, suspendre provisoirement l'exercice de sa profession pour une période supérieure à trente (30) jours, le montant du forfait de ce médecin est, tout en respectant la durée de la franchise précitée, réduit en fonction de la durée de son absence.

4. Incidences financières

Les coûts découlant de l'application de l'article 2 de cette lettre d'entente font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de l'annexe IX de l'Entente. Les coûts ainsi établis sont exclus de tout dépassement de l'enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette même annexe.

Les montants versés aux médecins en vertu de l'article 3 des présentes ne sont pas assujettis aux dispositions de l'annexe IX de l'Entente.

5. Prise d'effet et durée

Cette lettre d'entente prend effet le 1er décembre 1998 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^{e} jour de septembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 85

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 85

Ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une interruption volontaire de grossesse dispensés dans la Clinique médicale Fémina.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Est visé aux fins des présentes un acte médical qui, relié à un avortement thérapeutique à partir de 14 semaines, est identifié, à la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V de l'Entente, sous l'un des codes suivants : 6941, 6947, 6948, 6949 et 6951.

+ **2.** Pour la période allant du 1er juin 1998 au 30 novembre 1998, la rémunération des actes énumérés au point 1 des présentes, lorsque dispensés à la Clinique médicale Fémina sur référence de l'Agence de Montréal-Centre, n'est pas sujette à l'application du plafond semestriel prévu à l'annexe IX de l'Entente. Il en est de même pour le trimestre s'échelonnant du 1er septembre 1998 au 28 février 1999.

3. Les services visés au point 1 des présentes ne sont alors assujettis à aucune coupure ou réduction.

4. Cette mesure s'applique une fois les plafonds atteints par le médecin.

+ **5.** Le médecin informe la Régie de l'assurance maladie du Québec des services visés par la présente lettre d'entente en lui transmettant à nouveau les informations apparaissant sur les demandes de paiement qui auraient fait l'objet d'une réduction ou d'une coupure et qui ont déjà été expédiées. L'Agence de Montréal-Centre confirme à la Régie les références visées par les présentes.

6. Les coûts découlant de l'application de la présente lettre d'entente font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de l'annexe IX de l'Entente. Ces coûts ainsi établis sont exclus de tout dépassement de l'enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette même annexe.

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale

AVIS : *Voir la* Lettre d'entente n^{O} 96.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^{e} jour de septembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 87

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 87

Concernant la garde aux points de services de Grande-Vallée et de Murdochville du CLSC Mer et Montagnes.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Toutes les conditions de rémunération prévues par l'entente générale et par l'entente particulière relative à la rémunération de la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains centres locaux de services communautaires dans le cadre du réseau de garde intégré s'appliquent, sauf en ce qui a trait à la rémunération de la garde en disponibilité.

2. La garde en disponibilité est rémunérée, sur une base horaire, à la moitié du taux horaire normal applicable pour le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes et, sous réserve du paragraphe suivant, à la moitié du taux horaire pour le médecin rémunéré selon le mode du tarif horaire.

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

3. Malgré le paragraphe 5.04 de l'annexe XIV de l'Entente, les modificateurs inscrits sous la colonne 3 du paragraphe 5.01 s'appliquent à la rémunération de la garde en disponibilité.

4. Pour chacun des points de services visés, la rémunération de la garde en disponibilité prévue par la présente lettre d'entente n'est payable, pour une même période et pour un même service d'urgence, qu'à un seul médecin et à la condition qu'aucun médecin n'assure de présence au CLSC pour la période concernée.

5. Les heures de présence-médecin au CLSC sont maintenues à un minimum de 59 heures par semaine.

6. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 39*. Elle entre en vigueur le 1er janvier 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^{e} jour de septembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 92

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 92

Concernant la détermination de certains paramètres financiers.

VU les dispositions de l'*Amendement n^{O} 67* à l'entente générale intervenu entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 2 septembre 1999;

VU également les dispositions du Protocole d'accord relatif à l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements désignés qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou d'un CLSC du réseau de garde intégré intervenu en date du 2 septembre 1999;

ATTENDU la nécessité qu'il y a de pourvoir au financement, sur base récurrente, des coûts additionnels découlant de ces textes conventionnels;

CONSIDÉRANT l'importance qu'il y a, pour les parties, de fixer certains paramètres en conséquence.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts annuels récurrents découlant de la mise en oeuvre du Protocole d'accord visé aux présentes sont, quant à leur financement, pris en compte lors de l'affectation de la marge financière dégagée aux fins du renouvellement de l'Entente, dans le cadre des paramètres gouvernementaux applicables aux secteurs public et parapublic. Le tiers (1/3) de cette marge de manoeuvre sera, jusqu'à concurrence de 10 M$, affectée au financement des mesures convenues aux termes de ce protocole;

2. Les coûts découlant de la mise en oeuvre de l'*Amendement n^{O} 67* susmentionné font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée au médecin en application de l'annexe IX de l'Entente. Sur base annuelle, les coûts ainsi établis et, le cas échéant, les coûts en excédent du 10 M$ prévus à l'article précédent, sont exclus, jusqu'à concurrence de 7,2 M$, de tout dépassement d'une enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette annexe;

3. L'impact des modifications apportées par l'*Amendement n^{O} 67* et par le Protocole d'accord visé aux présentes devra faire l'objet d'une évaluation par les parties en regard des objectifs poursuivis à savoir l'augmentation de la disponibilité des services médicaux dans les secteurs visés et quant aux coûts entraînés par ces modifications. En cas de non-atteinte des résultats attendus ou d'un dépassement du montant prévu à l'article 2, les parties conviendront alors des mesures à prendre et, dans cet exercice, elles tiendront compte des exigences que comporte une organisation adéquate de la dispensation des soins médicaux;

4. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2^{e} jour de septembre 1999.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 93

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 93

Concernant le financement des coûts additionnels découlant de certains accords et ententes relativement au dépannage et au retour de médecins retraités.

COMPTE TENU des modifications introduites par des accords concernant les modalités de rémunération du dépannage;

COMPTE TENU du retour en pratique active de médecins qui se sont prévalus du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts additionnels découlant de l'application de certaines mesures convenues par les parties depuis le 15 mars 1999 relativement au mécanisme du dépannage, notamment par les accords n^{os} 303 à 307 inclusivement, 309, 310, 318, 319, 320 et 323, tels qu'évalués par les parties, seront pris en compte lors de la détermination des enveloppes budgétaires globales applicables à compter du 1er avril 1998. Il en est de même des coûts reliés à l'application de la lettre d'entente concernant le retour en pratique de médecins s'étant prévalus du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

2. La présente lettre d'entente prend effet à la date de sa signature par les parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^{e} jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 94

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 94

Concernant le retour en pratique du médecin adhérent aux programmes d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

PRÉAMBULE

La présente lettre d'entente est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet, malgré les dispositions de l'annexe XV de l'entente générale, de permettre au médecin adhérent aux programmes d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté de dispenser des services assurés auprès de patients dans le cadre de solutions palliatives au problème de pénurie d'effectifs, pour une période limitée et dans ou auprès d'établissements désignés par les parties.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

3.01 Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un centre local de services communautaires (CLSC) et exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique;

d) Les services professionnels dispensés dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

e) Les services professionnels dispensés dans le cadre de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains établissements offrant un programme en toxicomanie.

4.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

4.01 Engagement du médecin

Le médecin s'engage à respecter les dispositions de la présente lettre d'entente et à n'exercer que dans un ou dans des établissements désignés. Il doit obtenir une nomination de cet ou de ces établissements conformément à la *Loi sur les services de santé et sur les services sociaux* et en respecter les obligations.

Le médecin doit compléter le contrat de retour en pratique prescrit par le comité paritaire.

Le contrat d'engagement complété par le médecin revenu en pratique avant le 15 septembre 1999 est remplacé par le contrat de retour en pratique. Ce médecin doit compléter le contrat de retour en pratique.

REMPLACÉE

4.02 Mode de rémunération

Sauf exception autorisée par le comité paritaire prévu à l'article 5.00 des présentes, le médecin est rémunéré exclusivement à tarif horaire **pour la période allant du 6 mai 1999 au 11 septembre 1999 inclusivement**.

À partir du 12 septembre 1999 sauf exception autorisée par le comité paritaire, le médecin est rémunéré selon les dispositions de l'entente générale ou, le cas échéant, selon les dispositions de tout autre document conventionnel s'appliquant dans l'établissement où il exerce.

Le médecin dont la date de retour en pratique se situe avant le 12 septembre 1999 et qui est rémunéré selon le mode du tarif horaire dans un établissement où le mode de rémunération est celui de l'acte, maintient son mode de rémunération jusqu'au 26 septembre 1999. Il peut également opter pour le maintien de ce mode de rémunération pour toute la durée de son retour en pratique dans l'établissement. Il doit, alors en aviser le comité paritaire avant le 5 octobre 1999.

4.03 Versement de l'allocation

Le médecin signifie, par la voie du contrat de retour en pratique, s'il opte ou non pour la suspension et le report des versements de son allocation de fin de carrière ou de départ assisté à la suite de sa période d'étalement déjà convenue.

Une période de suspension et de report n'entre pas dans le calcul d'une période de versements d'allocations aux fins de l'application de l'annexe XV.

Cette option vaut pour toute la durée de la présente lettre d'entente sauf modification autorisée par le comité paritaire et sauf si le médecin ayant opté pour la suspension et le report de son allocation cesse de pratiquer avant la fin de la présente entente. Dans ce dernier cas, le médecin en avise, alors, par écrit, le comité paritaire.

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'administration de la présente lettre d'entente.

5.02 Aux fins de l'application du paragraphe 5.01, le comité paritaire a notamment pour fonctions :

a) de désigner les établissements visés au paragraphe 1.01 en retenant comme premier critère une pénurie d'effectifs prévalant dans le secteur en cause et d'en informer la Régie;

b) de définir le contrat de retour en pratique, de le faire compléter au médecin et d'en transmettre copie à la Régie;

c) d'informer la Régie de la modification de l'option exercée en vertu du paragraphe 4.03.

6.00 ÉTABLISSEMENT

6.01 L'établissement désigné accorde une nomination au médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente selon les dispositions prévues à la *Loi sur les services de santé et sur les services sociaux*. Il suit également les procédures régulières pour qu'en soit avisée la Régie.

7.00 DURÉE ET MISE EN VIGUEUR

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 6 mai 1999 et le demeure jusqu'au 6 mai 2000.

7.02 La présente lettre d'entente est reconduite jusqu'au 31 décembre 2001.

AVIS : *La présente lettre d'entente est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 154*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^{e} jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

REMPLACÉE

LE - N^{o} 95

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 95

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

CONSIDÉRANT les négociations en cours;

CONSIDÉRANT les responsabilités qu'assumeront les département régionaux de médecine générale (DRMG);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 3. de la *Lettre d'entente n^{o} 77* du 19 février 1999, les règles d'application de ladite lettre d'entente prévalant à ce jour se poursuivent jusqu'au 1er septembre 2000.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 22 juin 1999 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^{e} jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 96

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 96

Ayant pour objet des stipulations particulières concernant la rémunération de certains services médicaux reliés à une interruption volontaire de grossesse dispensés dans la Clinique médicale Fémina.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Est visé aux fins des présentes un acte médical qui, relié à un avortement thérapeutique à partir de 14 semaines, est identifié, à la nomenclature des actes apparaissant à l'annexe V de l'Entente, sous l'un des codes suivants : 06941, 06947, 06948, 06949 et 06951.

+ **2.** Pour la période allant du 1er décembre 1998 au 31 août 1999, la rémunération des actes énumérés au point 1 des présentes, lorsque dispensés à la Clinique médicale Fémina sur référence de l'Agence de Montréal-Centre, n'est pas sujette à l'application des plafonds trimestriels prévus à l'annexe IX de l'Entente.

3. Les services visés au point 1 des présentes ne sont alors assujettis à aucune coupure ou réduction.

4. Cette mesure s'applique une fois les plafonds atteints par le médecin.

+ **5.** Le médecin informe la Régie de l'assurance maladie du Québec des services visés par la présente lettre d'entente en lui transmettant à nouveau les informations apparaissant sur les demandes de paiement qui auraient fait l'objet d'une réduction ou d'une coupure et qui ont déjà été expédiées. L'Agence de Montréal-Centre confirme à la Régie les références visées par les présentes.

6. Les coûts découlant de l'application de la présente lettre d'entente font l'objet d'une évaluation par les parties lors de la vérification finale du coût de la rémunération versée aux médecins en application de l'annexe IX de l'Entente. Ces coûts ainsi établis sont exclus de tout dépassement de l'enveloppe budgétaire prédéterminée prévue à cette même annexe.

7. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 22 juin 1998 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^{e} jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 97

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 97

Relative aux régimes d'assurance prévus à l'annexe VI de l'entente générale.

CONSIDÉRANT les négociations en cours concernant le mode de rémunération à honoraires fixes;

CONSIDÉRANT que ces négociations incluent la révision des avantages sociaux prévus à l'annexe VI de l'entente générale;

CONSIDÉRANT que les garanties prévues aux régimes d'assurance font l'objet d'une évaluation globale aux fins d'établir les coûts réels que la Régie doit assumer en vertu des paragraphes 6.23, 6.24 et 6.25 de l'annexe VI;

ATTENDU que le comité paritaire prévu au paragraphe 6.07 de l'annexe VI a révisé les régimes d'assurance complémentaires obligatoires relativement à l'assurance vie et à l'assurance invalidité, dans le processus du renouvellement des assurances assumées par la SSQ-Vie;

ATTENDU que cette révision implique des modifications aux garanties prévues à l'annexe VI;

COMPTE TENU que ces modifications doivent s'appliquer au moment du renouvellement des assurances, soit le 1er juillet 1999;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De modifier, d'ici le 1er octobre 1999, les articles 6.00, 7.00 et 8.00 de l'annexe VI de l'entente générale relativement aux régimes d'assurance en y précisant, entre autres, que :

- dans le cas du régime complémentaire obligatoire d'assurance vie, pour toute nouvelle invalidité débutant à compter du 1er juillet 1999, l'exonération des primes et la protection des personnes dont l'invalidité débute avant 63 ans se terminent à 65 ans;
- le régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée se termine à 65 ans;
- dans le cas du régime complémentaire optionnel d'assurance vie, pour toute nouvelle invalidité débutant à compter du 1er juillet 1999, l'exonération des primes et la protection des personnes dont l'invalidité débute avant 63 ans se terminent à 65 ans.

2. D'appliquer, dès le 1er juillet 1999, les modifications décrites à l'article I des présentes.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 23 juin 1999 et le demeure jusqu'à la signature des amendements requis à l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^{e} jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 98

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 98

Ayant pour objet le financement des coûts additionnels reliés à la tenue d'un projet pilote intéressant le Centre hospitalier régional de Sept-Îles.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., chapitre A-29);

ATTENDU la conclusion d'une entente particulière prévoyant la tenue d'un projet pilote au Centre hospitalier régional de Sept-Îles;

ATTENDU que ce projet pilote vise à stabiliser la pratique médicale des médecins qui exercent leur profession dans le centre hospitalier visé tout en augmentant l'accessibilité aux soins médicaux prioritaires qui y sont dispensés;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y a de pourvoir à la détermination de modalités additionnelles de financement des soins médicaux prioritaires dispensés en certaines régions.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts additionnels déterminés par les parties découlant de la mise en oeuvre du projet pilote susmentionné sont financés à même certaines ressources financières additionnelles qui, dans un avenir prochain, seront dégagées par la ministre de la Santé et des Services sociaux en vue de stabiliser la pratique médicale, hospitalière ou autre, des médecins qui exercent leur profession en certaines régions tout en rendant plus disponibles les soins médicaux prioritaires qui y sont dispensés.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^{e} jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 99

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 99

Ayant pour objet le financement des coûts reliés à la mise en oeuvre des documents conventionnels régissant la rémunération des chefs de département régional de médecine générale (DRMG) (protocole d'accord) et de département clinique de médecine générale (DCMG) (entente particulière).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les coûts reliés à la mise en oeuvre du protocole d'accord régissant la rémunération des chefs de département régional de médecine générale (DRMG) sont financés, sur base annuelle, à même une somme de 2,5 millions que le gouvernement rend disponible à cette fin. Subsidiairement, toute quote-part non utilisée de cette somme est, sur la même base, en raison notamment des activités professionnelles que le chef de département clinique de médecine générale (DCMG) est appelé à effectuer pour le compte du DRMG, affecté au financement des coûts reliés à la mise en application de l'entente particulière prévoyant la rémunération des chefs de DCMG.

2. Les économies réalisées au niveau de l'utilisation de la banque d'heure attribuée aux médecins énumérés aux paragraphes 4.01 et 4.02 du protocole d'accord visé aux présentes et découlant de la rémunération des fonctions décrites au paragraphe 4.03 de ce même protocole sont également affectées, dans une année donnée d'application de l'Entente, au financement des autres coûts reliés à la mise en oeuvre des documents conventionnels susmentionnés.

3. Tout autre coût supplémentaire relié à la mise en oeuvre des documents conventionnels susmentionnés excédant la somme totale des montants ci-haut décrits est pris en compte lors de l'affectation de la marge financière dégagée aux fins du renouvellement de l'Entente, dans le cadre des paramètres gouvernementaux applicables aux secteurs public et para-public.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 31^{e} jour de janvier 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 101

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 101

Considérant le financement des coûts découlant de l'émission de permis restrictifs.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La rémunération des médecins à qui le Collège des médecins du Québec décerne un permis restrictif après le 1er avril 2000 n'est pas considérée aux fins de la détermination de tout dépassement ou non atteinte de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée à l'Accord-cadre.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de septembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 102

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 102

Concernant l'application de certaines dispositions de l'Accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale pour la période débutant le 1er avril 1998 et se terminant le 31 mars 2002 ainsi que la révision de modalités relatives à la rémunération différente.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les dispositions du sous-paragraphe 9.00 a) i) de l'Accord-cadre s'appliquent, pour les parties du territoire actuellement désignées aux fins de la rémunération différente, aux régions suivantes :

- Région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec
- Région 07 : Outaouais
- Région 08 : Abitibi-Témiscamingue
- Région 09 : Côte-Nord
- Région 11 : Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine
- Région 15 : Laurentides

et sous réserve de l'article 2 de la présente lettre d'entente, pour les parties du territoire actuellement désignées aux fins de la rémunération différente, aux régions suivantes :

- Région 01 : Bas-St-Laurent
- Région 02 : Saguenay-Lac-St-Jean

2. D'ici le 30 mai 2000, les parties devront décider de l'applicabilité des dispositions du sous-paragraphe 9.00 a) i) de l'Accord-cadre aux secteurs géographiques d'Alma, de Rimouski, de Rivière-du-Loup, de Kamouraska et de Ste-Anne-de-la-Pocatière.

3. La révision de la carte et des modalités de la rémunération différente, pour l'ensemble du Québec, doit être réalisée par les parties pour le 31 décembre 2000.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 5 mai 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de septembre 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 103

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 103

Lettre d'entente n° 77 concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

CONSIDÉRANT les négociations en cours;

CONSIDÉRANT les responsabilités qu'assumeront incessamment les départements régionaux de médecine générale (DRMG);

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Malgré l'article 3 de la *Lettre d'entente n^{o} 77* du 19 février 1999, les règles d'application de ladite lettre d'entente prévalant à ce jour se poursuivent jusqu'au 1er mars 2001.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 104

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 104

Entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant l'accessibilité aux services médicaux à la population de Malartic.

PRÉAMBULE

La présente lettre d'entente est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 17.07 de l'entente relative à l'assurance maladie intervenue le 1er septembre 1976, telle que modifiée subséquemment, entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

ATTENDU que la population de Malartic est éloignée de plus de vingt-six (26) km du service d'urgence de première ligne le plus près;

ATTENDU le nombre important de personnes habitant Malartic et les environs;

ATTENDU que cette population est plus âgée que dans les autres secteurs de la région, plus affligée sur le plan socio-économique et moins mobile;

ATTENDU que les services de transport en commun y sont inexistants;

CONSIDÉRANT que le centre hospitalier de Malartic est un centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP);

CONSIDÉRANT que le service d'urgence du CHSP est devenu un point de service du Centre de Santé Vallée de l'Or dans le cadre d'une réorganisation des services de première ligne;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux et l'impossibilité de répondre aux besoins de services médicaux d'urgence de première ligne;

CONSIDÉRANT les difficultés de recruter de nouveaux médecins;

CONSIDÉRANT la vulnérabilité du réseau intégré de soins dispensés à la population de Malartic;

CONSIDÉRANT que ledit réseau fait l'objet d'un projet d'expansion pour la population de Val d'Or requérant des soins psychiatriques;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Accessibilité aux services médicaux d'urgence de première ligne

1.01 L'équipe médicale de Malartic s'engage à offrir, sur place, des services médicaux d'urgence de première ligne à la population de Malartic selon des plages horaires couvrant une période minimale quotidienne de six (6) heures, sept (7) jours semaine;

1.02 Sous réserve d'un recrutement suffisant d'effectifs médicaux, la période d'accessibilité aux services médicaux d'urgence de première ligne devra couvrir graduellement une période quotidienne de douze (12) heures sur sept (7) jours semaine.

2.00 Participation

2.01 Le médecin qui est détenteur d'une nomination du Centre de Santé Vallée de l'Or et qui participe à la dispensation des soins au service d'urgence de première ligne, bénéficie des mesures prévues à la présente lettre d'entente.

3.00 Mesures de rétention

3.01 Le médecin qui participe à la dispensation des soins médicaux d'urgence de première ligne est rémunéré, pour ces services, conformément au paragraphe 2.1 de l'annexe XII de l'Entente comme si dispensés dans un des établissements visés à ce paragraphe.

AVIS : *Les modes de rémunération sont ceux prévus à l'article 3.00 de l'entente particulière relative aux médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC.*

4.00 Mise en vigueur et durée

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2001 et le demeure jusqu'à la révision, par les parties, des ententes particulières relatives au réseau de garde intégré.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 105

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 105

Concernant la rémunération des services médicaux dispensés dans le cadre du dépannage dans certains points de service du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. Sous réserve de l'article 2 de la présente lettre d'entente, les dispositions de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession pour le compte de l'Hôpital Chibougamau Limitée relatives aux services médicaux dispensés dans le cadre du dépannage par le médecin désigné selon les modalités de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent lorsque ces services sont dispensés dans les points de services suivants:

- Point de services Chapais
- Point de services Matagami .
- Point de services Lebel sur Quevillon

2. La garde en disponibilité faite en plus des services rémunérés selon le *per diem* prévue au paragraphe 6.02 a) de l'entente relative à l'Hôpital Chibougamau Limitée n'est pas rémunérée contrairement aux dispositions apparaissant à ce même paragraphe.

3. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 58* du 22 janvier 1996. Elle prend effet le 11 février 2001 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de juillet 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 106

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 106

Concernant l'actualisation des tarifs, afférente à la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2001, prévue à l'accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale pour la période débutant le 1er avril 1998 et se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. Dans le cadre des dispositions de l'accord-cadre susmentionné, affecter, pour la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2001, les sommes disponibles, telles que déterminées par les parties à partir de leur estimation de la dépense réelle sur la base des données disponibles au 31 mars 2001 et, sur cette base, en tenant compte de l'application des taux d'augmentation de 2,5 % au 1er janvier 2001 et, pour les trois premiers mois de l'année visée, de 2,5 % au 1er janvier 2002, aux majorations suivantes :

a) une majoration de 2,5 % applicable sur le tarif de l'examen en cabinet;

b) une majoration de 5 % sur le tarif de la thérapie psychiatrique de soutien en cabinet.

Les majorations visées à cet article prennent effet le 1er avril 2001. La tarification découlant de ces majorations s'applique à compter du 1erjuin de la même année.

2. Si l'expérience du régime, tel qu'il appert des données relatives aux trois premiers trimestres de la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2000, autorise les parties à dégager, malgré la mise en oeuvre de l'article 1, une marge de manœuvre additionnelle permettant de bonifier la rémunération du médecin applicable à la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2001, appliquer, successivement et dans l'ordre apparaissant ci-après, jusqu'à concurrence des sommes disponibles, les montants ainsi dégagés, tels que déterminés par les parties, aux majorations suivantes :

a) une majoration de 2,5 % sur le tarif de la consultation;

b) une majoration de 2,5 % sur le tarif de l'examen à domicile;

c) l'équivalent d'une majoration de 2,5 % sur la rémunération des examens dispensés, auprès du malade inscrit, dans le service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde intégré, selon des modalités à être déterminées par les parties.

Les majorations visées à cet article prennent effet le 1er juillet 2001. La tarification découlant de ces majorations s'applique à compter du 1er septembre de la même année.

Dans la mesure où la mise en oeuvre du présent article laisse aux parties une marge de manoeuvre financière résiduelle, celles-ci disposent des sommes ainsi dégagées, selon les dispositions qu'édictent l'article 10 de l'accord-cadre.

3. Convenir des amendements techniques requis

a) d'ici le 31 mars 2001, quant à la mise en oeuvre de l'article 1;

b) d'ici le 30 juin 2001, quant à la mise en oeuvre de l'article 2.

La mise en oeuvre des articles 1 et 2 de cette lettre d'entente comprend la détermination des modalités de versement de la rétroactivité prévue à l'article 1 pour la période comprise entre le 1er avril 2001 et le 31 mai de la même année et, à l'article 2, pour la période comprise entre le 1er juillet 2001 et le 31 août de la même année.

En outre, la mise en oeuvre de l'article 1 de cette lettre d'entente comprend, selon des modalités à être déterminées par les parties, un rajustement à la hausse du plafond trimestriel non inférieur à 51 125 $.

4. Aux fins d'assurer le caractère fonctionnel des modalités qui seront convenues selon l'alinéa c) de l'article 2, entreprendre, à compter du 15 avril 2001, une révision judicieuse de la nomenclature des actes afférente aux actes médicaux visés à cet alinéa.

5. Cette lettre d'entente prend effet le 1er avril 2001.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20e jour de septembre 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 107

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 107

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Sous réserve des dispositions prévues à la présente lettre d'entente, prolonger jusqu'au 1er avril 2002 la *Lettre d'entente n^{O} 77* du 19 février 1999.

2. D'ici le 1er octobre 2001 :

- identifier sur base annuelle et régionale les dépenses réelles encourues relatives à l'application de la *Lettre d'entente n^{O} 77*;
- convenir, sur recommandation du comité paritaire formé en vertu de l'article 2 de la *Lettre d'entente n^{O} 77*, de mesures incitatives qui, à partir du 1er avril 2002, pourront être octroyées aux centres de consultation désignés selon l'article 4 des présentes;
- convenir d'un cadre de gestion des mesures incitatives qui relèvera du département régional de médecine générale (DRMG);

\+ - établir les modalités et procédures d'application des nouvelles dispositions convenues entre les parties et impliquant les agences, la Régie et le comité paritaire.

3. D'ici le 1er octobre 2001, le comité paritaire :

- élabore les critères que doit rencontrer tout centre de consultation sans rendez-vous appelé à bénéficier des mesures incitatives convenues entre les parties;
- recommande aux parties des mesures incitatives.

4. À partir du 1er octobre 2001, le comité paritaire :

\+ - reçoit des agences la liste des centres de consultation sans rendez-vous qu'elles proposent et qui a été, au préalable, recommandée par le DRMG;
- désigne les centres de consultation sans rendez-vous qui bénéficieront, selon leurs engagements, des mesures incitatives applicables à partir du 1er avril 2002.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mars 2001 et le demeure jusqu'au 1er avril 2002.

AVIS : *Cette lettre d'entente est reconduite jusqu'au renouvellement de l'entente générale par l'*Amendement n^{O} 80.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^{e} jour de septembre 2001.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 108

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 108

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné. Inscrire la* ***période couverte*** *par l'avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cocher la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire :* Lettre d'entente n^{O} 108*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principale se situe dans la région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches et son lieu de résidence est situé à plus de 40 km de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique.

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de 40 km de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{O} 94*.

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

7. Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*
*- sous **quantième** : la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
*- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité :** le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*
La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{O} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^{e} jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 110

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 110

Concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (ÉVAQ).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les conditions de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec.

2. Champ d'application

2.1 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

3.1 Les activités professionnelles visées couvrent l'ensemble des services dispensés par les médecins-escortes, ceux dispensés par les médecins responsables de l'intervention téléphonique ainsi que les activités médico-administratives.

AVIS : *Veuillez utiliser le code d'activité **016045** : Activités d'évacuation aéromédicale.*

4. Banque d'heures allouée

4.1 Est allouée pour la rémunération de l'ensemble des services visés aux présentes une banque de 861 heures par période de vingt-huit (28) jours dont au plus 120 heures peuvent être consacrées à rémunérer des activités autres que celles des médecins-escortes.

Tout dépassement de la banque d'heures allouée doit être soumis et autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

5. Modalités de rémunération

5.1 Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en évacuation aéromédicale dans le département de médecine générale du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, lorsqu'il exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec, est obligatoirement rémunéré selon le mode du tarif horaire.

5.2 Les services dispensés par les médecins-escortes sont rémunérés sur la base des modalités suivantes :

a) les heures de garde assumées par le médecin durant le quart de garde sous sa responsabilité sont rémunérées à tarif horaire;

b) les heures de garde en disponibilité assumées par le médecin avant le début de son quart de garde sont rémunérées à tarif horaire à raison d'une heure par quart de garde quelle que soit la durée du quart de garde;

c) les heures supplémentaires faites en déplacement suite au quart de garde du médecin sont rémunérées à tarif horaire pour la totalité des heures faites en déplacement, le déplacement débutant à l'heure du départ à l'aéroport de Québec et se terminant à l'heure du retour à l'aéroport de Québec.

REMPLACÉE

5.3 Un médecin visé par la présente lettre d'entente peut se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement (temps et transport) prévus aux paragraphes 30.04 à 30.07 inclusivement de l'entente générale s'il remplit les conditions suivantes :

a) à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, son domicile et son lieu principal de pratique se situent dans une région sociosanitaire autre que la région de la Capitale nationale (03) ou que la région de Chaudière-Appalaches (12);

b) il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail dans l'établissement où il exerce de façon régulière;

c) l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire responsable de l'application de l'article 30.00 de l'entente générale relatif au dépannage;

d) il obtient l'autorisation du directeur national d'évacuation aéromédicale du Québec de se prévaloir des dispositions du présent paragraphe. Cette autorisation doit être renouvelée annuellement.

AVIS : *L'établissement doit préciser sur l'avis de service (formulaire n^{O} 3547) si le médecin visé est autorisé à se prévaloir des modalités de l'article 5.3 de la présente lettre d'entente.*

5.4 Une majoration de 8,9 % de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire est accordée pour tous les services dispensés et cela en tout temps.

5.5 Un supplément est accordé pour les services dispensés de 20h00 à 24h00 du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées. Le montant du forfait est de 81,60 $ à compter du 1er avril 2006, de 83,25 $ à compter du 1er avril 2007, de 84,90 $ à compter du 1er avril 2008 et de 86,60 $ à compter du 1er avril 2009. Un seul forfait peut être facturé par jour.

AVIS : *Inscrire sur une demande de paiement n° **1200**, les données suivantes :*

*- la date et le code d'acte **09791**;*
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7) d'un CH visé;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

5.6 Aux fins de l'application de l'annexe IX, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe.

6. Mise en vigueur

La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 100*. Elle entre en vigueur le 1er août 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 188.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^{e} jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

REMPLACÉE

LE - N^{o} 111

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 111

Concernant les modalités de rémunération majorée relatives aux services dispensés de 0 h à 8 h, du lundi au vendredi, à l'exception des journées fériées dans certains services d'urgence de certains établissements.

ATTENDU que le médecin de garde sur place au service d'urgence des établissements énumérés aux présentes est rémunéré selon les modes du tarif horaire ou des honoraires fixes;

ATTENDU que ce médecin bénéficie depuis le 1er janvier 2001 des dispositions de la *Lettre d'entente n^{o} 77* du 19 février 1999 concernant la rémunération majorée pour les services dispensés les samedi, dimanche et journée fériée;

ATTENDU que ce médecin ne peut se prévaloir du forfait de nuit prévu au paragraphe 1.4 du préambule général de l'Entente;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de permettre à ce médecin de bénéficier d'une majoration à sa rémunération pour les services qu'il dispense la nuit au service d'urgence.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Pour les services médicaux dispensés au service d'urgence des établissements énumérés à l'article 3 des présentes, de majorer de 10 % la rémunération versée selon le mode du tarif horaire et de majorer selon les dispositions des trois derniers alinéas du paragraphe 15.05 a) de l'entente générale la rémunération versée selon le mode des honoraires fixes.

2. Cette majoration s'applique du lundi au vendredi, de 0 h à 8 h, à l'exception des jours fériés et n'est payable qu'à un seul médecin de garde sur place au service d'urgence.

AVIS : *- Les heures d'activités donnant droit aux majorations sont les heures réelles consacrées à celles-ci;*
*- Utiliser le secteur de dispensation **12** et les codes d'activité suivants :*
*- **honoraires fixes :** XXX015, XXX030, XXX043, XXX055, XXX063 et XXX132*
*- **tarif horaire :** XXX015, XXX030, XXX043, XXX055, XXX063 et XXX071*

3. Aux fins de l'application des présentes est désigné le service d'urgence des établissements suivants :

Région 06 : Montréal-Centre

- Hôpital du Sacré-Cœur : Pavillon Albert-Prévost
- Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Hôpital Douglas

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 1er juillet 2010 par l'*Amendement n^{o} 113.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29e jour de janvier 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 114

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 114

Concernant la création d'un comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale.

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de bien planifier les effectifs médicaux en médecine générale;

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

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux généraux et la prise en charge de la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Lorsque les travaux portent sur l'organisation des services en médecine générale au sein d'une région spécifique, le chef du département de médecine générale de l'agence concernée, participe également au comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens ainsi que de représentants des établissements qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

2. Le comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale a pour fonction d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, le tout afin d'assurer une accessibilité optimale aux services médicaux en médecine générale de première et deuxième ligne et une prise en charge pour la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille. À cette fin, le comité exerce notamment les attributions suivantes, sur le plan local, régional et provincial :

a) Il évalue les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine;

b) Il identifie les besoins prioritaires en effectifs médicaux en médecine générale de première et de deuxième ligne et définit les objectifs de répartition;

c) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux généraux;

d) Le cas échéant, il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, les plans régionaux d'organisation des services et les plans régionaux des effectifs médicaux relatifs aux services de médecine générale;

e) Il donne son avis sur tout projet concernant la prestation des services médicaux généraux;

3. Dans le cadre de l'exercice de ses attributions, le comité tient compte, notamment, des besoins de la population en matière de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne, des effectifs médicaux disponibles en médecine générale et de leur répartition dans les différentes régions et dans les différents territoires de MRC et communautés urbaines. De plus, il tient compte des prévisions de l'évolution de ces effectifs, des mesures incitatives déjà existantes, des modes d'organisation des services et des masses critiques d'effectifs médicaux nécessaires, sur une base locale et régionale, pour assurer un panier de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne adéquat.

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

a) La révision de certains plans d'organisation d'établissement, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans régionaux d'organisation des services relatifs à la médecine générale;

b) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains territoires de MRC ou communautés urbaines et dans certains établissements insuffisamment pourvus en médecins omnipraticiens;

c) La conclusion d'ententes de services interétablissements;

d) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet de médecins omnipraticiens;

e) Le soutien financier, logistique et informationnel de projets d'organisation de services médicaux généraux de première ligne.

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

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de mars 2002.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 115

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 115

Concernant l'actualisation pour l'année débutant le 1er avril 2001 prévue à l'Accord-cadre ayant pour objet le renouvellement de l'entente générale pour la période débutant le 1er avril 1998 et se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sur la base des données sur la dépense réelle pour l'année 2000-2001, des estimations de la dépense pour l'année 2001-2002 et en escomptant l'augmentation consentie au 1er janvier 2002 par l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale pour la période du 1er avril 1998 au 31 mars 2002, affecter :

1.1 Une somme de 19 M$, sur une base annuelle, aux tarifs des consultations, des examens faits à domicile, de la thérapie psychiatrique de soutien, ainsi qu'à ceux des examens faits en cabinet selon des modalités à convenir par les parties. La majoration des tarifs sera intégrée aux tarifs à partir du 1er décembre 2001 et un montant forfaitaire sera versé aux médecins pour la période du 1er juillet 2001 au 30 novembre 2001 selon des modalités à déterminer par les parties. Le montant forfaitaire n'est pas sujet à l'application des dispositions de l'article 5 de l'annexe IX de l'entente générale.

1.2 Une somme de 0,7 M$, sur une base annuelle, aux tarifs des accouchements qui seront augmentés de 5 % pour les actes 06903 et 06943 et de 50 % pour l'acte 06933. Cette majoration entre en vigueur le 1er juillet 2001 et, pour la période comprise entre le 1er juillet et le 30 novembre 2001, cette majoration n'est pas davantage sujette aux dispositions de l'article 5 de l'annexe IX de l'Entente.

1.3 Une somme de 0,8 M$ aux fins de financer l'exclusion, du calcul du plafond trimestriel, de la rémunération versée pour les services dispensés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée et dans un service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde, quelle que soit la plage horaire en cause. Cette mesure entre en vigueur le 1er décembre 2001.

1.4 Une somme de 5,1 M$, sur une base annuelle, à la bonification de la rémunération versée pour les services dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde. Cette somme se répartit comme suit :

Le tarif de l'examen fait auprès d'un malade inscrit est majoré de 8,5 % lorsqu'il est fait auprès d'une personne âgée de 70 à 79 ans et de 13,5 % lorsqu'il est fait auprès d'une personne âgée de 80 ans et plus. Le tarif de l'examen psychiatrique fait auprès d'un malade inscrit est majoré de 17 % lorsqu'il est fait auprès d'un malade inscrit de moins de 70 ans et de 34 % lorsqu'il est fait auprès d'une personne de 70 ans et plus. Cette mesure coûte annuellement 1,6 M$ et elle entre en vigueur le 1er décembre 2001.

- Le modificateur s'appliquant au tarif des actes faits de 0 h à 8 h dans un établissement visé au paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale, lorsque le médecin opte pour le forfait compensatoire, est augmenté à 90 %. Une somme de 2,3 M$ est affectée annuellement à cette mesure qui entre en vigueur le 1er décembre 2001.
- Le forfait compensatoire prévu au paragraphe 1.4 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale est porté à 500 $. Cette mesure coûte 1,2 M$, sur une base annuelle, et elle entre en vigueur le 1er décembre 2001.

1.5 Une somme de 2 M$, sur une base annuelle, à la révision des conditions de rémunération pour les services dispensés dans les régions 17 et 18. Les parties doivent convenir avant le 1er décembre 2001 de ces modifications par la voie d'une nouvelle entente particulière prévoyant une entrée en vigueur le 1er janvier 2002.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 16 octobre 2001 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de mars 2002.

RÉMY TRUDEL
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 116

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 116

Concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération des médecins qui exercent dans le cadre du Centre médical Acton ou du CLSC La Chênaie.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.0 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services dispensés au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie.

2.0 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.0 Médecins réguliers

3.01 Est considéré comme médecin régulier aux fins de la présente lettre d'entente le médecin dont la pratique en cabinet se situe principalement, c'est-à-dire à plus de 75 % de sa pratique totale en cabinet, au Centre médical Acton.

3.02 La rémunération du médecin régulier provenant de sa pratique auprès du Centre médical Acton ou auprès du CLSC La Chênaie est comptée dans le calcul de son plafond individuel aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale mais n'est pas sujette à la réduction qui y est prévue.

4.0 Engagement individuel

4.01 Est visé par les dispositions du présent article tout médecin qui n'est pas un médecin régulier au sens de la présente lettre d'entente, dont la pratique principale se situe à l'extérieur de la municipalité d'Acton Vale et qui s'engage à assurer pendant deux trimestres l'équivalent d'au moins une (1) journée de services médicaux par semaine au Centre médical Acton soit un total de vingt-deux (22) jours répartis de façon égale sur les deux (2) trimestres couverts par l'engagement. Cet engagement implique que le médecin est sur place au moins sept (7) heures par journée de services médicaux.

4.02 La rémunération des services dispensés par ce médecin au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie n'est pas comptée dans le calcul du plafond individuel du médecin aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale ni sujette à réduction.

\+ **4.03** Un forfait est versé au médecin pour chaque journée de dispensation des services médicaux au Centre médical Acton conformément à son engagement de départ pour un maximum de cinq (5) forfaits par semaine. Le montant du forfait est de 108,75 $ au 1er janvier 2012 et de 113,35 $ au 1er juin 2013.

AVIS : *Veuillez inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200) :*

- *XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;*
- *le code d 'acte* ***19008*** *dans la case* CODE *de la section* Actes;
- *le code d'établissement correspondant au Centre médical Acton :* ***54005****;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires, et reporter ce montant dans la case* TOTAL *.*

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

\+ **4.04** Le non-respect de l'engagement du médecin qui ne peut être pallié par un médecin remplaçant et qui se traduit par une diminution de service au Centre médical Acton pendant une journée d'engagement donne lieu à l'application d'une pénalité au médecin de 108,75 $ au 1er janvier 2012 et de 113,35 $ au 1er juin 2013 et cela pour chaque journée pendant laquelle il ne respecte pas l'engagement de départ et qu'il ne peut être remplacé.

4.05 L'engagement du médecin est renouvelable pour un (1) ou plusieurs trimestres au sens de l'annexe IX de l'entente générale.

5.0 Engagement de groupe

5.01 Est visé par les dispositions du présent article tout médecin qui n'est pas un médecin régulier au sens de la présente lettre d'entente, dont la pratique principale se situe à l'extérieur de la municipalité d'Acton Vale et qui fait partie d'un groupe de médecins qui prend l'engagement d'assurer, au Centre médical Acton, la dispensation de services médicaux à raison de cinq (5) jours par semaine pendant vingt-deux (22) semaines réparties sur deux (2) trimestres. Cet engagement implique la présence sur place d'un médecin pendant au moins sept (7) heures par jour et cela cinq (5) jours par semaine.

5.02 La rémunération des services dispensés par un médecin du groupe au Centre médical Acton ou au CLSC La Chênaie n'est pas comptée dans le calcul du plafond individuel du médecin aux fins de l'application de l'annexe IX de l'entente générale ni sujette à réduction.

\+ **5.03** Un forfait par jour pour un maximum de cinq (5) forfaits par semaine est versé au médecin du groupe responsable durant cette journée de dispensation des services médicaux au Centre médical Acton. Le montant du forfait est de 108,75 $ au 1er janvier 2012 et de 113,35 $ au 1er juin 2013.

AVIS : *Veuillez inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) :*

- *XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;*
- *le code d'acte* ***19008*** *dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *le code d'établissement correspondant au Centre médical Acton :* ***54005****;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires, et reporter ce montant dans la case* TOTAL.

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

\+ **5.04** Le non-respect de l'engagement d'un médecin qui ne peut être pallié par un médecin remplaçant et qui se traduit par une diminution de services au Centre médical Acton pendant une journée où sa présence était requise donne lieu à l'application d'une pénalité au médecin en faute de 108,75 $ par jour au 1er janvier 2012 et de 113,35 $ par jour au 1er juin 2013 et cela pour chaque journée pendant laquelle il ne respecte pas l'engagement de départ et qu'il ne peut être remplacé.

5.05 L'engagement du groupe de médecins peut être renouvelé pour un ou plusieurs trimestres au sens de l'annexe IX de l'entente générale même si les médecins qui assurent la continuité ne font pas tous partie du groupe de départ.

5.06 Un médecin qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut se prévaloir, pendant la période de l'engagement, des dispositions de l'article 4.00.

6.0 Médecin retraité

6.01 Un médecin qui s'est prévalu des dispositions du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté peut être autorisé, malgré les dispositions de la *Lettre d'entente n^{O} 94*, à exercer au Centre médical Acton.

AVIS : *L'établissement doit informer la Régie de l'assurance maladie du nom du médecin en utilisant le formulaire* Avis de service - Rémunération au tarif horaire, au *per diem*, à la vacation et à l'acte *(n^{O} 3547); indiquer la période de nomination et, inscrire dans la section* Situation d'entente *qu'il s'agit de la* Lettre d'entente n^{O} 116*. Aucune heure ne doit être précisée puisque le médecin se prévaut du mode de l'acte au Centre médical Acton.*

6.02 Ce médecin est rémunéré selon le mode de l'acte lorsqu'il exerce au Centre médical Acton. Il ne peut se prévaloir des dispositions de l'article 4.00 et du paragraphe 5.03 des présentes.

7.0 Autres modalités de rémunération

7.01 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'un des articles 4.00, 5.00 ou 6.00 et dont le lieu de pratique principale ou le lieu de résidence dans le cas du médecin retraité se situe à plus de vingt-cinq (25) kilomètres d'Acton Vale peut se prévaloir des dispositions suivantes :

- Le temps de déplacement du lieu principal de pratique ou, le cas échéant, du domicile au Centre médical Acton est compensé sur la base du tarif horaire selon les dispositions de la partie II de l'annexe XIV de l'entente générale;

AVIS : *Voir les modalités de facturation sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *section 4.6.5, annexe V « Remboursement des frais de déplacement » du* Manuel des médecins omnipraticiens*.*
Le temps de déplacement se calcule comme suit : Kilométrage total (aller-retour) divisé par 80 km/heure

- La compensation versée en vertu de l'alinéa précédent n'est pas considérée aux fins d'application des annexes IX et XIV de l'entente générale;

- Les frais de transport sont remboursés selon les dispositions prévues à l'alinéa a) du paragraphe 30.05 de l'entente générale.

8.0 Modalités de fonctionnement

8.01 Les médecins du Centre médical Acton confient à un des leurs la responsabilité de l'application de la présente lettre d'entente en regard des points suivants :

- Recevoir la demande de tout médecin ou tout groupe de médecins intéressé à se prévaloir des dispositions de l'article 4.00, 5.00 ou 6.00 des présentes;
- Préciser et convenir, par écrit, de l'engagement du médecin ou du groupe de médecins;
- Informer le comité paritaire, prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, du nom du médecin ou des médecins concernés et de la période couverte par l'engagement;
- Transmettre au comité la liste de garde pour la période couverte par l'engagement et toute modification à cette liste de garde;
- Informer le comité du nom des médecins dont la demande n'aura pas été agréée par les médecins du Centre médical Acton;
- Au plus tard un mois suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale, informer le comité de tout non-respect de l'engagement et cela pour chacune des journées pour lesquelles il y aura eu manquement à l'engagement. Le comité doit être informé du nom du médecin en cause ainsi que de la journée pendant laquelle il y aura eu non-respect de l'engagement.

8.02 Le comité paritaire transmet à la Régie le nom des médecins qui se prévalent des dispositions de la présente lettre d'entente.

8.03 Il transmet également le nom du médecin qui ne respecte pas son engagement ainsi que la date des journées au cours desquelles le médecin n'a pas respecté son engagement au plus tard six (6) semaines suivant la fin du trimestre au sens de l'annexe IX de l'entente générale.

9.0 Mise en vigueur

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mars 2002 sauf pour son article 3.00 qui entre en vigueur le 1er décembre 2001. Elle demeure en vigueur jusqu'au 31 août 2003.

AVIS : *À compter du 31 août 2004 seuls les médecins qui se prévalaient de cette lettre d'entente à cette date peuvent encore être rémunéré selon les dispositions. Cette autorisation est accordée et prolongée pour une période indéterminée jusqu'au renouvellement de l'Entente.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 118

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 118

Concernant certains engagements relatifs à l'entente particulière prévoyant la détermination des conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

AVIS : *Cette lettre d'entente est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 167 *à partir du 1er juin 2003.*

LE - N^{o} 120

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 120

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Jonquière par les médecins de l'établissement.

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier Jonquière est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

Considérant que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30% des services dispensés au service d'urgence;

Considérant que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient un nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence.

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite.

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200. ***Ajouter le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

*Veuillez utiliser la demande de paiement n° **1215** ou n° **1216** et les **codes d'activité** suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- # ***XXX071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH**, seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

*et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :*

- *12 : samedi, dimanche et jour férié*
- *12 : en semaine, de 20 h à 8 h*
- *07 : en semaine, de 8 h à 20 h*

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence.

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application du paragraphe 4.02 et 5.00.

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

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

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et se termine le 1er septembre 2003.

\+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 121

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 121

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre Maria-Chapdelaine par les médecins de l'établissement.

Considérant que l'activité principale du Centre Maria-Chapdelaine est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

Considérant que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence;

Considérant que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient un nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 Sous réserve du paragraphe 3.03 des présentes, la période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois . Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulé, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective;

3.04 La période d'engagement débute le 1er juillet 2002.

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : **- *Rémunération à l'acte*** *: Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200. ***Ajouter le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- *Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire* *: Veuillez utiliser la demande de paiement n^{O}* ***1215*** *ou n^{O}* ***1216*** *et les* ***codes d'activité*** *suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*

\# - ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (****TH****, seulement)*

- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et les ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

- 12 : samedi, dimanche et jour férié
- 12 : en semaine, de 20 h à 8 h
- 07 : en semaine, de 8 h à 20 h

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie de la date de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence.

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01.

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire de la date de fin de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

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

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et se termine le 1er septembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 122

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 122

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier de Val-d'or par les médecins de l'établissement.

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier de Val-d'or est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

Considérant que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence;

Considérant que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient un nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 Sous réserve du paragraphe 3.03 des présentes,la période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite.

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200. ***Ajouter le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

*Veuillez utiliser la demande de paiement n° **1215** ou n° **1216** et les **codes d'activité** suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- # ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH**, seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

*et les **codes de secteurs de dispensation** suivants :*

- *12 : samedi, dimanche et jour férié*
- *12 : en semaine, de 20 h à 8 h*
- *07 : en semaine, de 8 h à 20 h*

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie de la date de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence.

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01.

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire de la date de fin de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

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

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et se termine le 1er septembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 123

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 123

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier régional Baie-Comeau par les médecins de l'établissement.

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier régional Baie-Comeau est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

Considérant que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence;

Considérant que l'établissement devra grandement faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient un nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination dans l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 Sous réserve du paragraphe 3.03 des présentes, la période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée;

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective;

3.04 La période d'engagement débute le 1er juillet 2002.

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200. ***Ajouter le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire : *Veuillez utiliser la demande de paiement n^{O}* ***1215*** *ou n^{O}* ***1216*** *et les* ***codes d'activité*** *suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- # ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (****TH****, seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et les ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

- *12 : samedi, dimanche et jour férié*
- *12 : en semaine, de 20 h à 8 h*
- *07 : en semaine, de 8 h à 20 h*

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie de la date de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01.

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire de la date de fin de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

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

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et se termine le 1er septembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de mars 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 124

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 124

Concernant l'apport des médecins résidents avec permis de pratique aux services d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie et du Centre hospitalier Jonquière.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

1.01 Un médecin résident peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il détient un permis de pratique du Collège des médecins du Québec;

1.02 Seuls les services dispensés auprès du service d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie ou du Centre hospitalier Jonquière sont visés aux fins des présentes;

1.03 La liste des médecins admissibles aux dispositions de la présente lettre d'entente apparaît en annexe.

AVIS : *Les médecins visés par la présente lettre d'entente ne peuvent se prévaloir des modalités de rémunération prévues aux* Lettres d'entente n^{os} 120 ou 129*.*

2.00 Modalités de rémunération

2.01 Le médecin visé aux présentes est dépêché auprès des établissements concernés par la présente lettre d'entente dans le cadre de l'article 30.00 relatif au mécanisme de dépannage de l'entente générale;

2.02 Les dispositions s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions apparaissant au paragraphe suivant;

2.03 Malgré les dispositions du paragraphe 1.01 de l'annexe XVIII et pour la durée de la présente lettre d'entente, le médecin visé aux présentes peut opter, pour les services dispensés au service d'urgence, pour le mode, ou l'un des modes de rémunération en vigueur dans le service d'urgence de l'établissement ou pour le mode du tarif horaire.

AVIS : *- Pour les modalités de facturation, voir les AVIS à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII, sous l'onglet* ENTENTE*.*
- Pour le remboursement des frais de déplacement, voir la partie 4.6.5 sous l'onglet Rédaction de la demande de paiement *du* Manuel des médecins omnipraticiens*.*

3.00 Dispositions particulières

3.01 Pour la durée de la présente lettre d'entente, la cotisation versée par le médecin au Collège des médecins du Québec lui est remboursée, sur pièce justificative, par la RAMQ;

3.02 Malgré les dispositions de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle et pour la durée de la présente lettre d'entente, le Ministère s'engage à assumer la totalité de la prime d'assurance responsabilité professionnelle payée par le médecin. La RAMQ rembourse au médecin, sur pièce justificative, ladite prime.

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 19 juillet 2002 et se termine le 19 octobre 2002.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 125

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 125

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la* ***période couverte*** *par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{o} 125*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire de Québec et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{o} 94*.

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

7. Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*
*- sous **quantième :** la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération :** le mode TH;*
*- sous **plage horaire :** la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité :** le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur disp. :** ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées :** le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées :** le total des heures de déplacement.*
La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{o} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 126

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 126

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la* ***période couverte*** *par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{o} 126*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{O} 94*.

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

7. Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*
- sous ***quantième :*** *la journée du déplacement;*
- sous ***mode de rémunération :*** *le mode TH;*
- sous ***plage horaire :*** *la ou les plages horaires concernées;*
- sous ***code d'activité :*** *le code* **002092** *(temps de déplacement);*
- sous ***secteur disp. :*** *ne rien inscrire;*
- sous ***heures travaillées :*** *le nombre d'heures de déplacement;*
- sous ***total des heures travaillées :*** *le total des heures de déplacement.*
La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{O} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 127

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 127

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la* ***période couverte*** *par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{o} 127*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire de Mauricie et Centre-du-Québec et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{o} 94*.

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

7. Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*
*- sous **quantième :** la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération :** le mode TH;*
*- sous **plage horaire :** la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité :** le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur disp. :** ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées :** le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées :** le total des heures de déplacement.*
La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{o} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 128

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 128

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier régional de Sept-Îles par les médecins de l'établissement.

Considérant que l'activité principale du Centre hospitalier régional de Sept-Îles est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

Considérant que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

Considérant que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient un nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée;

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite;

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :*** *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200. ***Ajouter le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire : *Utiliser la demande de paiement n^{O}* ***1215*** *ou n^{O}* ***1216*** *et les* ***codes d'activité*** *suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*

\# - ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (****TH****, seulement)*

- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et les ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

- 12 : samedi, dimanche et jour férié
- 12 : en semaine, de 20 h à 8 h
- 07 : en semaine, de 8 h à 20 h

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie de la date de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01.

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

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

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002 et se termine le 1er septembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 129

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 129

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

CONSIDÉRANT que l'établissement a convenu d'une entente de parrainage avec un autre établissement selon les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle peut être prolongée pour deux autres périodes de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite;

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

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

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200. ***Ajouter le 15 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire : *Veuillez utiliser la demande de paiement n^{O}* ***1215*** *ou n^{O}* ***1216*** *et les* ***codes d'activité*** *suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***XXX063*** *Garde sur place*

\# - ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH**, seulement)*

- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et les ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

- 12 : samedi, dimanche et jour férié
- 12 : en semaine, de 20 h à 8 h
- 07 : en semaine, de 8 h à 20 h

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

5.02 Le médecin qui, pendant la période d'application de la présente lettre d'entente exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 % s'il respecte les conditions suivantes:

- Il s'engage, par écrit, pour une période de trois mois, à assumer un nombre déterminé de garde;
- Il respecte cet engagement pour l'ensemble de la période de trois mois.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :*** *Voir l'AVIS sous 4.02.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie de la date de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence.

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01.

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire de la date de fin de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

d) Il forme le comité paritaire du nom du médecin dépanneur visé par le paragraphe 5.02 et, le cas échéant, du non-respect de l'engagement pris par ce denier.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2002, sauf pour son paragraphe 5.02 qui entre en vigueur le 25 novembre 2002 et se termine le 31 décembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^{e} jour de janvier 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 130 ET L'ANNEXE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 130

Concernant l'expérimentation de certaines modalités d'exercice et de rémunération des services dispensés dans le cadre d'une entente de parrainage entre les services d'urgence de deux ou de plusieurs établissements.

CONSIDÉRANT que les établissements désignés aux fins des présentes ont convenu d'une entente de services selon les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter, dans le cadre d'une entente de services convenue entre un établissement ou plus d'un établissement en pénurie d'effectifs médicaux (ci-après nommé établissement parrainé) et un ou plusieurs établissements (ci-après nommé établissement parrain), certaines modalités de rémunération des services dispensés au service d'urgence de l'établissement parrainé par les médecins de l'établissement parrain.

\+ Une telle entente peut aussi être conclue entre deux installations du même établissement lorsque chaque installation dessert un réseau local de services distinct.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité

3.01 Un établissement ne peut être désigné comme établissement parrainé que s'il adhère à une lettre d'entente visant, au plan de la rémunération, la reconnaissance de la prestation supplémentaire de ses médecins à son service d'urgence;

3.02 Un établissement peut être désigné comme établissement parrain s'il répond aux conditions suivantes :

- l'entente de services convenue entre l'établissement parrainé et l'établissement parrain est agréée par la majorité des médecins qui exercent au service d'urgence de l'établissement parrain;
- l'entente de parrainage n'entraîne pas de diminution de la prestation des services d'urgence de l'établissement parrain;
- l'établissement ne fait pas appel au dépannage.

3.03 L'annexe aux présentes fait état, pour chaque entente de parrainage, de la désignation de l'établissement parrainé et de l'établissement parrain, du nombre minimal de gardes que chaque établissement parrain s'engage à assumer ainsi que de la période d'application;

3.04 Dans le cas où un parrainage implique plus d'un établissement parrain, le nombre de gardes qui apparaît en annexe est le nombre total auquel s'engagent ensemble les médecins des établissements. Toutefois, les articles 4.00 et 5.00 des présentes s'appliquent, de façon distincte, pour les médecins de chacun des services d'urgence des établissements impliqués;

3.05 La désignation des établissements se fait par accord des parties sur recommandation du comité paritaire prévu au paragraphe 6.02 des présentes.

4.00 Engagement

4.01 Les médecins du service d'urgence de l'établissement parrain s'engagent à assumer un nombre minimal de gardes par mois à l'établissement parrainé pendant un an. Cet engagement représente une prestation de services supplémentaires pour ces médecins. Également cet engagement peut être révisé après six mois d'application de la présente entente. Il ne peut être prolongé à moins d'accord des parties;

4.02 Un médecin de l'établissement parrain est désigné comme coordonnateur du parrainage;

4.03 Pendant une phase de démarrage d'au plus deux mois précédant le début de la période d'application, les dispositions de l'article 5.00 s'appliquent à l'exception du paragraphe 5.05;

4.04 Sur approbation du comité paritaire, cet engagement peut être révisé à la baisse eu égard au nombre minimal de gardes à assumer, ou annulé, s'il s'avère que la disponibilité des effectifs médicaux pour le service d'urgence de l'établissement parrainé augmente ou que les effectifs médicaux du service d'urgence de l'établissement parrain diminuent de façon significative. L'établissement parrain doit en aviser l'établissement parrainé au moins un mois à l'avance.

Le comité paritaire peut également réviser à la baisse ledit engagement pour tout motif qu'il juge satisfaisant.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Sous réserve des paragraphes suivants, les dispositions s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au médecin de l'établissement parrain lorsqu'il exerce au service d'urgence de l'établissement parrainé;

5.02 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement parrainé par un médecin du service d'urgence de l'établissement parrain est majorée d'un pourcentage de 15 % applicable sur le tarif de base;

+ **5.03** Pour chaque garde régulière assumée au service d'urgence de l'établissement parrainé par un médecin de l'établissement parrain, une prime de 164 $ au 1er janvier 2012 et de 171 $ au 1er juin 2013 est accordée à l'ensemble des médecins du service d'urgence de l'établissement parrain. Cette prime n'est pas sujette à l'application de l'annexe XII;

5.04 Les médecins du service d'urgence décident du mode de répartition entre eux des primes accordées en vertu du paragraphe précédent. Le coordonnateur transmet, à tous les mois, au comité paritaire, le nom des médecins et les montants alloués à chacun selon le mode de répartition retenu;

5.05 L'engagement des médecins de l'établissement parrain relatif au nombre minimal de gardes doit être respecté pour chacun des mois de la période d'application d'un an de la présente lettre d'entente. Le non-respect de cet engagement, pour un mois donné, entraîne, pour ce mois, l'annulation des dispositions prévues au paragraphe 5.03 à moins d'exemption accordée par le comité paritaire;

+ **5.06** Un forfait de 4 350 $ au 1er janvier 2012 et de 4 530 $ au 1er juin 2013 est versé au médecin coordonnateur pour la rémunération de l'ensemble des activités réalisées dans le cadre de l'élaboration de l'entente de services entre les établissements concernés, de sa mise en place ainsi que de son application. Dans le cas où une entente de parrainage implique plus d'un établissement parrain, ce forfait peut être réparti entre plusieurs coordonnateurs. Un des établissements parrains en informe le comité paritaire et lui transmet le nom des médecins concernés ainsi que le montant qui est alloué à chacun

+ **5.07** Une somme de 3 000 $ du forfait prévu au paragraphe précédent est versée au début de la période d'engagement et la somme résiduelle de 1 350 $ au 1er janvier 2012 et de 1 530 $ au 1er juin 2013 est versée au début de la deuxième période de six mois de la période d'engagement.

AVIS : L*e médecin n'a pas à facturer la Régie pour le paiement des primes et le forfait du médecin coordonnateur. Le comité paritaire avise la Régie quant aux montants à verser.*

6.00 Modalités de fonctionnement

6.01 Le coordonnateur du parrainage est responsable, notamment :

- de transmettre au comité paritaire la liste des médecins du service d'urgence de l'établissement parrain qui acceptent d'assumer des gardes à l'établissement parrainé;
- de transmettre les informations requises pour l'application, s'il y a lieu, des dispositions des paragraphes 5.04 et 5.06;
- d'aviser le comité paritaire de toute difficulté relative à la réalisation de l'entente de parrainage;

6.02 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

- il transmet à la Régie toutes les informations requises pour l'application des dispositions de la présente lettre d'entente;
- s'il y a lieu, il informe la Régie du non-respect, pour un mois donné, de l'engagement;
- il informe la Régie, le cas échéant, du retrait de la désignation de l'établissement parrain de la présente lettre d'entente;
- il est responsable du suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties le cas échéant.

7.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2002 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^{e} jour de janvier 2003.

FRANÇOIS LEGAULT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ANNEXE 1 *(Lettre d'entente n^{O} 130)*

Établissement parrain	Établissement parrainé	Nombre minimal de garde	Période d'application
CH de Lévis et CH de Montmagny	CH St-Georges de Beauce	12	01-05-2004 au 31-01-2005

AVIS : *La présente annexe est modifiée par l'*Accord n^{O} 542.

LE - N^{o} 131

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 131

Concernant le programme de ressourcement en médecine hospitalière, urgence et courte durée, d'une région en pénurie d'effectifs médicaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'application

\+ **1.01** Les dispositions de la présente lettre d'entente s'appliquent aux installations d'une région en pénurie d'effectifs médicaux désignée par le comité paritaire;

1.02 Le département régional de médecine générale (DRMG) doit élaborer son programme de ressourcement. Ce programme de ressourcement doit :

- Tenir compte de l'accréditation des milieux de stages par le Collège des médecins du Québec et, en accord avec ce dernier, déterminer le mode de sélection des maîtres de stages;

\+ - Désigner les installations en grave pénurie d'effectifs médicaux où le médecin inscrit au programme de ressourcement pourra effectuer les gardes ou dispenser les services dans une unité de soins de courte durée selon l'engagement pris en vertu de la présente lettre d'entente;

- Être approuvé par le comité paritaire;

\+ - Déterminer les termes de l'engagement attendu du médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente quant aux services à dispenser dans le service d'urgence ou à l'unité de soins de courte durée de l'installation désignée.

1.03 Sauf sur dérogation du comité paritaire, est admissible à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente le médecin qui :

- Est en pratique depuis plus de quatre ans;

- N'a pas pratiqué dans un service d'urgence ou dans une unité de soins de courte durée d'un centre hospitalier, de façon significative, depuis plus de quatre ans. N'est pas considérée comme une pratique dans un service d'urgence, une pratique limitée au service d'urgence mineure d'un établissement;

\+ - S'inscrit dans le programme de ressourcement du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux;

- Répond aux exigences du Collège des médecins du Québec;

\+ - S'engage à répondre aux attentes déterminées par l'établissement, par son DRMG, quant aux services à dispenser au service d'urgence ou dans l'unité de soins de courte durée de l'installation désignée;

- Complète ses stages sur une période ne dépassant pas trois (3) mois, sauf sur approbation du comité paritaire.

2.00 Allocations compensatoires

2.01 Le médecin en stage de ressourcement reçoit une allocation forfaitaire quotidienne de 652,60 $ au 1er janvier 2012 et de 680,30 $ au 1er juin 2013 pour une période de formation de huit (8) heures. L'allocation forfaitaire quotidienne est de 326,30 $ au 1er janvier 2012 et de 340,15 $ au 1er juin 2013 pour une période de formation de quatre (4) heures.

\# ***AVIS :*** *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) en y inscrivant les données suivantes dans les cases appropriées :*
- *le code XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- *le code d'acte* ***19020*** *(stage de ressourcement pour une période de formation de* ***8 heures****) ou;*
- *le code d'acte* ***19021*** *(stage de ressourcement pour une période de* ***4 heures****) dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *ne* ***rien*** *inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *le code d'installation;*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL *(non soumis à la rémunération différente).*

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

2.02 Il ne peut recevoir, pour la journée pendant laquelle il se prévaut de l'allocation forfaitaire, aucune autre rémunération pour les services dispensés dans le service d'urgence ou dans l'unité de soins de courte durée où il effectue son stage;

2.03 Pour le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet, une allocation supplémentaire de 188 $ au 1er avril 2011 et de 198 $ au 1er janvier 2012 par journée de stage ou de 94 $ au 1er avril 2011 et de 99 $ au 1er janvier 2012 par demi-journée de stage, est accordée pour compenser les frais de cabinet lorsque la journée de formation ou la demi-journée selon le cas, a lieu une journée pendant laquelle il aurait exercé en cabinet.

AVIS : *Pour facturer une allocation supplémentaire de :*
*- 198 $ par journée de stage (code **19020**), inscrire le modificateur **152** dans la case* MOD
*- 99 $ par demi-journée de stage (code **19021**), inscrire le modificateur **153** dans la case* MOD

+ **2.04** Les dispositions relatives à la compensation du temps de déplacement et du remboursement des frais de déplacement s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au médecin en stage de ressourcement visé aux présentes et, s'il y a lieu, au médecin maître de stages. Les frais de séjour sont à la charge de l'installation désignée;

AVIS : *Voir les modalités de facturation sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *section 4.6.5, annexe V « Remboursement des frais de déplacement » du* Manuel des médecins omnipraticiens.

2.05 La participation aux séances de formation en ATLS, APLS et ACLS est admissible aux dispositions de la présente entente;

2.06 Les dispositions du paragraphe 1.1.3 du préambule général de l'annexe V s'appliquent au médecin maître de stages;

2.07 Aux fins de l'annexe IX, les allocations versées en vertu des présentes sont considérées comme une rémunération versée pour des services dispensés dans un service d'urgence ou, selon le cas, dans une unité de soins de courte durée;

2.08 Le médecin qui se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente ne peut se prévaloir des dispositions de l'annexe XIX relative au programme de formation continue pour les mêmes journées de formation ni, le cas échéant, de celles relatives au ressourcement prévues à l'annexe XII.

3.00 Procédures

+ **3.01** L'établissement assume les fonctions suivantes :

- Elle soumet, pour approbation, son programme de ressourcement au comité paritaire;

+ - Elle transmet au comité paritaire le nom du médecin qui s'inscrit au programme de ressourcement, le nombre de journées de stages prévu ainsi que le nom du ou des médecins maîtres de stages et le nom des installations identifiées comme lieux de formation;

- Elle établit les liens avec le Collège des médecins du Québec responsable de déterminer le nombre de journées de stages requis pour chaque médecin, les critères de sélection des maîtres de stages et des lieux de stages;

- Elle s'assure du bon déroulement du stage de ressourcement;

+ - Elle s'assure du respect de l'engagement du médecin quant aux services à dispenser dans le service d'urgence ou, selon le cas, dans l'unité de soins de courte durée, de l'installation désignée;

3.02 Le comité paritaire assume les fonctions suivantes :

+ - Il approuve le programme de ressourcement de l'établissement;

- Il transmet à la Régie le nom des médecins visés par la présente lettre d'entente;

- Il évalue l'efficacité du programme de ressourcement après un an de fonctionnement.

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 132

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 132

+ **Concernant certaines modalités de rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intrarégionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'une installation désignée.**

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

+ **1.01** La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services de garde d'un service d'urgence de première ligne d'une installation dans le cadre d'une prise en charge de la couverture complète de ces services par un groupe de médecins.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

+ **3.00 Désignation des installations**

+ **3.01** Peut être désignée, sur recommandation du département régional de médecine générale, dans le cadre de l'expérimentation des modalités de rémunération prévues aux présentes, l'installation doit faire partie d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et remplir, à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, les conditions suivantes :

+ a) Ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie relativement aux effectifs requis en se basant, notamment, sur l'historique de l'installation quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins qui y exercent;

b) Le temps de déplacement pour se rendre au service d'urgence le plus rapproché est de plus de quarante-cinq (45) minutes;

+ c) Elle est située dans un territoire désigné par arrêté du Ministre conformément au 3^{e} alinéa de l'article 19 de la Loi;

+ d) Elle est désignée dans le cadre d'une lettre d'entente concernant des modalités spécifiques de compensation de temps de déplacement dans le cadre de la desserte d'une installation désignée par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région sociosanitaire;

+ **3.02** L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente lettre d'entente.

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente lettre d'entente est disponible sur notre site Web au* www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

4.00 Conditions d'application

+ **4.01** Pour chaque installation désignée, le département régional de médecine générale, en collaboration avec les installations concernées, forme un groupe de médecins qui s'engagent à couvrir l'ensemble des quarts de garde au service d'urgence de l'installation désignée;

4.02 Peut faire partie du groupe de médecins prévu au paragraphe précédent :

+ a) tout médecin de l'installation désignée;

+ b) tout médecin exerçant dans la région de l'installation désignée et détenant une nomination dans une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

+ c) tout médecin qui exerce dans une autre région que celle de l'installation désignée et détenant une nomination d'une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

d) Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale peut être admissible à faire partie du groupe. Il est alors réputé être un médecin hors région visé à l'article 7.00 des présentes;

4.03 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente que s'il fait partie du groupe de médecins qui, collectivement, prend l'engagement décrit à l'article 5.00 des présentes;

\+ **4.04** À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du dépannage, ne peut faire partie du groupe de médecins, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'une installation autre que celle désignée aux fins des présentes si cette installation doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

5.00 Engagement

\+ **5.01** Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'installation, prend l'engagement de couvrir la totalité des quarts de garde au service d'urgence de l'installation pendant une période d'au moins trois (3) mois. Par la suite, cet engagement est renouvelable sur autorisation du comité paritaire;

5.02 Chaque médecin faisant partie du groupe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef du groupe désigné selon l'article 9.00 des présentes;

5.03 La garde peut être assurée sur place ou en disponibilité en conformité avec les modalités de garde déterminées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou le chef du service médical ou par celui qui en assume les fonctions.

\+ **5.04** Nonobstant l'engagement du groupe de médecins formé au début d'une période de désignation à cette lettre d'entente, lorsque des événements imprévus surviennent durant une période de désignation et modifient de façon significative la capacité des médecins de l'installation à assurer les services, alors exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, des médecins qui n'en faisaient pas partie au départ peuvent alors s'ajouter au groupe qui prend l'engagement et ainsi se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

6.00 Médecin de la région

\+ **6.01** Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'installation désignée, le médecin visé au paragraphe 4.02 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'installation désignée;

\# ***AVIS :*** *Un formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) ou* Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) doit être transmis à la Régie seulement dans les cas où la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes prévaut dans l'installation. La situation d'entente* Lettre d'entente n^{O} 132 *doit être sélectionnée sur l'avis de service.*

6.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 4.02 b) se fait selon les modalités de la lettre d'entente citée au paragraphe 3.01 d) des présentes.

\# ***AVIS :*** *L'établissement doit transmettre à la Régie un formulaire 3547 pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement rémunéré à tarif horaire (code d'activité* ***002092****) prévu à la lettre d'entente concernant la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région sociosanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées. Sélectionner la situation d'entente* Lettre d'entente n^{O} 285 *et inscrire la période couverte par l'avis de service (la période de validité ne doit pas dépasser la période de désignation de l'installation à la* LE n^{O} 285*).*

7.00 Médecin hors région

7.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 4.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

7.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause;

Exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé à effectuer moins de six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques de dépannage mais qui, en raison d'absence imprévue d'un médecin visé à l'alinéa ci-dessus, effectue au moins six (6) quarts de garde ou quarante-huit (48) heures de services cliniques peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

\+ **7.03** Chaque déplacement de ce médecin, dans le cadre des services dispensés auprès de l'installation désignée aux fins des présentes, doit donner lieu à au moins deux quarts de garde sauf si ce médecin a son lieu de pratique principale, ou son lieu de résidence s'il s'agit d'un médecin à la retraite, à moins de 75 kilomètres de l'installation. Toutefois, le comité paritaire peut accepter de réduire cette exigence d'un minimum de quarts de garde par déplacement sur la base de la distance à parcourir par le médecin.

8.00 Modalités spécifiques de rémunération

+ **8.01** La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'installation désignée, par un médecin faisant partie du groupe de médecins, est majorée d'un pourcentage de 10 % applicable sur le tarif de base. Le taux de majoration est de 12,8 % pour le médecin rémunéré à honoraires fixes pendant une période régulière d'activités et de 12 % pendant une période de garde;

AVIS : ***Rémunération à l'acte*** *: Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et facturer vos services en* ***ajoutant le 10 %*** *à vos honoraires.* ***Aucun modificateur n'est requis.***

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire *: Utiliser les codes d'activité et le secteur de dispensation appropriés :*

Codes d'activité :
- ***075015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***075030*** *Services cliniques*
- ***075063*** *Garde sur place*
- ***075071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures (TH seulement)*
- ***075081*** *Garde en disponibilité (voir NOTE plus bas pour utilisation)*
- ***075098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***075132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (HF seulement)*

Codes de secteurs de dispensation :

Jours concernés	***Heures concernées***	***Secteur dispensation***	
		à partir du 1er juillet 2010	*jusqu'au 30 juin 2010*
Tous les jours de la semaine	*0 h à 8 h*	***41***	*12*
Samedi, dimanche ou jour férié	*8 h à 24 h*	***40***	*12*
Lundi au jeudi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***38***	*07*
Vendredi à l'exception d'un jour férié	*20 h à 24 h*	***39***	*07*
Lundi au vendredi à l'exception d'un jour férié	*8 h à 20 h*	***37***	*07*

NOTE : ***Pour la garde en disponibilité (075081)*** *: Les professionnels couverts par les ententes particulières du Grand-Nord ou Centre de santé Chibougamau,* ***sont les seuls*** *pour qui la facturation à honoraires fixes et à tarif horaire est permise* ***mais elle ne peut être majorée selon l'annexe XX****. Cependant, pour obtenir la majoration prévue au paragraphe 8.01, vous devez utiliser les secteurs de dispensation selon les plages horaires décrites ci-haut. Pour les autres situations, la garde en disponibilité doit être facturée à l'acte tel qu'il est prévu dans les documents d'entente.*

+ **8.02** Si l'engagement du groupe de médecins, pour un mois donné, est respecté et qu'en conséquence l'installation n'a pas eu à faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties et qu'il n'y a pas eu de rupture de services, un forfait de quart de garde de huit (8) heures est versé au médecin du groupe qui a assumé ce quart de garde. Ce forfait est de 59,60 $ au 1er janvier 2012 et de 62 $ au 1er juin 2013. Le forfait est divisible en heures;

\# ***AVIS :*** *Inscrire les données suivantes sur votre* Demande de paiement - Médecin *(1200) :*

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

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

IMPORTANT : *La majoration prévue au paragraphe 8.01* ***ne s'applique pas au forfait codé 19022****. De plus, aucun modificateur ne doit être inscrit pour ce forfait.*

+ **8.03** Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins n'est pas respecté et que l'installation doit faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties, ou qu'il y a eu rupture de services, le forfait prévu au paragraphe précédent n'est pas versé pour aucun des quarts de garde effectués pendant le mois en cause.

9.00 Modalités de fonctionnement

+ **9.01** Le département régional de médecine générale concernée est responsable de :

+ a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 4.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'installation où ils exercent de façon régulière;

b) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins ainsi que de son renouvellement;

+ c) désigne le chef du service d'urgence de l'installation désignée comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

+ **9.02** L'installation informe le département régional de médecine générale de toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin dans le cadre du mécanisme de dépannage qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes. Le département régional de médecine générale en informe le comité paritaire.

9.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 8.03 des présentes;

c) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

10.00 Entrée en vigueur et durée

10.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 avril 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE N^{o} 132 - ANNEXE

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{O} 132)*

+ **Liste des installations désignées aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n^{O} 132* relative à la rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intrarégionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'un établissement désigné.**

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente lettre d'entente est disponible sur notre site Web au* www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

LE - N^{o} 133

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 133

Concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une pénurie d'effectifs lors de la période comprise entre le 15 juin 2003 et 6 septembre 2003.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins quittent le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, qu'en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quart de garde requis;

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

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées:

- Le médecin doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre(4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Le médecin doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du dimanche au samedi suivant, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) d'assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements qu'à condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

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

5.02 Un forfait au montant de 2 500 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 500 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Remplir le formulaire* Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) de la façon suivante :*
- *Dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*, inscrire XXXX01010112;*
- *Dans la case* Actes*, inscrire le code* ***19041*** *(montant de 2 500 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 500 $), soumis à la rémunération différente;*
- *La date de service correspondant au dernier jour de dispensation de la semaine de disponibilité;*
- *Le code de localité de son lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 1er mai 2003, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement après le 15 mai 2003 ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 1 750 $ pour chaque semaine d'engagement.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 31 mai 2003, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine (s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec la régie concernée et tenant compte des besoins des établissements, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le1^{er} mars 2003 et se termine le 7 septembre 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 134

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 134

Concernant certaines applications découlant du Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La révision de la nomenclature des actes et la majoration de certains tarifs applicables dans le service d'urgence d'un CHSGS ou d'un CLSC au réseau de garde tel que prévu au deuxième alinéa du paragraphe 8.00 du protocole ci-haut mentionné prennent effet le 15 mars 2003.

2. Les modifications de l'entente particulière relative à l'unité de soins coronariens ou intensifs d'un CHSGS découlant du paragraphe 8.06 du protocole ci-haut mentionné prennent effet le 1er avril 2003.

3. Pour la période du 1er janvier au 14 mars 2003 en ce qui concerne le service d'urgence et du 1er janvier au 31 mars 2003 en ce qui concerne l'entente particulière relative à l'unité de soins intensifs ou coronariens, un forfait équivalant à la majoration est accordé. Le montant de ce forfait est déterminé selon des modalités à convenir par les parties.

4. Cette lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de juin 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 135

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 135

Concernant certaines dispositions relatives à l'application de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables et de l'entente particulière relative à certaines conditions de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet de rendre applicables les dispositions de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille et la détermination des modalités de cette application.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Application de l'entente particulière provisoire relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables

3.01 Malgré le second alinéa du paragraphe 2 de l'annexe I du protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002, un médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille peut se prévaloir des dispositions de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables, de l'entente particulière provisoire, et lorsque convenue, de l'entente particulière relative à ce protocole.

3.02 Le médecin qui se prévaut des dispositions de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables pour les services dispensés auprès d'un patient, ne peut se prévaloir, pour ce patient, des dispositions prévues au paragraphe I de l'annexe V de l'entente particulière applicable, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

3.03 Au bénéfice du médecin qui exerce en cabinet, dans le cadre d'un groupe de médecine de famille, un forfait supplémentaire de 7 $ est versé lors du premier examen fait, pour une période annuelle d'application, auprès d'un patient pour lequel le médecin se prévaut de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables pour un total de 14 $ lors du premier examen, en comptabilisant le forfait versé en vertu du paragraphe 3.01 des présentes.

3.04 Au bénéfice du médecin qui exerce en CLSC ou en UMF (CH), dans le cadre d'un groupe de médecine de famille, un forfait supplémentaire de 6 $ est versé, une fois par période annuelle d'application, pour un examen fait auprès d'un patient pour lequel le médecin se prévaut de l'entente relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables pour un total de 21 $, une fois par période annuelle d'application, en comptabilisant le forfait versé en vertu du paragraphe 3.01 des présentes.

3.05 L'entente particulière relative à certaines conditions de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille est modifiée au paragraphe I de son annexe V en remplaçant le montant de 5,50 $ qui y apparaît par le montant de 7 $.

AVIS : *Les articles **3.01 à 3.05** de cette lettre d'entente sont remplacés par les nouvelles dispositions des alinéas E et F de l'article 8 de l'*Amendement n^{o} 83*.*

3.06 À compter du 1er avril 2003, le formulaire d'inscription prévu à l'annexe III de l'entente particulière applicable, en phase transitoire, au médecin qui exerce dans le cadre d'un groupe de médecine de famille sera modifié pour inclure l'identification des conditions de vulnérabilité du patient retenues aux fins de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles vulnérables.

4.00 Financement

4.01 Le financement des mesures prévues à la présente lettre d'entente est évalué par les parties, sur base annuelle récurrente, à 6 M$ pour 100 GMF.

4.02 Pour la période comprise entre le 1er avril 2003 et le 31 mars 2004, un montant maximal de 3 M$ est retenu à cette fin par les parties. Ce montant est pris à même les sommes allouées dans le cadre des mesures visant l'équité convenues en regard du règlement intervenu entre le MSSS et la FMSQ. Si les coûts réels encourus, durant la période annuelle visée au présent paragraphe, sont inférieurs au montant de la réserve maximale sus-mentionnée, les parties conviennent d'affecter les sommes rendues ainsi disponibles aux fins qu'elles détermineront.

4.03 Pour les années subséquentes, les parties conviennent de discuter, à l'occasion du renouvellement de l'Entente, du financement récurrent des mesures visées à la présente lettre d'entente.

5.00 Entrée en vigueur et durée

5.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 136

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 136

Prévoyant la modification du protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente se terminant le 31 mars 2002.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q. c. A-29);

VU également les dispositions du Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002;

ATTENDU que le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec conviennent d'introduire certaines modifications à ce protocole d'accord;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aura, d'ici le 31 mars 2003, d'amender en conséquence le protocole d'accord visé.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

1.1 Cette lettre d'entente détermine certaines modifications à introduire au Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002.

2. Prolongation

2.1 L'article 1 de ce protocole sera amendé de façon à couvrir la période comprise entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2004.

3. Paramètres monétaires

3.1 L'article 2 de ce protocole sera amendé en conformité avec les dispositions apparaissant à cette lettre d'entente.

4. Évolution de la pratique médicale

4.1 L'article 3 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir, respectivement en date des 1er avril 2002 et 1er avril 2003, aux lieu et place du facteur de croissance actuel (1 %), l'application d'un facteur de croissance de 1,5 % de l'enveloppe budgétaire globale applicable, à chacune de ces dates.

4.2 Cet amendement indiquera également que pour les années 2002-2003 et 2003-2004, toute non atteinte cumulée reliée à l'application de l'augmentation prévue au paragraphe 4.1 sera affectée, de façon ciblée, selon des modalités à convenir entre les parties.

4.3 Cet amendement précisera enfin que cette augmentation du facteur de croissance devra, dans le cadre du renouvellement de l'Entente se terminant conventionnellement le 31 mars 2004, faire l'objet d'un réexamen par les parties selon une méthodologie agréée par celles-ci.

5. Financement additionnel

5.1 L'article 4 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir, sur base annuelle, à certaines fins spécifiques (mise à niveau en GMF, régions et rattrapage), l'introduction d'un financement additionnel récurrent de 23,5 M$.

6. Enveloppe budgétaire

6.1 L'article 5 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir ce qui suit :

a) pour la période annuelle d'application comprise entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2003, une enveloppe budgétaire globale établie à 1 116,7 M$;

b) pour la période d'application comprise entre le 1er avril 2003 et le 31 mars 2004, une enveloppe budgétaire globale établie à 1 238,9 M$ (incluant le forfaitaire de 0,5 % prévu payable en 2003-2004). Sur base annuelle récurrente, cette enveloppe budgétaire s'établit à 1 250,4 M$;

6.2 Cet amendement devra préciser que les montants susmentionnés incluront les sommes allouées aux titres des paramètres monétaires, de l'évolution de la pratique médicale ainsi que des sommes supplémentaires octroyées par le Ministre à certaines fins spécifiques;

6.3 Cet amendement précisera également que les paramètres visés au présent article devront comprendre, sur base annuelle, le pourcentage d'augmentation découlant de la mise en œuvre de l'article 8 de cette lettre d'entente;

6.4 L'amendement susmentionné devra enfin indiquer que l'enveloppe budgétaire globale sera rajustée en fonction des mesures que les parties auraient convenu d'introduire dans le cadre des dispositions de la *Lettre d'entente n^{o} 137*.

7. Ajustement monétaire

7.1 L'article 7 de ce protocole sera amendé de façon à prévoir que l'annexe IX de l'Entente sera actualisée de façon à refléter les augmentations consenties aux termes de cette lettre d'entente;

7.2 Cet article 7 sera également amendé de façon à permettre, à des fins de recrutement ou de rétention, l'introduction, à partir du 1er octobre 2003, de mesures et de conditions particulières de rémunération au bénéfice des médecins qui, en régions, y exercent leur profession. Sur base récurrente, une somme de 14,7 M$ est réservée à cette fin.

8. Ajustement spécifique

8.1 Le protocole d'accord visé aux présentes sera amendé de façon à prévoir un ajustement de l'enveloppe monétaire de 1 % en date du 1er janvier 2004. Cet ajustement est consenti en anticipation de l'augmentation à être accordée à cette date dans les secteurs public et parapublic;

8.2 Si l'augmentation consentie dans les secteurs en cause devait s'avérer inférieure au pourcentage de l'ajustement consenti, l'ajustement de 1 % accordé aux termes des présentes, sera toutefois maintenu et pris en considération dans le cadre du redressement découlant de la mise en œuvre de la *Lettre d'entente n° 138 ayant pour objet le redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens*;

8.3 Si, au cours de la période couverte par cette lettre d'entente, des augmentations supérieures à l'ajustement consenti étaient apportées aux conventions collectives applicables aux employés des secteurs public et parapublic, les dispositions de cette lettre d'entente ainsi que celles du protocole d'accord visé aux présentes seront rajustées en appliquant, à compter du 1er janvier 2004, le pourcentage d'augmentation qui aura été accordé à ces employés.

9. Augmentation paramétrique

9.1 Déduction faite des sommes réservées par les parties à certaines fins spécifiques (mise à niveau en GMF et régions), le solde des bénéfices monétaires consentis aux termes des présentes sera consacré, sauf exception arrêtée par les parties, à une augmentation paramétrique de la rémunération du médecin, peu importe que celui-ci soit rémunéré à l'acte *(annexe V)*, à tarif horaire *(annexe XIV)* ou à honoraires fixes *(annexe II)*.

9.2 Les modalités relatives à l'actualisation visée au présent article seront complétées avant le 1er avril 2003. Cette actualisation comportera des stipulations disposant du montant que représente le pourcentage de 1 % apparaissant à l'article 8 de cette lettre d'entente;

9.3 Cette actualisation ne saurait être affectée, retardée ou remise en question en raison d'un dépassement prévisible ou constaté de l'enveloppe budgétaire globale.

10. Modification

10.1 La modification du protocole d'accord visée aux présentes est complétée d'ici le 31 mars 2003.

11. Mise en vigueur

11.1 Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 137

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 137

Ayant pour objet l'adoption des mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)*;

VU les dispositions du *Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente se terminant le 31 mars 2002*;

VU également les dispositions de la *Lettre d'entente n^{O} 136* prévoyant la modification du protocole d'accord susmentionné;

ATTENDU la volonté des parties de poursuivre sans délai les échanges et les travaux déjà entrepris relativement à l'étude de certaines questions ainsi qu'à l'adoption de certaines mesures favorisant la qualité et l'accessibilité aux soins;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aurait d'identifier les principales mesures et questions en cause en les situant à l'intérieur d'un calendrier pouvant comporter certaines échéances.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties s'engagent à poursuivre les échanges et les travaux déjà entrepris sur les mesures et questions suivantes :

- Dans le cadre du réseau d'accessibilité, les rôles et fonctions dévolus au cabinet privé, au CLSC ainsi qu'au GMF;
- Dans le cadre susmentionné, la révision de la composante technique;
- La rémunération de la télé-médecine;
- L'amélioration du programme de congé parental;
- La révision et la bonification du programme de ressourcement;
- Dans le cadre du réseau d'accessibilité, la rémunération des tâches médico-administratives;
- Dans le cadre susmentionné, la modification des plafonds de gains de pratique;

2. La négociation ayant trait aux mesures et questions susmentionnées devra être complétée dans les meilleurs délais afin de permettre la conclusion d'ententes applicables même avant le 1er avril 2004;

3. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 138

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 138

Ayant pour objet le redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. c. A-29)*;

ATTENDU la politique de rémunération du gouvernement;

ATTENDU que le gouvernement a la responsabilité d'offrir, et de maintenir, un niveau de rémunération concurrentiel aux fins de permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens nécessaires au bon fonctionnement du système de santé québécois;

ATTENDU, qu'à ces fins, les comparaisons et les écarts de rémunération avec les autres provinces se doivent d'être pris en considération;

ATTENDU que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'existence d'écarts entre la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec et celle de leurs collègues des autres provinces, sans pour autant s'entendre sur l'ampleur des écarts à reconnaître et à corriger;

CONSIDÉRANT que les comparaisons de rémunération de même que leur interprétation exigent la prise en compte d'une multitude de facteurs d'ordre technique, économique et social;

CONSIDÉRANT qu'en dépit de l'incertitude sur l'ampleur des écarts à corriger, le gouvernement a déjà accepté de procéder, à compter du 1er avril 2003, à un redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens par le biais des mesures prévues aux termes de l'article 5 de la *Lettre d'entente n^{o} 136* prévoyant la modification du protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'Entente se terminant le 31 mars 2002.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité d'étude sur la rémunération des médecins omnipraticiens. Ce comité a pour mandat de comparer la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces et, partant, de déterminer l'ampleur des écarts de rémunération.

Dans le cadre de son analyse, le comité tient compte de l'ensemble des facteurs pertinents à la comparaison de la rémunération des médecins omnipraticiens et à la détermination des écarts de rémunération.

2. Ce comité est composé des personnes suivantes :

a) un expert indépendant choisi par les parties qui, par ses connaissances dans le domaine, pourra, par sa participation, faciliter la réalisation du mandat du comité;

b) de représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec;

c) de représentants du ministre de la Santé et des Services sociaux; et :

d) d'un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor.

3. Les parties désignent monsieur Marc-André Fournier afin d'agir comme expert indépendant et conviennent d'assumer, à part égale, le paiement de ses honoraires.

4. Afin de permettre au comité d'accomplir son mandat avec compétence et célérité, les parties conviennent de retenir les services de l'Institut canadien d'information sur la santé ou, à défaut, de tout autre expert, afin de colliger et de fournir aux membres du comité l'ensemble des données pertinentes à la comparaison de la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec avec celle de leurs confrères des autres provinces, de même qu'à la détermination des écarts de rémunération qui prévalent. Les coûts reliés à l'obtention de ces services sont assumés, à part égale, par les parties.

Les parties conviennent d'octroyer les mandats requis à cette fin de façon à ce que l'ensemble des données pertinentes soit colligé et fourni au plus tard le 31 mai 2003.

5. Les travaux du comité d'étude sur la rémunération devront être complétés au plus tard le 31 octobre 2003. Le comité remettra aux parties un rapport faisant état de ses commentaires et conclusions.

6. Une fois saisies des résultats des travaux du comité, les parties entreprennent des pourparlers en vue de conclure une entente sur les écarts de rémunération à corriger. À moins que les parties n'en conviennent autrement, le calendrier de ces correctifs, avec les échéances qu'il comportera, ne saurait s'étendre sur une période excédant quatre (4) ans.

7. En tout temps, à la demande d'une partie, un médiateur pourra être désigné par les parties afin de leur permettre d'en arriver à une entente. Les honoraires du médiateur sont assumés, à part égale, par celles-ci.

8. Le médiateur fera rapport aux parties en indiquant à celles-ci les sujets d'ententes et de mésententes. Il les saisira de toute autre conclusion ou recommandation qu'il jugera raisonnables. Une recommandation du médiateur aux parties ne lie pas celles-ci.

9. Le gouvernement s'engage à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens nécessaires au bon fonctionnement du système de santé québécois.

10. Ces correctifs s'appliquent à compter du 1er avril 2004, et par la suite au 1er avril de chaque année, selon l'ampleur des écarts à être corrigés et en conformité avec le calendrier convenu entre les parties.

11. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 139

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 139

Concernant la gestion de fin de carrière des médecins omnipraticiens.

CONSIDÉRANT l'introduction en 1995 d'un programme d'allocation de fin de carrière pour les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT la fin du programme d'allocation de fin de carrière au 31 décembre 1998;

ATTENDU que depuis cette date les médecins omnipraticiens ne bénéficient plus de modalités particulières de gestion de fin de carrière;

CONSIDÉRANT la nécessité de maintenir le statut de travailleur autonome des médecins omnipraticien;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'ici le 31 mai 2003, la Fédération déposera à la table de négociation, à laquelle se sera joint un représentant du Secrétariat du Conseil du trésor, ses orientations, en matière de gestion de la fin de carrière des médecins omnipraticiens;

2. Dans les quatre-vingt-dix (90) jours de ce dépôt, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Secrétariat du Conseil du trésor procéderont à l'analyse des orientations déposées par la Fédération et feront part de leur position;

3. Par la suite, les parties entameront des pourparlers en vue d'en arriver à la conclusion d'une entente applicable à compter du 1er avril 2004;

4. Dans le cadre de ces pourparlers, les parties pourront convenir de procéder aux divers travaux ou études susceptibles de les éclairer dans leur négociation.

5. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 140

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 140

Ayant pour objet les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q. c. A-29)*;

ATTENDU que les médecins omnipraticiens exercent leurs activités professionnelles à divers niveaux de soins, que ce soit en cabinet, en établissement ou à domicile;

ATTENDU que les champs d'activités du médecin omnipraticien se situent aussi bien en première, deuxième et, plus rarement, en troisième ligne;

ATTENDU la nécessité qu'il y a d'assurer en CLSC, compte tenu des ressources disponibles, des conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment un soutien administratif et technique adéquat;

ATTENDU que la Fédération considère que la vocation première du médecin omnipraticien est, et doit demeurer, la médecine générale et la médecine de famille et qu'il lui importe d'assurer la sauvegarde de cette vocation première, celle-ci étant d'ailleurs la raison d'être du médecin omnipraticien;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y aurait, à ces fins, de cerner plus précisément les facteurs qui influencent la détermination des champs d'activités du médecin omnipraticien, ses orientations de carrière ainsi que le choix des niveaux de soins où il exerce sa profession.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité paritaire sur les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens composé de représentants du ministre de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Un observateur en provenance du Collège des médecins du Québec participe également aux travaux de ce comité.

\+ **2.** Le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens exerçant dans divers champs d'activités, de représentants d'agences ou voire d'établissements du réseau, lesquels sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité. Il peut à cette fin constituer un groupe de travail et leur confier des mandats spécifiques.

3. Le comité a pour mandat de favoriser l'amélioration des conditions d'exercice des médecins omnipraticiens, et ce, dans le but de favoriser la qualité des soins et d'améliorer leur accessibilité pour la population.

4. À des fins d'analyse et de recommandation quant aux correctifs à apporter, le comité identifie plus particulièrement certaines problématiques reliées aux conditions d'exercice des médecins omnipraticiens, parmi lesquelles :

- La hiérarchisation des soins, ses causes et ses effets;
- Les modes de rémunération et leur impact sur le partage des tâches entre médecins omnipraticiens et médecins spécialistes;
- L'importance du rôle du médecin omnipraticien, peu importe le niveau de soins (pratique institutionnelle, cabinet, GMF, domicile, réseau de garde ou réseau d'accessibilité);
- En CLSC, l'existence de conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment en matière de soutien administratif et technique.

5. Le comité peut également donner des avis ou faire des recommandations sur toute question relative à l'organisation du travail ou aux conditions d'exercice des médecins omnipraticiens.

6. Cette lettre d'entente prend effet le 1er mars 2003.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour d'octobre 2003.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 141

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 141

Concernant la prise en charge du service d'urgence de l'hôpital de Notre-Dame-de-Fatima par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale de l'hôpital de Notre-Dame-de-Fatima est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective;

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200. ***Ajouter le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activité :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV* ***(TH seulement)***
- ***XXX098*** *Service de santé durant le délai de carence*

et les codes de ***secteurs de dispensation*** *suivants :*

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

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

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

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2003 et se termine le 1er juin 2004.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 142

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 142

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier de Chandler par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier de Chandler est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée;

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui, selon le cas l'approuve et y donne suite s'il y a lieu. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps;

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective.

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200. ***Ajouter le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activité :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Service de santé durant le délai de carence*

et les ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

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

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

AVIS : *Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et, qui est déjà rémunéré selon les modalités de l'annexe XVIII ne peut se prévaloir des modalités de la présente lettre d'entente.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes:

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante:

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

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

7.00 Mise en vigueur

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 143

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 143

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2.00 Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4.00 Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation;

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie;

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant* ***la période couverte*** *par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{O} 143*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5.00 Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire;

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation;

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6.00 Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire de l'Estrie et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{O} 94*;

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

7.00 Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes :*
- sous ***quantième*** *: la journée du déplacement;*
- sous ***mode de rémunération*** *: le mode TH;*
- sous ***plage horaire*** *: la ou les plages horaires concernées;*
- sous ***code d'activité*** *: le code* ***002092*** *(temps de déplacement);*
- sous ***secteur de disp.*** *: ne rien inscrire;*
- sous ***heures travaillées*** *: le nombre d'heures de déplacement;*
- sous ***total des heures travaillées*** *: le total des heures de déplacement.*
La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

8.00 Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9.00 Mise en vigueur et durée

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

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{O} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 285*.*

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 145

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 145

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Beauce-Etchemin par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier Beauce-Etchemin est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

CONSIDÉRANT que l'établissement compte dix (10) médecins ou moins ou l'équivalent en tenant compte des effectifs requis pour assurer la prestation des services, qui ont une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;

CONSIDÉRANT que l'établissement a convenu d'une entente de parrainage avec un autre établissement selon les articles 108 et 109 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

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

TERMINÉE

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

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle peut être prolongée pour deux autres périodes de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite;

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

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

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200. ***Ajouter le 15 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les ***codes d'activité*** *suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activité (****TH*** *seulement)*
- ***XXX098*** *Service de santé durant le délai de carence*

et les codes de ***secteurs de dispensation*** *suivants :*

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

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

TERMINÉE

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage

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

5.02 Le médecin qui, pendant la période d'application de la présente lettre d'entente, exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 % s'il respecte les conditions suivantes :

- Il s'engage, par écrit, pour une période de trois (3) mois, à assumer un nombre déterminé de gardes;
- Il respecte cet engagement pour l'ensemble de la période de trois (3) mois.

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2003 et se termine le 30 avril 2004. Elle remplace, à partir du 1er mai 2003, la *Lettre d'entente n^{o} 119* du 1er juillet 2002.

AVIS : *La présente lettre d'entente est prolongée jusqu'au 31 janvier 2005 par l'*Amendement n^{o} 86. *Au 1er février 2005 le CH Beauce Etchemin a été désigné à la* Lettre d'entente n^{o} 132.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 146

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 146

Concernant la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties, pour la période comprise entre le 1er et le 30 juin 2003, conviennent d'appliquer, dans les territoires visés par le décret punitif, le tarif de base prévu à l'Entente.

2. Le différentiel existant entre les rémunérations sus-mentionnées, fixé conventionnellement ou par décret selon le cas, est versé au médecin par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2003.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 147

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 147

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2.00 Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4.00 Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie* ***un avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la* ***période couverte*** *par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{O} 147*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5.00 Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6.00 Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire de Lanaudière et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique.

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{O} 94*.

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

7.00 Modalités de rémunération

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes :*
*- sous **quantième** : la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
*- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité** : le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur de disp.** : ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

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

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

8.00 Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9.00 Mise en vigueur et durée

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

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{O} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 285*.*

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 148

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 148

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2.00 Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4.00 Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie* ***un avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la* ***période couverte*** *par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{O} 148*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5.00 Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6.00 Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) Son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire de la Gaspésie et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique.

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{O} 94*.

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

7.00 Modalités de rémunération

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes :*
*- sous **quantième** : la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
*- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité** : le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur de disp.** : ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

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

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

8.00 Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9.00 Mise en vigueur et durée

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

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{O} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 285*.*

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 149

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 149

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2.00 Champ d'application

Le dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4.00 Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la* ***période couverte*** *par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{o} 149*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5.00 Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6.00 Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) Son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique.

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) km de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{O} 94*.

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

7.00 Modalités de rémunération

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes :*
*- sous **quantième** : la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
*- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité** : le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur de disp.** : ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

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

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

8.00 Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

9.00 Mise en vigueur et durée

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

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{O} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 285*.*

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 150

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 150

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence de première ligne du Centre hospitalier régional de Lanaudière dans le cadre d'une prise en charge de la couverture complète de ces services par un groupe de médecins.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

+ **3.01** L'agence, par la voie de son département de médecine générale, en collaboration avec l'établissement concerné, forme un groupe de médecins qui s'engagent à assurer la présence d'au moins un médecin lors de chaque quart de garde au service d'urgence;

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

a) Tout médecin de l'établissement;

b) Tout médecin exerçant dans la région de l'établissement et détenant une nomination dans un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

c) Tout médecin qui exerce dans une autre région que celle de l'établissement et détenant une nomination d'un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

d) Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale peut être admissible à faire partie du groupe. Il est alors réputé être un médecin hors région visé à l'article 6.00 des présentes;

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

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

4.00 Engagement

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

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

5.00 Médecin de la région

5.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement, le médecin visé au paragraphe 3.02 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement;

5.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 3.02 b) se fait selon les modalités de la *Lettre d'entente n^{O} 147* du 1er juin 2003.

6.00 Médecin hors région

6.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 3.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

6.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins trois (3) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause;

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

7.00 Modalités spécifiques de rémunération

7.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement, par un médecin visé à la présente lettre d'entente est majorée d'un pourcentage de 5 % applicable sur le tarif de base;

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

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire : *Veuillez utiliser les codes d'activité et les secteurs de dispensation appropriés :*

Codes d'activité :
- ***075015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***075030*** *Services cliniques*
- ***075063*** *Garde sur place*
- ***075071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***075098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***009104*** *Dépannage lors de la prise en charge de l'urgence par un groupe de médecins (**TH** seulement).*

Codes de secteurs de dispensation :
- *12 : Samedi, dimanche et journée fériée*
- *12 : En semaine de 20 h à 8 h*
- *07 : En semaine de 8 h à 20 h.*

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

AVIS : *Veuillez inscrire les données suivantes sur votre demande de paiement n° 1200 :*
- *XXXX01010112 dans la case réservée au* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *la date et le code* ***19022****;*
- *le code d'établissement correspondant au service d'urgence (0XXX7);*
- *le nombre d'heures de garde dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires au prorata du temps de garde effectué (soumis à la rémunération majorée);*
- *l'heure du début et de fin de la période de garde ainsi que la durée totale dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

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

IMPORTANT : *La majoration prévue au paragraphe 8.01* ***ne s'applique pas au forfait codé 19022****. De plus, aucun modificateur ne doit être inscrit pour ce forfait.*

7.03 Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins faisant partie du groupe de médecins n'est pas respecté et que l'établissement doit faire appel, dans le cadre du dépannage, à d'autres médecins que ceux visés à la présente lettre d'entente pour assurer la couverture par au moins un médecin d'un quart de garde donné ou qu'il y a rupture de services, le forfait prévu au paragraphe précédent n'est pas versé pour aucun des quarts de garde effectués pendant le mois en cause.

Cette présente disposition s'applique également au médecin ou équipe de médecins visé au paragraphe 3.03 des présentes malgré le respect de leur engagement minimal;

7.04 Si l'engagement minimal du médecin ou équipe de médecins visé au deuxième alinéa du paragraphe ci-dessus n'est pas respecté, la majoration et le forfait prévus aux paragraphes 7.01 et 7.02 ne sont pas versés au médecin ou équipe de médecins pour la durée de la période d'engagement.

8.00 Modalités de fonctionnement

+ **8.01** L'agence concernée, par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG), est responsable de :

a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 3.02 de la présente lettre d'entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois (3) mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;

b) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui ne font pas partie du groupe de médecins visé aux présentes mais qui se prévalent de la présente lettre d'entente conformément au paragraphe 3.03, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 3.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois (3) mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement ou ils exercent de façon régulière;

c) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins faisant partie du groupe de médecins ainsi que de son renouvellement;

d) désigne le chef du service d'urgence de l'établissement comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

+ **8.02** L'établissement informe l'agence qui à son tour informe le comité paritaire de :

a) toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin dans le cadre du mécanisme de dépannage qui ne fait pas partie des médecins visés aux présentes pour assurer la couverture par au moins un médecin;

b) de tout non-respect de l'engagement minimal par un médecin ou équipe de médecins provenant d'un même établissement qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes mais qui se prévaut de la présente lettre d'entente.

8.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il transmet à la Régie le nom des médecins ne faisant pas partie du groupe de médecins qui peuvent se prévaloir de la présente lettre d'entente;

c) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 7.03 et 7.04 des présentes;

d) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

9.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2003 et le demeure jusqu'au 31 juillet 2004.

AVIS : ***La Lettre d'entente n° 150 est prolongée jusqu'au 31 décembre 2004 par l'*****Amendement n^{O} 87*****.**

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 151

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 151

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre hospitalier Rouyn-Noranda par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier Rouyn-Noranda est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence au cours de la prochaine année;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

2.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de date de début et de fin à la période d'engagement. Dans le cas du renouvellement de la période d'engagement pour un second six (6) mois, la seconde période de référence est la période de six (6) mois qui suit la première période de référence;

2.06 Sous réserve du paragraphe 2.07, aux fins de l'application de l'article 4.00 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence de l'établissement au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement pour les services dispensés au service d'urgence. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois. Elle ne peut être prolongée que pour une seconde période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés. La demande est acheminée au quatrième mois de la première période au comité paritaire qui lui donne suite. L'établissement peut mettre fin à la période d'engagement en tout temps.

3.03 Si l'établissement met fin à la période d'engagement avant que six (6) mois se soient écoulés, la période de référence est alors rajustée en conséquence et a la même durée que la période d'engagement effective.

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services, sans aucun nouveau modificateur, en prenant soin de calculer le pourcentage de 5 %.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les ***codes d'activité*** *suivants :*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications – proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (****TH*** *seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et les ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

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

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

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

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

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

7.00 Mise en vigueur

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 152

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 152

Concernant la production et la transmission par la Régie de l'assurance maladie du Québec des données nécessaires à la mise en œuvre des dispositions transitoires d'une version modifiée de l'entente particulière relative aux activités médicales particulières.

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Dans le cadre des dispositions susmentionnées au préambule des présentes et de manière à préparer la mise en œuvre d'une version modifiée de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières, les parties conviennent de demander à la Régie de produire et de transmettre aux médecins les données requises à une éventuelle application des dispositions transitoires qui y seront contenues;

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

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

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

2.03 la dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.00 Entrée en vigueur

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 152 - ANNEXES I ET II

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{o} 152)*

CALCUL DES ANNÉES DE PRATIQUE

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

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

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

ANNEXE II *(Lettre d'entente n^{o} 152)*

RÈGLES DE CONVERSION

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

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

LE - N^{o} 153

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 153

Concernant la production et la transmission par la Régie de l'assurance maladie du Québec des données nécessaires à la mise en œuvre des dispositions transitoires d'une entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

CONSIDÉRANT qu'en vertu de l'article 11.00 du Protocole d'accord ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002, les parties s'engagent à convenir, par entente particulière, de dispositions conventionnelles permettant d'assurer le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux;

CONSIDÉRANT qu'aux fins de préparer la mise en œuvre d'une telle entente particulière, les parties estiment impératif de demander à la Régie de produire les données requises à une éventuelle application des dispositions transitoires qui y seront contenues :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Dans le cadre des dispositions susmentionnées au préambule des présentes et de manière à préparer la mise en œuvre d'une entente particulière qui aura pour objet le respect des plans régionaux d'effectifs médicaux, les parties conviennent de demander à la Régie de produire les données requises à une éventuelle application des dispositions transitoires qui y seront contenues.

2.00 Les données requises permettront de connaître la répartition de la pratique de chaque médecin en fonction de ses différents territoires de pratique.

3.00 Le calcul de la répartition de la pratique de chaque médecin en fonction de ses différents territoires de pratique se fait sur la base des journées de facturation par territoire. Dans le cas où un médecin aurait exercé dans plus d'un territoire d'agence au cours d'une même journée, la journée est comptabilisée comme une journée de pratique dans chacun des territoires en cause.

4.00 Le calcul du nombre de journées de facturation par territoire d'agence se fait sur la base d'une période allant du 1er avril 2002 au 31 mars 2003.

5.00 Ne sont considérés, aux fins de l'application des présentes, que les services dispensés dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

6.00 À moins d'avis contraire, la Régie transmettra à partir du 1er octobre 2003 à chaque médecin les informations suivantes :

- l'identification de sa région de pratique selon qu'il y exerce pour plus de 50 % de sa pratique totale;
- dans le cas où un médecin n'exerce pas pour plus de 50 % dans une même région, l'identification de sa principale région de pratique est déterminée en identifiant celle où il exerce le plus;
- la répartition de sa pratique entre le territoire des différentes agences.

7.00 À moins d'avis contraire, la Régie transmet à partir du 1er octobre 2003 au DRMG de chaque agence la liste des médecins de son territoire qui y ont leur pratique à plus de 50 %, la liste de ceux qui y ont une pratique principale mais n'atteignant pas plus de 50 % et la liste de ceux qui y exercent sans qu'ils y aient une pratique principale.

8.00 Entrée en vigueur

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 154

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 154

Concernant le retour en pratique du médecin qui s'est prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté.

PRÉAMBULE

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 Cette lettre d'entente a pour objet, malgré les dispositions de l'annexe XV de l'entente générale, de permettre au médecin qui s'est prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté de dispenser des services professionnels dans le cadre de solutions palliatives au problème de pénurie d'effectifs.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 CONDITION D'ADMISSIBILITÉ

+ **3.01** Un médecin qui s'est prévalu du programme d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté en vertu des dispositions de l'annexe XV de l'Entente peut, malgré certaines dispositions de cette annexe, dispenser des services professionnels dans le cadre du régime d'assurance maladie dans ou auprès d'une installation, d'un établissement, un cabinet ou un organisme en situation de pénurie d'effectifs médicaux, désigné, pour une période déterminée, par le comité paritaire, sur recommandation de l'agence.

4.00 CONDITIONS PARTICULIÈRES

4.01 Engagement du médecin

Le médecin s'engage à respecter les dispositions de cette lettre d'entente et à n'exercer que dans un ou des milieux de pratique désignés. Il doit, s'il y a lieu, y obtenir une nomination conformément à la *Loi sur les services de santé et sur les services sociaux* et en respecter les obligations.

Le médecin doit compléter le contrat de retour en pratique prescrit par le comité paritaire.

4.02 Mode de rémunération

Le médecin est rémunéré selon les dispositions de l'Entente ou, le cas échéant, selon les dispositions de tout autre document conventionnel s'appliquant dans le milieu de pratique où il exerce.

Malgré l'alinéa précédent, le médecin qui s'est prévalu des dispositions de la *Lettre d'entente n^{O} 94* et qui, en vertu des dispositions de cette lettre d'entente, est rémunéré selon le mode du tarif horaire dans un établissement où le mode de rémunération est celui de l'acte, peut opter pour le maintien de ce mode de rémunération pour toute la durée de son retour en pratique dans cet établissement. Il doit, alors, en avoir avisé le comité paritaire avant le 5 octobre 1999.

4.03 Versement de l'allocation

Le médecin précise, dans son contrat de retour en pratique, s'il opte ou non pour la suspension et le report des versements de son allocation de fin de carrière ou de départ assisté à la suite de sa période d'étalement déjà convenue.

Une période de suspension et de report n'entre pas dans le calcul d'une période de versements d'allocations aux fins de l'application de l'annexe XIV.

Cette option vaut pour toute la durée de la présente lettre d'entente sauf si le médecin, ayant opté pour la suspension et le report de son allocation, cesse de pratiquer avant la fin de la présente entente. Le médecin en avise alors, par écrit, le comité paritaire.

5.00 DISPOSITIONS TRANSITOIRES

5.01 Les établissements désignés en vertu de la *Lettre d'entente n^{O} 94* feront l'objet d'une réévaluation par les parties selon les dispositions de la présente lettre d'entente. Leur désignation demeure en vigueur jusqu'à ce que cette réévaluation soit complétée.

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable de l'administration de cette lettre d'entente.

6.02 Aux fins de l'application du paragraphe 6.01, le comité paritaire a notamment pour fonctions :

+ a) de désigner les installations des établissements, cabinets ou organismes visés aux présentes en retenant, comme premier critère, une pénurie d'effectifs prévalant dans le secteur en cause et d'en informer la Régie;

b) de définir le contrat de retour en pratique, de le faire compléter au médecin et d'en transmettre copie à la Régie;

c) d'informer la Régie du maintien de la modification de l'option exercée en vertu du paragraphe 4.02.

7.00 DROITS ACQUIS

7.01 Une révision au sens du paragraphe 5.01 des présentes, une modification ou une terminaison de désignation ne peut avoir pour effet d'affecter les droits acquis du médecin régi selon cette lettre d'entente.

8.00 DURÉE ET MISE EN VIGUEUR

8.01 Cette lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 94*. Elle prend effet le 12 octobre 2003 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{os} 155 ET 156

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 155

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : Période de Noël et du Nouvel An s'échelonnant du 22 décembre 2003 au 4 janvier 2004, inclusivement; période de « relâche scolaire » s'échelonnant du 1er au 7 mars 2004 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Le médecin doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant les périodes visées par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Le médecin doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) d'assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements qu'à condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

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

5.02 Un forfait au montant de 2 500 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 500 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) et inscrire les données suivantes :*
- *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*, inscrire XXXX01010112;*
- *dans la case* Actes*, inscrire le code* ***19041*** *(montant de 2 500 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 500 $), soumis à la rémunération différente;*
- *la date de service correspondant au dernier jour de dispensation de la semaine de disponibilité;*
- *le code de localité de son lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 1er novembre 2003, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 1 750 $ pour chaque semaine d'engagement.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 15 décembre, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur semaine(s) de disponibilité attribué(es);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec la régie concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2003 et se termine le 9 mars 2004.

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 156

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

AVIS : *Cette lettre d'entente est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 170 *à partir du 1er septembre 2004.*

LE - N^{o} 157

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 157

Concernant les modalités de rémunération de la garde en disponibilité assurée dans le cadre du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT

1. La garde en disponibilité dans le cadre du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis est assurée toute la semaine mais n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

a) qu'à compter du samedi à 0 h au dimanche suivant à 24 h et les jours fériés de 0 h à 24 h;
b) qu'à compter du lundi au vendredi de 0 h à 8 h;
c) qu'à compter du lundi au vendredi de 20 h à 24 h.

2. Elle est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait de 52,95 $ à compter du 1er avril 2006, de 54 $ à compter du 1er avril 2007, de 55,10 $ à compter du 1er avril 2008 et de 56,20 $ à compter du 1er avril 2009, par quart de garde de huit (8) heures additionné de la rémunération à l'acte, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période. Si une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde, le forfait prévu à la présente lettre d'entente devient, quant à cette portion de quart de garde, divisible. Il est alors payé au médecin par la Régie au prorata du temps de garde effectué par le médecin;

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19043*** *dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS*;*
- montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES*;*
- la lettre « ***E*** *» dans la case* C.S.*;*
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

En semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19078*** *dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS*;*
- montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES*;*
- la lettre « E » dans la case C.S.*;*
- le code d'établissement;
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

3. Un seul médecin à la fois peut se prévaloir, pour un même quart de garde ou portion de quart de garde, des dispositions de la présente lettre d'entente;

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

\# ***AVIS :*** *Cette lette d'entente est remplacée par la Lettre d'entente n^{o} 206.*

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

REMPLACÉE

LE - N^{o} 158

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 158

Concernant le comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale.

CONSIDÉRANT qu'il est primordial de bien planifier les effectifs médicaux en médecine générale;

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

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'améliorer l'accessibilité à des services médicaux généraux et la prise en charge de la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille;

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

+ **1.** Les parties négociantes conviennent de mettre sur pied un comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Lorsque les travaux portent sur l'organisation des services en médecine générale au sein d'une région spécifique, le chef du département régional de médecine générale de l'agence concernée, participe également du comité.

De plus, le comité peut s'adjoindre les services de médecins omnipraticiens ainsi que de représentants des établissements qui sont susceptibles de contribuer aux travaux du comité en raison de leur expertise.

2. Le comité permanent de gestion des effectifs médicaux en médecine générale a pour fonction d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, le tout afin d'assurer une accessibilité optimale aux services médicaux en médecine générale de première et deuxième ligne et une prise en charge pour la population québécoise qui nécessite des services de médecins de famille. A cette fin, le comité exerce notamment les attributions suivantes, sur le plan local, régional et provincial :

a) Il évalue les besoins en effectifs médicaux en médecine générale de première et de deuxième ligne pour l'ensemble du Québec et chacune de ses régions sociosanitaires et donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux;

b) Il donne son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et post-doctorale en médecine;

+ c) Il donne son avis au ministre sur les objectifs de croissance et de décroissance des effectifs en médecine générale dont doivent tenir compte les agences dans l'élaboration de leur plan d'effectifs médicaux en omnipratique;

d) Il donne son avis sur l'organisation des services médicaux généraux;

e) Le cas échéant, il évalue et donne son avis sur les plans d'organisation des établissements, notamment la partie concernant les effectifs médicaux en omnipratique;

f) Il évalue et donne son avis au ministre sur les plans régionaux d'organisation des services et les plans régionaux des effectifs médicaux relatifs aux services de médecine générale;

+ g) Il assure un suivi des plans régionaux d'effectifs médicaux sur la base des données transmises par la Régie de l'assurance maladie du Québec dans le cadre de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux et sur la base des états de situation fournis par les agences;

h) Il donne son avis sur toute dérogation ayant comme conséquence le dépassement temporaire du plan des effectifs médicaux d'une région;

i) il donne son avis sur tout projet concernant la prestation des services médicaux généraux.

3. Dans le cadre de l'exercice de ses attributions, le comité tient compte, notamment, des besoins de la population en matière de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne, des effectifs médicaux disponibles en médecine générale et de leur répartition dans les différentes régions et dans les différents territoires de MRC et communautés urbaines. De plus, il tient compte des prévisions de l'évolution de ces effectifs, des mesures incitatives déjà existantes, des modes d'organisation des services et des masses critiques d'effectifs médicaux nécessaires, sur une base locale et régionale, pour assurer un panier de services médicaux généraux de première et de deuxième ligne adéquat.

4. Afin d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale, de favoriser l'atteinte des objectifs de croissance et de décroissance qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions, dans certains territoires de MRC et communautés urbaines ainsi que dans certains centres hospitaliers, le comité peut élaborer et proposer au ministre la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

a) Un guide méthodologique pour la détermination d'un plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale;

\+ b) Des règles de gestion des objectifs de croissance et de décroissance des effectifs en médecine générale dont devront tenir compte les agences dans l'élaboration et la gestion de leur plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale.

5. Toujours aux fins d'évaluer les besoins en effectifs médicaux en médecine générale, de favoriser l'atteinte des objectifs de croissance et de décroissance qu'il identifie et l'accessibilité aux soins dans certaines régions, dans certains territoires de MRC et communautés urbaines ainsi que dans certains centres hospitaliers, le comité donne son avis sur la mise en place de différentes mesures, selon les modalités et conditions qu'il détermine, dont notamment :

a) La révision de certains plans d'organisation d'établissements, de plans régionaux d'effectifs médicaux et de plans régionaux d'organisation des services relatifs à la médecine générale;

b) L'instauration de mesures incitatives de rémunération visant l'installation de médecins ou la desserte intrarégionale ou interrégionale dans certains territoires de MRC ou communautés urbaines et dans certains établissements insuffisamment pourvus en médecins omnipraticiens;

c) La conclusion d'ententes de services inter-établissements;

d) La conclusion d'ententes de services entre un établissement et un cabinet de médecins omnipraticiens;

e) Le soutien financier, logistique et informationnel de projets d'organisation de services médicaux généraux de première ligne.

6. Le comité évalue les résultats découlant de l'application des mesures identifiées aux articles 4 et 5 en regard des objectifs visés.

7. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{o} 114*. Elle entre en vigueur le 1er janvier 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^{e} jour de mai 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 159

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 159

Concernant certaines applications découlant de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux.

CONSIDÉRANT que l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux a pour objet d'assurer la meilleure répartition possible des médecins omnipraticiens sur l'ensemble du territoire québécois;

CONSIDÉRANT que dans le cadre de cette entente particulière, les parties ont convenu de désigner temporairement des régions au sein desquelles un médecin n'y détenant pas un avis de conformité du PREM dûment délivré par le DRMG, ne peut y exercer, même partiellement, sans réduction monétaire;

CONSIDÉRANT que la région de l'Estrie et la région de Québec, compte tenu du consensus auquel les parties en viennent quant à leurs particularités territoriales et quant au niveau d'atteinte de leur PREM respectif, sont désignées en regard du paragraphe précédent;

CONSIDÉRANT que les parties, dans ce même exercice de désignation, n'ont pu établir un tel consensus pour la région de Montréal-Centre ou pour toute autre région;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties conviennent, dans un délai de six (6) mois suivant l'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, d'arrêter une approche méthodologique commune leur permettant d'évaluer si la région de Montréal-Centre, ou toute autre région, nécessite une désignation visant, dans le cadre de cette dernière entente particulière, l'application des règles relatives à une pratique partielle restreinte.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2004. Elle le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 20^{e} jour de mai 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 160

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 160

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

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

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire des Laurentides et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{o} 154*.

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

7. Modalités de rémunération

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes :*
*- sous **quantième** : la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
*- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité** : le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur de disp.** : ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

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

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

8. Présomption

Le médecin qui se prévaut de la présente lettre d'entente pour dispenser des services médicaux est présumé répondre aux exigences de l'article 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'entente générale, lorsque applicable.

9. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

10. Mise en vigueur et durée

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

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{o} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de décembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 161

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 161

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 19 juin au 10 septembre 2004 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;
  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;
  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;
- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, qu'à la condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

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

5.02 Un forfait au montant de 2 500 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 500 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200) et inscrire les données suivantes :*
- *XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 2 500 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 500 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au dernier jour (le vendredi ou le dimanche selon le cas) de dispensation de la semaine de disponibilité;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 31 mai, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

TERMINÉE

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation, après le 21 mai 2004, du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 1 750 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 1er juin 2004, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2004 et se termine le 11 septembre 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de décembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 162

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 162

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

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

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

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

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

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7e jour de décembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 163

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 163

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

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

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit pas de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.00 Engagement

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

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

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

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

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200*. Ajouter le 15 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications – Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place)*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et les codes de secteurs de dispensation suivants :

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

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage ou dans le cadre de la desserte intrarégionale (*Lettre d'entente n^{O} 160*)

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

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

AVIS : ***Rémunération à l'acte :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200*.* ***Ajouter le 15 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

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

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

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

d) Il informe le comité paritaire du nom du médecin visé par le paragraphe 5.02.

7.00 Mise en vigueur

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de décembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 164

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 164

Concernant certaines modalités temporaires de rémunération des médecins qui exercent leur profession au Centre hospitalier Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska pendant la période de rénovation de cet établissement.

CONSIDÉRANT que le Centre hospitalier Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska procédera à des rénovations majeures à ses installations;

CONSIDÉRANT que durant la période comprise entre le 1er juin 2004 et le 30 juin 2005, les travaux de rénovation entraîneront des changements sur la dispensation des services dans certains secteurs d'activités du Centre hospitalier ainsi que sur la rémunération des médecins qui y exerceront leur profession durant la période de rénovation;

CONSIDÉRANT l'importance de maintenir l'équipe médicale d'omnipraticiens en place durant toute la période de rénovation;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente porte sur la détermination de certaines conditions particulières de rémunération applicables au médecin, qui, durant la période comprise entre le 1er juin 2004 et le 30 juin 2005, exerce dans un ou des secteurs du Centre hospitalier Honoré-Mercier énumérés à l'article 3.00 de la présente lettre d'entente.

Cette période d'application peut être révisée par les parties négociantes selon l'évolution des travaux de rénovation.

Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente un trimestre inclut, le cas échéant, partie d'un trimestre.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Désignation des secteurs visés

Les secteurs d'activités du centre hospitalier visés par la présente lettre d'entente sont les suivants :

a) Le service d'urgence;

b) L'unité de soins de courte durée;

c) L'unité de soins intensifs;

d) La pratique en obstétrique;

e) Les pratiques exclusives en spécialité;

4.00 Conditions particulières de rémunération

4.01 Les modalités de rémunération spécifiques au service d'urgence sont les suivantes :

4.01.01 Dans le cas où une baisse de la rémunération moyenne par heure travaillée (partie facturée selon le mode de l'acte avec modificateur en excluant la partie rémunérée à forfait) est constatée, une majoration compensatoire est appliquée, pour chaque médecin, sur la partie de sa rémunération versée pour les services dispensés durant la garde sur place à l'urgence en vertu de l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne et découlant de la partie facturée selon le mode de l'acte avec modificateur (en excluant la partie rémunérée à forfait). Cette majoration compensatoire se calcule et s'applique selon les modalités ci-après énoncées :

a) La baisse de la rémunération moyenne par heure travaillée pour la partie rémunérée selon le mode de l'acte avec modificateur découle de la différence entre la rémunération moyenne par heure travaillée (partie acte avec modificateur) versée en vertu de l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée en première ligne pour chacun des trimestres de la période visée aux présentes et celle versée au cours du trimestre correspondant de l'année précédente pour l'ensemble des services dispensés;

b) La baisse de la rémunération moyenne par heure travaillée, convertie en pourcentage, observée pour un trimestre de la période visée aux présentes constitue, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 %, le taux de majoration applicable à la rémunération (partie acte avec modificateur et excluant la partie à forfait) versée, durant le trimestre en cause, à chacun des médecins pour les services dispensés durant la garde sur place à l'urgence en vertu de l'entente particulière concernant la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne;

c) S'il advenait que la baisse de la rémunération observée pour un trimestre soit supérieure à 5 %, le comité paritaire, suite à une évaluation des causes d'une telle baisse, peut, le cas échéant, recommander aux parties les mesures additionnelles appropriées;

4.01.02 Les modalités de rémunération prévues au paragraphe 4.01.01 qui précède s'appliquent, en faisant les adaptations nécessaires, à chaque médecin pour les services qu'il dispense au service d'urgence de l'établissement en vertu de l'article 1.4 du préambule de l'entente générale;

4.02 Durant la période visée par la présente lettre d'entente, les modalités de rémunération spécifiques au médecin qui exerce sa profession à l'unité des soins de courte durée de l'établissement sont les suivantes :

4.02.01 Le supplément de responsabilité prévu au sous-paragraphe 2.4.7.8 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale est augmenté à 12 $ pour chacun des deux premiers suppléments facturés hors des soins intensifs;

AVIS : *Le supplément doit être facturé le jour même de l'examen effectué et sur la même demande de paiement. Veuillez utiliser le formulaire* Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et inscrire les données suivantes :*
- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code ***15150*** *dans la section* Actes*;*
- dans la case ÉTABLISSEMENT *inscrire* ***00942****,* ***00943*** *ou* ***00948*** *selon le secteur d'activité concerné.*

4.02.02 Le cas échéant, une majoration compensatoire est appliquée, pour chaque médecin, sur la partie de sa rémunération pour les services dispensés et facturés selon le mode de l'acte à l'unité de soins de courte durée de l'établissement au cours de la période visée par la présente. Cette majoration compensatoire se calcule et s'applique selon les modalités ci-après énoncées :

a) En comptabilisant les sommes versées en vertu des dispositions du sous-paragraphe 4.02.01, la variation en pourcentage entre la rémunération totale versée pour l'ensemble des services dispensés à l'unité des soins de courte durée de chacun des trimestres de la période visée à la présente et celle du trimestre correspondant de l'année précédente est calculée.

b) Si une baisse de la rémunération totale de l'ensemble des médecins pour les services dispensés à l'unité des soins de courte durée est observée pour un trimestre de la période visée aux présentes, cette diminution convertie en pourcentage constitue, jusqu'à un maximum de 10 %, le taux de majoration applicable à la rémunération versée à chacun des médecins pour les services dispensés à l'unité des soins de courte durée durant le trimestre en cause.

c) S'il advenait que la baisse de la rémunération observée pour un trimestre soit supérieure à 10 %, le comité paritaire, suite à une évaluation des causes d'une telle baisse, peut, le cas échéant, recommander aux parties les mesures additionnelles appropriées.

4.03 Durant toute la période visée par la présente lettre d'entente, les modalités spécifiques au médecin responsable de l'unité des soins intensifs sont les suivantes :

4.03.01 En sus de la rémunération prévue à l'article 3.02.1 de l'entente particulière relative à une unité de soins intensifs et coronariens, le médecin responsable de l'unité reçoit un forfait additionnel de 75 $ par jour. Un seul forfait additionnel de 75 $ est payable par jour pour l'unité des soins intensifs.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*
- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19046*** *dans la section* Actes*;*
- dans la case ÉTABLISSEMENT *inscrire 00946.*

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

4.03.02 S'il y a lieu, un complément au forfait quotidien prévu au sous-paragraphe précédent est versé, rétroactivement, au médecin responsable, par journée de facturation, selon les modalités suivantes :

a) une baisse de la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins affectés au service des soins intensifs, incluant le forfait déjà payé en vertu du sous-paragraphe 4.03.01, est observée pour un trimestre de la période visée à la présente entente comparativement au trimestre correspondant de l'année précédente.

b) Le montant correspondant à cette baisse de rémunération calculée par journée de dispensation de services constitue le complément quotidien au forfait déjà versé en vertu du sous-paragraphe 4.03.01.

4.04 Durant toute la période visée par la présente lettre d'entente, le médecin qui fait l'examen d'évaluation d'une parturiente et qui, au lieu d'effectuer lui-même l'accouchement, doit en raison de l'insuffisance des ressources reliées aux travaux de rénovation en cours, procéder au transfert de cette parturiente dans un autre établissement, est rémunéré au tarif de 150 $ pour cet examen.

Le tarif de 150 $ est majoré à 200 $ lorsque les services professionnels mentionnés à l'alinéa qui précède sont dispensés un samedi, un dimanche, un jour férié ou, tous les jours, de 19 h à 7 h .

Cet examen inclut tout autre examen fait avec ou sans déplacement.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200 *inscrire les données suivantes :*
- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée et les données d'identification usuelles;
- le code ***15151*** *(tarif de* ***150 $****) ou* ***15152*** *(tarif de* ***200 $****) dans la section* Actes*;*
- dans la case ÉTABLISSEMENT *inscrire 00943.*

4.05 Le médecin reconnu par les parties comme ayant une pratique exclusive en spécialité est soumis, de façon exclusive, aux dispositions ci-après énoncées :

4.05.01 Une majoration compensatoire de 7 % s'applique sur la partie de sa rémunération versée pour les services dispensés à l'établissement dans le secteur de sa pratique exclusive ;

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200*. Ajouter le 7 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

4.05.02 De plus, les services médicaux électifs dispensés en salle d'opération entre 19 h et 24 h du lundi au vendredi, la fin de semaine ainsi que les jours fériés sont majorés de 20 %;

AVIS : *Inscrire dans la section* Actes *du formulaire* Demande de paiement - Médecin n° 1200 *:*
*- le modificateur **173** ou un de ses multiples pour chaque service rendu;*
- les honoraires demandés en les calculant à 120 % du tarif de base majoré de 7 % (ou selon le % applicable du modificateur multiple utilisé, s'il y a lieu);
- dans la case ÉTABLISSEMENT *inscrire 00943.*

*Les multiples du modificateur **173** sont :*

Combinaison de modificateurs	***Modificateur multiple***	***Constante***
050 - 093 - 173	*319*	*0,6000*
093 - 094 - 173	*320*	*1,2000*
022 - 173	*558*	*1,2000*
024 - 173	*559*	*0,9000*
025 - 173	*560*	*0,3000*
037 - 173	*561*	*1,2000*
047 - 173	*562*	*1,2000*
050 - 173	*563*	*0,6000*
063 - 173	*564*	*1,8000*
093 - 173	*565*	*1,2000*
094 - 173	*566*	*1,2000*
129 - 173	*568*	*1,8000*
130 - 173	*569*	*1,2000*

4.05.03 Durant la période des rénovations, le médecin qui a vu ses revenus totaux baisser, a droit, pour chaque trimestre d'application au versement d'une compensation financière équivalent à la différence entre le montant de ses gains de pratique trimestriels moyens dans le secteur de sa pratique exclusive au CH Honoré-Mercier pendant la période de rénovation et le montant de ses gains de pratique durant la période de référence, et ce, sans tenir compte des majorations accordées par les sous-paragraphes 4.05.01 et 4.05.02 qui précèdent;

4.05.04 Pour avoir droit aux compensations prévues par la présente disposition, le médecin doit assurer pendant la durée des travaux de rénovation une disponibilité de service à l'établissement.

Pendant la durée de la présente lettre d'entente, le Comité paritaire peut, le cas échéant, vérifier si le médecin assure la disponibilité requise en tenant compte de divers facteurs dont, son statut, son niveau de participation aux activités de l'établissement, son nombre de jours de facturation, ses gains de pratique mensuels perçus durant la période de référence par rapport à ceux qu'il reçoit durant la période d'application.

S'il advenait que la disponibilité du médecin a diminué, le Comité paritaire peut exclure le médecin des bénéfices prévus par la présente lettre d'entente, modifier la période d'application à son endroit ou adapter le montant de la compensation financière en fonction de la pratique de celui-ci.

5.00 Dispositions générales

5.01 Aux fins du calcul des compensations financières prévues pour un trimestre ou partie de trimestre de la période visée par la présente lettre d'entente, les augmentations de tarifs intervenues postérieurement au trimestre ou partie de trimestre correspondant de l'année précédente sont appliquées à la rémunération de la période concernée.

5.02 Pour chacun des trimestres ou partie de trimestre de la période visée à la présente, les calculs relatifs à la détermination du niveau de la majoration compensatoire s'effectuent, par les parties, au cours du cinquième mois suivant de la période retenue. La Régie doit verser au médecin le montant relatif à cette majoration au plus tard au cours du sixième mois suivant de ladite période retenue.

5.03 Aux fins du calcul des compensations financières postérieures à mai 2005, la période de référence est l'année 2003.

5.04 Pour la période allant du 1er mai 2006 au 30 juin 2006, le comité paritaire fait le suivi de la rémunération des médecins pour les secteurs visés par la présente lettre d'entente et selon la méthodologie retenue. Dans le cas où une baisse significative de la rémunération eu égard à la période de référence prévue au paragraphe précédent est constatée, les parties conviennent de prendre les mesures additionnelles requises pour compenser adéquatement les médecins.

6.00 Comité paritaire

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en œuvre d'une lettre d'entente.

7.00 Entrée en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2004 et se termine le 30 avril 2006 sauf les dispositions de son paragraphe 5.04 qui prennent fin le 30 juin 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de décembre 2004.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 165

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 165

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (l'Agence) par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à l'Agence.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la période couverte par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cocher la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{O} 165*.*

Sur demande de l'Agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'Agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) il détient ou est réputé détenir un avis de conformité au plan régional des effectifs médicaux (PREM) de la Montérégie et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{o} 154*.

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

7. Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*
- sous ***quantième*** *: la journée du déplacement;*
- sous ***mode de rémunération*** *: le mode TH;*
- sous ***plage horaire*** *: la ou les plages horaires concernées;*
- sous ***code d'activité*** *: le code* ***002092*** *(temps de déplacement);*
- sous ***secteur disp.*** *: ne rien inscrire;*
- sous ***heures travaillées*** *: le nombre d'heures de déplacement;*
- sous ***total des heures travaillées*** *: le total des heures de déplacement.*
- ne rien inscrire dans les sections ***frais de déplacement et heures de déplacement****.*

La demande de paiement ***doit être contresignée*** *par le chef du DRMG ou son représentant.*

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

8. Présomption

Le médecin qui se prévaut de la présente lettre d'entente pour dispenser des services médicaux est présumé répondre aux exigences de l'article 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'entente générale, lorsque applicable.

9. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

ABROGÉE

10. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{o} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 166

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 166

Concernant la prise en charge du service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sorel par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale de l'Hôtel-Dieu de Sorel est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit pas de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois et peut être prolongée pour chaque année d'application pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés.

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

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

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200. *Ajouter le 15 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications – Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

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

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage ou dans le cadre de la desserte intrarégionale (Lettre d'entente n^{O} 165)

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

5.02 Le médecin qui exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou dans le cadre de la desserte intrarégionale (*Lettre d'entente n^{O} 165*) voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 %.

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200*. Ajouter le 15 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*
Pour les autres modes de rémunération*, voir AVIS sous 4.02.*

- Temps de déplacement : *les médecins autorisés à se prévaloir de la* Lettre d'entente n^{O} 165 *doivent se référer à l'avis sous l'article 7 de cette dernière pour facturer leur temps de déplacement.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante:

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes:

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

d) Il informe le comité paritaire du nom du médecin visé par le paragraphe 5.02.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2004 et se termine 31 mai 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 167

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 167

Concernant le financement des coûts supplémentaires découlant des conditions de rémunération de l'entente particulière s'appliquant en phase transitoire au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Sous réserve des articles 2 et 3 suivants, l'enveloppe budgétaire globale est rajustée à la hausse d'un montant égal à la dépense réelle supplémentaire découlant de l'application des dispositions de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables, en phase transitoire, au médecin qui exerce sa profession dans le cadre d'un groupe de médecine de famille.

2. Aux fins de l'application de l'article précédent, la dépense réelle donnant lieu au rajustement à la hausse ne comprend pas la dépense réelle découlant des dispositions relatives à la prise en charge et au suivi de la clientèle apparaissant à l'article VII de l'annexe V de cette entente particulière telle que modifiée au 1er janvier 2003.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2003 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale. Elle remplace, à partir du 1er juin 2003, la *Lettre d'entente n^{O} 118*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 168

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 168

Concernant l'affectation des sommes découlant de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale pour les années 2002-2003 et 2003-2004.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Niveau de la non-atteinte

1.00 Sur la base des données sur la dépense réelle pour les années allant du 1er avril 2002 au 31 mars 2003 et du 1er avril 2003 au 31 mars 2004, le montant de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale au 31 mars de chacune des deux années, est de 13,5 M$ pour l'année 2002-2003 et de 25,1 M$ pour l'année 2003-2004.

2.00 Sur une base récurrente, le montant de la non-atteinte est de 22,4 M$.

Versement des forfaitaires découlant de la non-atteinte

3.00 Les sommes accumulées au 31 mars de chacune des deux années sont versées, à chaque médecin, de façon forfaitaire et proportionnelle aux gains de chacun relativement à la rémunération globale versée dans le cadre du régime d'assurance maladie pour chacune des années en cause. Ces versements forfaitaires sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

Les parties transmettent à la Régie les montants dus à chaque médecin.

Affectation des sommes découlant de façon récurrente de la non-atteinte

4.00 L'affectation du montant découlant de façon récurrente de la non-atteinte est la suivante :

4.01 Une somme de 7,9 M$ sur une base annuelle est affectée au rehaussement des conditions de rémunération de la garde en disponibilité selon les modalités suivantes :

i) La rémunération de la garde en disponibilité au tarif de 51,90 $ par quart de huit (8) heures s'applique de 0 h à 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, pour la garde en disponibilité effectuée auprès des patients des soins de courte durée des CHSGS, du soutien à domicile des CLSC et des personnes hébergées en CHSLD.

ii) Le niveau du forfait régulier quotidien alloué dans le cadre de l'entente particulière relative aux soins dispensés aux patients admis en soins de courte durée des CHSGS est augmenté de 26,45 $ par jour. Le demi-forfait est augmenté de 13,25 $.

iii) Le forfait annuel alloué pour rémunérer la garde en disponibilité en obstétrique est augmenté à 4 254 $.

4.02 Un montant annuel de 4,9 M$ est consacré à la majoration des tarifs des examens faits en cabinet et à domicile selon les modalités suivantes :

a) Cette majoration est de 1 %;

b) Elle donne lieu à l'ajout à l'alinéa 9) du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale du pourcentage de 1 % de la rémunération relative aux examens et aux visites faites au cabinet et à domicile en plus du pourcentage de 1,69 % y apparaissant déjà.

4.03 Une somme annuelle de 0,45 M$ est consacrée à l'augmentation du taux de la contribution du gouvernement aux régimes d'assurance complémentaires obligatoires applicables aux médecins rémunérés selon le mode des honoraires fixes. Ce taux est porté à 1,96 %.

4.04 Une somme totale, sur une base annuelle, de 1,9 M$ est affectée à la rémunération des médecins qui exercent dans un service d'urgence selon les modalités suivantes :

i) Le supplément accordé pour les services dispensés, dans un service d'urgence, de 20 h à 24 h les jours de la semaine soit du lundi au vendredi à l'exception des journées fériées est augmenté de 50 $ à 80 $.

ii) Le forfait de nuit, les fins de semaine et les jours fériés, prévu au paragraphe 1.4 du préambule général à l'annexe V de l'entente générale est majoré de 10 %.

iii) Les services dispensés de 0 h à 8 h les fins de semaine et les jours fériés auprès d'un CLSC du réseau de garde et rémunérés selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire sont majorés de 5 %.

4.05 Une somme annuelle globale de 5,9 M$ est affectée au rehaussement du forfait alloué pour la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables. Ce forfait passe de 7 $ à 9 $ pour les services dispensés en cabinet et à domicile et de 15 $ à 22 $ pour les services dispensés en CLSC/UMF.

Cette mesure répond aux engagements apparaissant au paragraphe 9.01 du protocole d'accord amendé ayant pour objet la prolongation conventionnelle de l'entente générale se terminant le 31 mars 2002 et au paragraphe 4.02 de la *Lettre d'entente n^{O} 135* relative à l'application de l'entente relative aux clientèles vulnérables aux médecins qui exercent dans le cadre d'un groupe de médecine de famille (GMF).

4.06 Une somme de 0,3 M$ est allouée au rehaussement du supplément accordé dans le cadre de l'examen périodique du patient âgé de 0 à 5 ans. Ce supplément passe de 7 $ à 9 $.

4.07 Une somme annuelle de 36 000 $ est affectée à la rémunération, au tarif de 25 $, du complètement du formulaire H-509 utilisé dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein par un médecin qui exerce pour un Centre de référence et d'investigation désigné (CRID).

4.08 Une somme annuelle de 0,2 M$ est prévue pour le financement de la modification à apporter à l'entente particulière relative à la rémunération du chef de département clinique d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour permettre la rémunération du chef adjoint du département clinique de médecine générale dans le cas où un CHSGS compte plus d'une installation opérant une unité de soins de courte durée et un service d'urgence.

4.09 Une somme annuelle de 0,3 M$ est affectée au déplacement occasionné par un transfert ambulancier selon les modalités suivantes :

i) Un forfait de déplacement est accordé au médecin qui, dans le cas d'un transfert ambulancier d'un patient d'un service d'urgence d'un établissement à un autre établissement, est appelé pour effectuer lui-même ce transfert ou pour remplacer au service d'urgence le médecin qui effectue le transfert. Un seul forfait est accordé par déplacement.

   Le forfait est de 125 $ lorsque le transfert s'effectue entre 8 h et 18 h, de 175 $ lorsqu'il s'effectue entre 18 h et 24 h et de 250 $ entre 0 h et 8 h.

ii) Le tarif du transfert ambulancier interétablissement est ajusté au taux du tarif horaire.

4.10 Une somme de 0,6 M$ est affectée, sur une base annuelle, à l'ajout des établissements suivants à l'annexe XII-A de l'entente générale :

i) Le Centre de santé de Portneuf (CLSC-CHSLD de Portneuf) pour ses points de service de St-Marc-des-Carrières et de St-Raymond de Portneuf est ajouté à l'article 4 de cette annexe.

ii) Le CHVO, le CH Gatineau Memorial et le CH des Forestiers sont ajoutés à l'article 3 de cette annexe.

4.11 Une somme annuelle de 77,000 $ est allouée à la majoration des forfaits quotidiens prévus à l'entente particulière relative aux soins dispensés dans une unité de soins coronariens ou de soins intensifs.

4.12 Une somme annuelle de 12 000 $ est allouée pour accorder au médecin avec privilèges en chirurgie le supplément d'un tiers (1/3) du tarif des actes de chirurgie faits les samedi, dimanche et journées fériées et de 19 h à 7 h les autres jours.

5.00 Dispositions spécifiques à la garde en disponibilité

5.01 Les coûts découlant du rehaussement des conditions de rémunération de la garde en disponibilité tel que prévu à la présente lettre d'entente sont évalués à 13,2 M$. Outre l'affectation de la somme de 7,9 M$ dégagée, de façon récurrente, de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale, ces coûts seront financés comme suit :

i) L'application au 1er février 2005 de la mesure relative au rehaussement des conditions de rémunération de la garde en disponibilité permet de dégager, pour l'année allant du 1er avril 2004 au 31 mars 2005, une somme non récurrente de 6,6 M$. Cette somme est mise en réserve pour assurer le financement des coûts de la mesure relative au rehaussement des conditions de rémunération de la garde en disponibilité excédant 7,9 M$ pour les années 2005-2006 et 2006-2007.

ii) Le financement récurrent des coûts excédant la somme allouée de 7,9 M$ est assuré à même les paramètres monétaires accordés dans le cadre du renouvellement de l'entente générale. Ce financement récurrent est assuré, le cas échéant, dès l'année 2006-2007 si, pour les années 2005-2006 et 2006-2007, les coûts réels excédant la somme allouée annuellement de 7,9 M$ dépassent la réserve de 6,6 M$.

5.02 Une entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité est mise en application le 1er mai 2005. Elle remplace :

- L'entente particulière relative à la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
- L'entente particulière relative à la garde en disponibilité effectuée auprès de certains établissements (CHSLD et CLSC pour le maintien à domicile);
- L'entente particulière relative à la garde en disponibilité effectuée dans certains CLSC dans le cadre du réseau de garde intégré;
- Les dispositions relatives à la rémunération de la garde en disponibilité de l'entente particulière relative à la garde effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains CLSC du réseau de garde intégré.

6.00 Dispositions spécifiques à l'ajout d'établissements à l'annexe XII-A de l'Entente

6.01 Les coûts découlant de l'ajout d'établissements à l'annexe XII-A de l'Entente tel que prévu à la présente lettre d'entente sont évalués à 0,7 M$. Outre l'affectation de la somme de 0,6 M$ dégagée, de façon récurrente, de la non-atteinte de l'enveloppe budgétaire globale, ces coûts seront financés comme suit :

i) L'application au 1er février 2005 de la mesure relative à l'ajout d'établissements à l'annexe XII-A de l'Entente permet de dégager, pour l'année allant du 1er avril 2004 au 31 mars 2005, une somme non récurrente de 0,5 M$. Cette somme est mise en réserve pour assurer le financement des coûts de cette mesure excédant 0,6 M$ pour les années 2005-2006 et 2006-2007.

ii) Le financement récurrent des coûts excédant la somme allouée de 0,6 M$ est assuré à même les paramètres monétaires accordés dans le cadre du renouvellement de l'entente générale. Ce financement récurrent est assuré, le cas échéant, dès l'année 2006-2007 si, pour les années 2005-2006 et 2006-2007, les coûts réels excédant la somme allouée annuellement de 0,6 M$ dépassent la réserve de 0,5 M$.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2005 sauf pour son paragraphe 4.03 qui entre en vigueur le 1er juillet 2004 et son paragraphe 4.07 qui entre en vigueur le 1er avril 2004.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 169

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 169

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : Période de Noël et du Nouvel An s'échelonnant du 22 décembre 2004 au 4 janvier 2005, inclusivement; période de « relâche scolaire » s'échelonnant du 28 février au 6 mars 2005 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Le médecin doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant les périodes visées par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Le médecin doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du mercredi au mardi inclusivement pour la période des Fêtes et du lundi au dimanche inclusivement pour la période de relâche scolaire, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) d'assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements qu'à condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

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

5.02 Un forfait au montant de 3 250 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 750 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200) et inscrire les données suivantes :*
- *XXXX01010112 dans la case N*UMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code **19041** (montant de 3 250 $) ou le code **19042** (montant de 3 750 $) dans la case* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au dernier jour (le vendredi ou le dimanche selon le cas) de dispensation de la semaine de disponibilité;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 1er décembre 2004, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 1 875 $ pour chaque semaine d'engagement.

PÉRIMÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 10 décembre, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur semaine(s) de disponibilité attribué(es);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec la régie concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 novembre 2004 et se termine le 7 mars 2005.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 170

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 170

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

Article 1 - Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les modalités relatives à l'attribution et au versement de forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de nouveaux médecins dans certaines localités.

Article 2 – Condition générale d'application des forfaits d'accessibilité

2.1 Sous réserve des conditions et modalités contenues à la présente lettre d'entente, les forfaits d'accessibilité sont destinés à des médecins pour leur installation dans des localités non visées par les dispositions de l'annexe XII de l'entente générale.

Article 3 – Conditions d'admissibilité applicables aux projets favorisant l'installation de médecins

\+ **3.1** Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, un projet présenté par un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou, selon le cas, le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) doit, pour être admissible, répondre aux conditions ci-après énoncées :

\+ a) Il vise l'installation d'un ou plusieurs médecins dans une MRC, ou une partie de celle-ci, faisant partie du territoire de ce CISSS ou ce CIUSSS;

b) La MRC visée, ou partie de celle-ci, subit sur son territoire une grave pénurie d'effectifs médicaux oeuvrant en première ou deuxième ligne;

c) La MRC visée, ou partie de celle-ci, peut en outre présenter les caractéristiques d'un milieu rural, notamment si elle compte moins de 15 000 habitants ou, encore, si elle ne comporte aucune localité de plus de 5 000 habitants;

d) Le plan régional d'effectifs médicaux autorise l'agence à y installer sur le territoire qu'elle dessert le ou les nouveaux médecins visés par son projet;

\+ e) Des activités médicales particulières sont disponibles sur le territoire du CISSS ou du CIUSSS pour le candidat médecin désirant s'y installer;

f) Le projet doit être soumis au comité paritaire au plus tard le 30 janvier de chaque année ou le cas échéant, à toute autre date de présentation fixée par le comité paritaire;

g) Exceptionnellement, il peut viser une localité hors MRC à la condition cependant que la localité soit confrontée depuis plus d'un an à une grave pénurie d'effectifs médicaux oeuvrant en première ou deuxième ligne.

En ce cas, en faisant les adaptations nécessaires les modalités et conditions prévues par la présente lettre d'entente s'appliquent.

Article 4 – Conditions d'admissibilité du médecin

4.1 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

a) Il ne pratique pas ou n'a pas pratiqué dans les vingt-quatre (24) mois précédant sa demande d'installation dans la MRC pour laquelle il soumet sa candidature en vue d'obtenir un forfait d'accessibilité;

b) Il doit obtenir de l'agence de la MRC où il désire s'installer un avis de conformité selon l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux;

c) Au cours de sa pratique, il n'a jamais bénéficié pendant quatre (4) ans ou plus de primes d'installation et de maintien dans les régions désignées allouées dans le cadre des mesures non négociées;

d) Il n'a pas non plus bénéficié de telles primes, au sens de l'alinéa précédent, au cours des douze (12) mois qui précèdent la date projetée de son installation indiquée dans sa demande de forfait d'accessibilité. Cette dernière condition est réputée respectée lorsque d'une part, le début de son engagement est reporté de douze (12) mois suivant sa date de départ d'une région désignée et, d'autre part, il ne reçoit pas au cours de cette dernière période de versement de forfait d'accessibilité;

e) Le médecin qui a opté pour le remboursement de bourses accordées en vertu de l'article 88 de la *Loi sur l'assurance maladie* voit la date de début de sa période d'engagement reportée de douze (12) mois suivant la fin de son remboursement;

f) Il s'engage à pratiquer de façon régulière et significative pour une période continue de vingt-quatre (24) mois dans la MRC ou dans la partie de la MRC visée par le projet;

+ g) Il s'engage à exécuter les activités médicales particulières auxquelles il est assujetti dans le territoire du CISSS ou du CIUSSS qui lui alloue un forfait d'accessibilité;

h) Il autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) à transmettre au comité paritaire les données pertinentes concernant sa rémunération;

i) Aux fins de la présente lettre d'entente, il doit signer un engagement et notamment, y préciser la date effective du début de sa pratique régulière dans la MRC ou partie d'une MRC tel qu'apparaissant au projet favorisant l'installation de médecins.

4.2 Exceptionnellement, pour des motifs jugés valables le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine, permettre que le médecin déroge à des dispositions du paragraphe 4.1 et du paragraphe 5.1.

Article 5 – Pratique régulière

5.1 Un médecin est considéré pratiquer de façon régulière et significative dans une MRC ou une partie de celle-ci visée par les présentes lorsqu'il y effectue au moins 60 % de sa pratique totale dans le cadre du régime d'assurance maladie en termes de jours de pratique. Le calcul se fait sur la base de douze (12) mois à compter de la date effective de son installation dans une MRC ou partie de celle-ci visée par la présente lettre d'entente. Ne fait pas partie du 60 % de la pratique régulière celle faite dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou d'une lettre d'entente relative à une desserte intrarégionale.

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

6.1 Aux fins des présentes, le médecin qui s'installe dans une MRC ou une partie de celle-ci visée par la présente lettre d'entente a droit au versement d'un forfait d'accessibilité au montant de 22 090 $ au 1er janvier 2012 et de 23 027 $ au 1er juin 2013.

Le montant du forfait d'accessibilité est sujet à l'application de l'article 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.2 Le forfait d'accessibilité est versé en un seul paiement par la Régie, et ce, dans les trois (3) mois suivants la date du début de la pratique régulière du nouveau médecin dans le cadre de son engagement.

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

Article 7 – Non respect de l'engagement

7.1 Sauf circonstances exceptionnelles soumises pour approbation du comité paritaire, le médecin qui ne respecte pas l'engagement qu'il a souscrit aux termes des présentes est tenu de rembourser à la Régie la totalité ou, selon la décision du comité paritaire, une partie du forfait d'accessibilité qui lui a été versé conformément aux modalités prévues par l'article 6 qui précède.

Article 8 – Banque

8.1 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, vingt (20) forfaits d'accessibilité d'un montant de 22 090 $ au 1er janvier 2012 et de 23 027 $ au 1er juin 2013 chacun sont alloués annuellement au cours d'une année d'application comprise entre le 1er avril et le 31 mars de chaque année;

8.2 Tout forfait non versé au cours d'une année d'application peut être versé à un médecin au cours de l'année suivante une fois que les vingt (20) forfaits disponibles au cours de cette même année auront été versés. Un forfait non versé au cours d'une année ni au cours de l'année suivante ne peut être versé ultérieurement;

8.3 Tout forfait remboursé au sens du paragraphe 7.1 ne peut être alloué de nouveau.

Article 9 – Modalités de fonctionnement

9.1 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) En prévision de l'attribution annuelle des vingt (20) forfaits d'accessibilité, il invite les agences à lui présenter des projets favorisant l'installation de médecins;

b) Dans les trente (30) jours suivants la réception d'un projet, il informe par écrit l'agence de sa décision quant à l'admissibilité ou à la non-admissibilité du projet présenté;

c) Dans les trente (30) jours suivants la date de présentation de la candidature d'un médecin par une agence, il informe cette dernière de sa décision quant à l'admissibilité du médecin au projet;

d) Il reçoit l'engagement écrit du médecin;

e) Il transmet à la Régie les informations pertinentes à l'application des dispositions de la présente entente;

f) Il informe la Régie de la date effective du début de pratique du médecin dans la MRC ou la partie de celle-ci concernée;

g) Il décide de l'application des dispositions de l'article 7 et il transmet à la Régie l'information pertinente;

h) Advenant qu'au cours d'une année la totalité des forfaits prévue par l'article 8.1 ne soit pas entièrement attribuée, il peut, à des dates qu'il détermine, inviter les agences à lui présenter de nouveaux projets.

+ **Article 10 – Fonctions du CISSS ou du CIUSSS**

+ **10.1** Le CISSS ou le CIUSSS remplit les fonctions suivantes :

a) Elle présente son projet favorisant l'installation de médecins au comité paritaire au plus tard le 30 janvier de chaque année;

b) Au plus tard le 30 août suivant, elle présente au comité paritaire les candidatures de médecins visés par son projet;

c) Elle avise par écrit le médecin de son admissibilité ou non au projet préalablement approuvé par le comité paritaire;

d) Elle fait signer au médecin l'engagement prévu par l'article 4 des présentes et en transmet un exemplaire au comité paritaire.

Article 11 – Entrée en vigueur et durée

11.1 La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 156* du 18 mars 2004. Elle entre en vigueur le 1er septembre 2004 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de février 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 171

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 171

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la période couverte par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{o} 171*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{o} 154*.

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

7. Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*

*- sous **quantième** : la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
*- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité** : le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Présomption

Le médecin qui se prévaut de la présente lettre d'entente pour dispenser des services médicaux est présumé répondre aux exigences de l'article 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'entente générale, lorsque applicable.

9. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

10. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 16 décembre 2004 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{o} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 172

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 172

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans un établissement en pénurie d'effectifs désigné par les parties.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Établissement visé

L'agence par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'établissement devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région sociosanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un* ***avis de service*** *(formulaire 3547) pour chaque médecin concerné en y inscrivant la période couverte par cet avis de service. Sous la section* Situation d'entente*, cochez la case* LETTRE D'ENTENTE *et inscrire* Lettre d'entente n^{o} 172*.*

Sur demande de l'agence, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque établissement désigné aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région sociosanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe l'agence ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ABROGÉE

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région sociosanitaire de l'Outaouais et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'établissement désigné. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la *Lettre d'entente n^{o} 154*.

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

7. Modalités de rémunération

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

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

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les informations suivantes dans leur partie respective :*

*- sous **quantième** : la journée du déplacement;*
*- sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
*- sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
*- sous **code d'activité** : le code **002092** (temps de déplacement);*
*- sous **secteur disp.** : ne rien inscrire;*
*- sous **heures travaillées :** le nombre d'heures de déplacement;*
*- sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être contresignée par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Présomption

Le médecin qui se prévaut de la présente lettre d'entente pour dispenser des services médicaux est présumé répondre aux exigences de l'article 1.2 de la section I de l'annexe XII de l'entente générale, lorsque applicable.

9. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

10. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 14 janvier 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 décembre 2015 par l'*Amendement n^{o} 145*. Elle est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 285*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 173

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 173

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 20 juin au 9 septembre 2005 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Il doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, qu'à la condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 250 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 750 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(n^{O} 1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 250 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 750 $) dans la case* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au dernier jour (le vendredi ou le dimanche selon le cas) de dispensation de la semaine de disponibilité;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 31 mai 2005, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation, après le 20 mai 2005, du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 1 875 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

IMPRIMÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 1er juin 2005, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2005 et se termine le 10 septembre 2005.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de juillet 2005

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 174

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 174

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

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

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit pas de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une ou des périodes supplémentaires moindres dont la durée totale ne dépasse pas six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés;

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

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

AVIS : ***- Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200. *Ajouter le 15 % à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

- Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activité suivants :

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications – Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

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

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage ou dans le cadre de la desserte intrarégionale (*Lettre d'entente n^{O} 160*)

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

5.02 Le médecin qui exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou dans le cadre de la desserte intrarégionale (*Lettre d'entente n^{O} 160*) voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 %.

AVIS : *- **Rémunération à l'acte :***
Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200. **Ajouter le 15 %** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*
***Pour les autres modes de rémunération**, voir AVIS sous 4.02.*
***- Temps de déplacement :** les médecins autorisés à se prévaloir de la* Lettre d'entente n^{O} 160 *doivent se référer à l'avis sous l'article 7 de cette dernière pour facturer leur temps de déplacement.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes:

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

d) Il informe le comité paritaire du nom du médecin visé par le paragraphe 5.02.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mars 2005 et se termine le 28 février 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21e jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 175

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 175

Concernant le financement de l'application de l'entente particulière ayant pour objet certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une clinique réseau aux quatorze (14) premières cliniques-réseau accréditées par l'Agence de Montréal.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les coûts découlant de l'application de l'entente particulière concernant les cliniques-réseau aux quatorze (14) premières cliniques-réseau accréditées par l'Agence de Montréal, tel que prévu à l'article 9.00 de cette entente, sont financés, sur une base récurrente, à même les paramètres monétaires qui seront consentis dans le cadre du renouvellement de l'entente générale échue le 31 mars 2004.

2.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour de juillet 2005.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 176

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 176

Concernant certaines modalités d'application et de financement découlant de l'Amendement n^{o} 90.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les coûts découlant de l'introduction, par les paragraphes 2 A) et 2 B), du forfait de déplacement pour l'examen et le constat médico-légal pour le patient présumé victime d'assaut sexuel sont financés à même les sommes prévues pour le financement de la garde en disponibilité selon les dispositions de l'article 5.00 de la *Lettre d'entente n^{o} 168*.

2.00 Les coûts découlant des modifications apportées à l'annexe V par l'article 2, sauf les paragraphes visés à l'article 1.00 des présentes, ainsi que ceux relatifs aux modifications apportées par l'article 6 à l'entente particulière relative aux soins intensifs ou coronariens et ceux découlant des modifications apportées par l'article 4 relatif à la *Lettre d'entente n^{o} 110* seront financés à même les paramètres monétaires qui seront consentis dans le cadre du renouvellement de l'entente générale ou selon toute autre modalité convenue par les parties.

3.00 La modification apportée par l'article 3 de l'*Amendement n^{o} 90*, en vigueur le 1er février 2005, donne lieu, pour la période du 1er janvier 2003 au 31 janvier 2005 à une application rétroactive, selon les dispositions en vigueur pendant cette période, sous la forme d'un montant forfaitaire accordé à chaque médecin proportionnellement, pour la période en cause, au nombre d'heures de garde sur place effectuées le soir entre 20 h et 24 h pendant les jours de semaine, à l'exception des jours fériés, dans le service d'urgence d'un établissement visé par la modification soit un établissement couvert par l'entente particulière relative au Grand-Nord ou par l'entente relative aux Îles-de-la-Madeleine ou effectuées par le médecin qui exerce dans la région 17, 18 ou au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord et qui est rémunéré selon le mode des honoraires fixes sur la base de droits acquis.

Le calcul des montants forfaitaires sera effectué par les parties négociantes selon une méthodologie dont elles auront convenu. Elles informent la Régie des montants à verser à chaque professionnel concerné. Les montants forfaitaires sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale. Ces montants forfaitaires seront versés le ou vers le 15 octobre 2005.

4.00 Le financement des sommes versées en vertu des dispositions de l'article précédent est assuré par le montant de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base non récurrente, pour l'année 2004-2005.

5.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montréal, ce 16^{e} jour de janvier 2006.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 177

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 177

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : Période de Noël et du Nouvel An s'échelonnant du 22 décembre 2005 au 4 janvier 2006, inclusivement; période de « relâche scolaire » s'échelonnant du 25 février au 12 mars 2006 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Le médecin doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant les périodes visées par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Le médecin doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du jeudi au mercredi inclusivement pour la période des Fêtes et soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement pour la période de relâche scolaire, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) d'assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements qu'à condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme de dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 3 250 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 750 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(n^{O} 1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 250 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 750 $) dans la case* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le mercredi, le vendredi ou le dimanche selon le cas);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 2 décembre 2005, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 1 875 $ pour chaque semaine d'engagement non respectée.

IMPRIMÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 9 décembre 2005, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 novembre 2005 et se termine le 13 mars 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23^{e} jour de mars 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 178

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 178

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 19 juin au 8 septembre 2006 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Il doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, qu'à la condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 250 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 750 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 250 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 750 $) dans la case* Actes*;*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL
- *la date de service correspondant au dernier jour (le vendredi ou le dimanche selon le cas) de la semaine de disponibilité;*
- *le code de localité de votre lieu habituel de pratique.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 31 mai 2006, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation, après le 19 mai 2006, du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 1 875 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 2 juin 2006, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2006 et se termine le 9 septembre 2006.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23^{e} jour de mars 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 179

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 179

Concernant la révision des modalités de rémunération applicables aux services dispensés dans certaines unités de soins intensifs ou coronariens.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De revoir les modalités de rémunération des services dispensés auprès des patients de certaines unités de soins intensifs ou coronariens ainsi qu'à l'évaluation de l'impact financier des modifications qui seraient retenues au plus tard le 31 octobre 2006;

2. Le financement des modifications ainsi retenues seraient jusqu'à un maximum de 0,5 M $ assuré par les disponibilités dégagées par l'application des paramètres monétaires consentis par l'accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant conventionnellement le 31 mars 2004 ou, le cas échéant, de considérer que la révision de ces modalités de rémunération constitue une priorité convenue par les parties et d'en assurer le financement dès que l'application des dispositions prévues au paragraphe 1.04 de ce même accord-cadre le permet.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette lettre d'entente est remplacée par la* Lettre d'entente n^{o} 185*.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^{e} jour de janvier 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

REMPLACÉE

LE - N^{o} 180

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 180

Concernant l'application de certaines dispositions de l'entente particulière relative aux services de médecine familiale, de prise en charge et de suivi de la clientèle ayant trait à la rémunération du forfait de responsabilité dans le cadre d'une pratique de groupe en cabinet et en CLSC.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Aux fins de l'application des dispositions ayant trait à la facturation du forfait de responsabilité dans le cadre d'une pratique de groupe telles que prévues à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi de la clientèle aux médecins qui exercent dans un CLSC ou un cabinet non reconnus comme unité de médecine familiale ou comme GMF, de confier à un comité paritaire le mandat suivant :

- de déterminer les conditions qui caractérisent la pratique de groupe et auxquelles doit répondre un groupe de médecins qui exercent en cabinet ou CLSC, conditions qui, notamment, peuvent être le dossier-patient unique, le partage des frais d'exploitation du cabinet, l'occupation de lieux communs et contigus;
- de définir les conditions de la codification d'un cabinet privé et de l'attribution d'un numéro de facturation par la Régie permettant notamment l'identification des médecins qui forment un groupe de médecins. Ces conditions devront également préciser toutes les modalités afférentes à cette codification dont la nature des informations colligées et leur mise à jour régulière;
- de définir les procédures relatives à la désignation d'un CLSC ou d'un cabinet;
- d'évaluer l'impact financier de la désignation de cabinets et de proposer aux parties les modalités de financement requises.

2. Le comité paritaire devra soumettre aux parties ses recommandations au plus tard le 31 mars 2007.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^{e} jour de janvier 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 181

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 181

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : Période de Noël et du Nouvel An s'échelonnant du 22 décembre 2006 au 4 janvier 2007, inclusivement; période de « relâche scolaire » s'échelonnant du 24 février au 11 mars 2007 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Le médecin doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant les périodes visées par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Le médecin doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du vendredi au jeudi inclusivement pour la période des Fêtes et soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement pour la période de relâche scolaire, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui tiendront compte, dans la mesure du possible, des choix de dates formulés par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de 8 à 12 heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) d'assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements qu'à condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme de dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 3 315 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 825 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 315 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 825 $) dans la section* Actes *(montant soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour*** *(le jeudi, le vendredi ou le dimanche selon le cas)* ***de la semaine de disponibilité****;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 1er décembre 2006, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 1 912 $ pour chaque semaine d'engagement non respectée.

IMPRIMÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 8 décembre 2006, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage, s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 13 octobre 2006 et se termine le 12 mars 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^{e} jour de janvier 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 182

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 182

Relative au suivi, par le même médecin omnipraticien, des travailleurs victimes de lésion professionnelle.

ATTENDU QUE la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* confie au médecin qui a charge du travailleur la détermination du diagnostic, de la date ou de la période de consolidation de la lésion, de la nature, de la nécessité, de la suffisance ou de la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits, de l'existence ou du pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur ou de l'existence ou de l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

ATTENDU QUE le médecin omnipraticien est, de façon générale, le premier à dispenser des services professionnels aux travailleurs victimes de lésion professionnelle et à assurer le suivi médical requis;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail a l'obligation d'assurer au travailleur victime de lésion professionnelle l'assistance médicale que requiert son état, tout en poursuivant l'objectif de maintenir le lien d'emploi de ce travailleur;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec partagent l'objectif de permettre au travailleur victime de lésion professionnelle le plus prompt et durable retour au travail de celui-ci;

ATTENDU QUE la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec croient que le suivi, par le même médecin omnipraticien, d'un travailleur victime de lésion professionnelle pourrait permettre le plus prompt et durable retour au travail de celui-ci :

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. La Commission de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec créent, relativement à l'hypothèse du suivi, par le même médecin omnipraticien, des travailleurs victimes de lésion professionnelle, un comité technique chargé :

a) de cerner la notion de suivi, par le même médecin omnipraticien, applicable aux travailleurs victimes de lésion professionnelle;

b) d'identifier des mesures et des modalités spécifiques aux fins d'assurer ce suivi, par le même médecin omnipraticien, des travailleurs victimes de lésion professionnelle;

c) de formuler des recommandations pour permettre, le cas échéant, la mise en place des conditions spécifiques de suivi, par le même médecin omnipraticien, des travailleurs victimes de lésion professionnelle;

d) de préciser des indicateurs permettant d'évaluer la mise en place, s'il y a lieu, de cette notion de suivi, par le même médecin omnipraticien, des travailleurs victimes de lésion professionnelle;

e) de proposer, dans une telle éventualité, des mesures de bonification de la tarification des services médico-administratifs.

2. Le comité technique devra, au plus tard le 31 mars 2008, déposer son rapport conformément au présent mandat.

3. Le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, en collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail, verront, selon les recommandations du rapport soumis, à en préciser les modalités d'application.

ABROGÉE

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Veuillez noter que cette lettre d'entente est abrogée par l'*Amendement n^{O} 111.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4e jour d'avril 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

RÉAL BISSON
Président du conseil d'administration et chef de
la direction par intérim
Commission de la santé
et de la sécurité du travail

ABROGÉE

LE - N^{o} 183

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 183

Concernant le versement de montants forfaitaires découlant de certaines dispositions de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant conventionnellement le 31 mars 2004.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 À l'exception des modifications de tarifs prévues à l'*Amendement n^{o} 95* concernant les modes des honoraires fixes et du tarif horaire ainsi que concernant les *per diem* et forfaits des ententes particulières du Grand-Nord, de Chibougamau et du Nunavik, Baie James (régions 17 et 18) et C.S. de la Basse Côte-Nord ainsi que concernant le forfait prévu au paragraphe 11 A) et relatif à l'entente particulière de l'anesthésie, toutes les modifications de tarifs prévues à cet amendement et entrant en vigueur au cours de la période allant du 1er avril au 30 septembre 2006 et qui n'ont pas déjà été payés ou prépayés aux nouveaux tarifs sont remplacées par la mesure suivante :

a) Est versé au médecin un montant forfaitaire équivalent aux augmentations prévues pour la période du 1er avril au 30 septembre 2006 de la rémunération versée pour les services en cause dispensés au cours de la période du 1er avril au 30 septembre 2006;

AVIS : *Montant forfaitaire versé en date du 2 avril 2007.*

b) Ce montant est versé le ou vers le 31 mars 2007 selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Un montant forfaitaire est versé au médecin relativement à des services spécifiés à l'*Amendement n^{o} 96.* Ce montant est équivalent à 2 % :

a) de la rémunération versée pour les services dispensés au cours de la période allant du 1er avril 2006 au 31 mars 2007 et prévus aux paragraphes 1B)b), 1C)a), 1C)c) et 1D) de l'*Amendement n^{o} 96* et

b) de la rémunération versée pour les services prévus aux articles 4, 5 et 6 de cet amendement en remplacement de la modification de tarif qui y est prévue pour la période allant du 1er avril 2006 au 31 mars 2007.

Ce montant forfaitaire tient compte dans le calcul du 2 % des modifications intervenues en date du 1er avril 2006 et concernant les modificateurs suivants : 27 % des services dispensés la fin de semaine ou un jour férié dans un service d'urgence (3 A) b) de l'*Amendement n^{o} 95*) et majoration des modificateurs applicables aux actes posés auprès d'un malade admis (paragraphe 14 A) de l'*Amendement n^{o} 95* et article 4 de l'*Amendement n^{o} 96*).

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2006 et le 30 septembre 2006, ce montant est versé le ou vers le _____ selon des modalités à convenir entre les parties;

AVIS : *Montant forfaitaire versé en date du 7 mai 2007.*

b) pour la période comprise entre le 1er octobre 2006 et le 31 mars 2007, ce montant est versé le ou vers le _____selon des modalités à convenir entre les parties.

3.00 Un montant forfaitaire équivalent à 2 % des forfaits versés en vertu des articles 4.00 ou 5.00 de l'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers des soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens, est payé au médecin selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2006 et le 30 septembre 2006, ce montant est versé le ou vers le _____ selon des modalités à convenir entre les parties;

AVIS : *Montant forfaitaire versé en date du 7 mai 2007.*

b) pour la période comprise entre le 1er octobre 2006 et le 31 mars 2007, ce montant est versé le ou vers le _____selon des modalités à convenir entre les parties.

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de novembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 184

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 184

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre de santé et services sociaux de Sept-Iles par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre de santé et des services sociaux de Sept-Iles est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit pas de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.00 Engagement

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

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés;

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

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

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

AVIS : ***Rémunération à l'acte*** *:*

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200 *et facturer vos services en* ***ajoutant le 15 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activité suivants:

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (****TH*** *seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (****HF*** *seulement)*

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants:*

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

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

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage.

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

AVIS : *Pour les professionnels rémunérés à l'acte : Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services en* ***ajoutant le 15 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

5.02 Le médecin qui exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 % s'il respecte les conditions suivantes :

- Il s'engage, par écrit, à assumer un nombre déterminé de gardes selon les modalités établies par l'établissement
- Il respecte cet engagement pour la période visée.

AVIS : *Pour les professionnels rémunérés à l'acte : Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services en* ***ajoutant le 15 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 et 5.01;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

d) Il informe le comité paritaire du nom du médecin visé par le paragraphe 5.02 et le cas échéant, du non-respect de l'engagement pris par ce dernier.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2007 et se termine le 31 mars 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de novembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 185

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 185

Concernant la révision des modalités de rémunération applicables aux services dispensés dans certaines unités de soins intensifs ou coronariens.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De revoir les modalités de rémunération des services dispensés auprès des patients de certaines unités de soins intensifs ou coronariens ainsi que l'évaluation de l'impact financier des modifications qui seraient retenues au plus tard le 31 octobre 2006;

2. Le financement des modifications ainsi retenues seraient, jusqu'à un maximum de 0,5 M$, assuré par les disponibilités dégagées par l'application des paramètres monétaires consentis par l'accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant conventionnellement le 31 mars 2004 ou, le cas échéant, de considérer que la révision de ces modalités de rémunération constitue une priorité convenue par les parties et d'en assurer le financement dès que l'application des dispositions prévues au paragraphe 1.04 de ce même accord-cadre le permet.

3. Dans le cas où les modifications convenues génèrent des coûts supérieurs à 0,5 M$, le financement de ces coûts devra être assuré selon des modalités à convenir par les parties.

4. Dans le cas où les modifications convenues entrent en vigueur à une date autre que celle du 1er avril 2007, un montant forfaitaire équivalent à 5 % de la rémunération versée pour les services dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens est versé au médecin pour la période allant du 1er avril 2007 à la date d'entrée en vigueur des modifications convenues.

5. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{o} 179*. Elle entre en vigueur le 1er juillet 2006 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de novembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 187

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 187

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 23 juin au 7 septembre 2007 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;
  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, jusqu'à cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;
  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;
- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, qu'à la condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 315 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 825 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Remplir le formulaire* Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 315 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 825 $) dans la section* Actes *(montant soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour*** *(le vendredi ou le dimanche selon le cas)* ***de la semaine de disponibilité****;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

TERMINÉE

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 31 mai 2007, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation, après le 18 mai 2007, du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 1 912 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 1er juin 2007, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2007 et se termine le 8 septembre 2007.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 7^{e} jour de novembre 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 188

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 188

Concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec (ÉVAQ).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de déterminer les conditions de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec.

2. Champ d'application

2.1 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

3.1 Les activités professionnelles visées couvrent l'ensemble des services dispensés par les médecins-escortes, ceux dispensés par les médecins responsables de l'intervention téléphonique ainsi que les activités médico-administratives.

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

- ***016045*** *Activités d'évacuation aéromédicale;*
- ***016135*** *Activités rémunérées autres que celles des médecins-escortes.*

4. Banque d'heures allouée

4.1 Est allouée pour la rémunération de l'ensemble des services visés aux présentes une banque de huit cent soixante et une (861) heures par période de vingt-huit (28) jours dont au plus cent vingt (120) heures peuvent être consacrées à rémunérer des activités autres que celles des médecins-escortes.

4.2 Tout dépassement de la banque d'heures allouée doit être soumis et autorisé par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale.

5. Modalités de rémunération

+ **5.1** Le médecin détenteur d'une nomination avec privilèges en évacuation aéromédicale dans le service d'urgence du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus, lorsqu'il exerce dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale au Québec, est rémunéré selon le mode du tarif horaire auquel s'ajoute un forfait par mission effectuée. Ce forfait est de 437,50 $ au 1er juin 2013 et de 469,20 $ au 12 mai 2015 pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situé au nord-ouest de la Ville de Québec et de 312,55 $ au 1er juin 2013 et de 335,20 $ au 12 mai 2015 pour une mission qui se rend à un ou des lieux d'embarquement situé à l'est de la Ville de Québec.

Une mission débute lorsque le médecin est sur place à l'aéroport en prévision d'un vol et se termine généralement lors du retour du médecin à l'aéroport de Québec, suite à l'accompagnement du ou des patients dans un milieu hospitalier local, lorsque requis. Lorsqu'une nouvelle mission a comme point de départ l'aéroport de Montréal, de Mont-Joli ou de Sherbrooke, la mission qui la précède se termine alors à l'aéroport de Montréal, de Mont-Joli ou de Sherbrooke, selon le cas. Le médecin peut, le cas échéant, recevoir plus d'un forfait par période de garde.

Dans le cas exceptionnel où le médecin est appelé, lors d'une mission, à se rendre tant dans le nord-ouest que dans l'est, il peut alors facturer pour la même mission les deux forfaits ci-haut prévus.

Le forfait n'est pas sujet à l'application de la majoration prévue au paragraphe 5.4 ci-dessous.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) en y inscrivant les données suivantes :*

- *XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- *la date et le code d'acte* ***19439*** *(pour une mission vers le Nord-Ouest de la Ville de Québec) ou le code d'acte* ***19440*** *(pour une mission vers l'Est de la Ville de Québec) dans la section* Actes*;*
- *ne* ***rien*** *inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *le code d'établissement correspondant* ***au service d'urgence de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (02037)****;*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL *(non soumis à la rémunération différente).*

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

L'établissement doit faire parvenir à la Régie le nom des médecins à qui il octroie des privilèges en évacuation aéromédicale par le biais d'une lettre ou d'un avis de service.

5.2 Les services dispensés par les médecins-escortes sont rémunérés sur la base des modalités suivantes :

a) les heures de garde assumées par le médecin durant le quart de garde sous sa responsabilité sont rémunérées à tarif horaire;

b) les heures de garde en disponibilité assumées par le médecin avant le début de son quart de garde sont rémunérées à tarif horaire à raison d'une (1) heure par quart de garde quelle que soit la durée du quart de garde;

AVIS : *Utiliser le code d'activité* ***016045*** *et inscrire une heure par quart de garde sous* ***heures travaillées****.*

c) les heures supplémentaires faites en déplacement suite au quart de garde du médecin sont rémunérées à tarif horaire pour la totalité des heures faites en déplacement, le déplacement débutant à l'heure du départ à l'aéroport de Québec et se terminant à l'heure du retour à l'aéroport de Québec, suite à l'accompagnement du ou des patients dans un milieu hospitalier local, lorsque requis.

5.3 Un médecin visé par la présente lettre d'entente peut se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement (temps et transport) prévus aux paragraphes 30.04 à 30.07 inclusivement de l'entente générale s'il remplit les conditions suivantes :

a) à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, son domicile et son lieu principal de pratique se situent dans une région sociosanitaire autre que la région de la Capitale nationale (03) ou que la région de Chaudière-Appalaches (12);

b) il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail dans l'établissement où il exerce de façon régulière;

c) l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire responsable de l'application de l'article 30.00 de l'entente générale relatif au dépannage;

d) il obtient l'autorisation du directeur national d'évacuation aéromédicale du Québec de se prévaloir des dispositions du présent paragraphe. Cette autorisation doit être renouvelée annuellement.

AVIS : *L'établissement doit préciser sur l'avis de service formulaire 3547 si le médecin visé est autorisé à se prévaloir des dispositions du présent paragraphe.*

5.4 Une majoration de 8,9 % de la rémunération de base payée au taux du tarif horaire est accordée pour tous les services dispensés et cela en tout temps.

5.5 Un supplément est accordé pour la partie de mission qui est effectuée de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée et de 8 h à 24 h les samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du supplément est, par quart de quatre (4) heures, de 129,60 $ au 1er janvier 2012 et de 135 $ au 1er juin 2013.

Ce supplément est divisible en heures. Il n'est pas sujet à l'application de la majoration prévue ci-dessus.

AVIS : ***Pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi à l'exception d'une journée fériée :***

Veuillez utiliser une Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) en y inscrivant les données suivantes :*

- *la date et le code d'acte* ***09791****;*
- *XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *les heures de début et de fin de période de garde dans la cas* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;*
- *le code d'établissement correspondant* ***au service d'urgence (02037)*** dans la case ÉTABLISSEMENT*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL*.*

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

Pour les services dispensés de 8 h à 24 h les samedi, dimanche ou journée fériée :

Veuillez utiliser une Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) en y inscrivant les données suivantes :*

- *la date et le code d'acte* ***19953****;*
- *XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *les heures de début et de fin de période de garde dans la cas* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*;*
- *le code d'établissement correspondant* ***au service d'urgence (02037)*** dans la case ÉTABLISSEMENT*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL*.*

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

5.6 Aux fins de l'application de l'annexe IX, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de cette annexe.

6. Ressourcement

+ **6.1** Pour les fins de sa pratique à ÉVAQ, le médecin qui effectue un stage de ressourcement en néonatalogie dans une unité de néonatalogie d'un centre hospitalier ou qui participe à des journées de formation en néonatalogie reçoit une allocation forfaitaire pour une période de formation de huit (8) heures ou de quatre (4) heures selon le cas. Le montant de l'allocation forfaitaire pour une période de formation de huit (8) heures est de 652,60 $ au 1er janvier 2012 et de 680,30 $ au 1er juin 2013 et le montant de l'allocation forfaitaire pour une période de formation de quatre (4) heures est de 326,30 $ au 1er janvier 2012 et de 340,15 $ au 1er juin 2013. Le stage de ressourcement ou la formation doivent avoir reçu préalablement l'approbation de la direction d'ÉVAQ.

AVIS : *Utiliser une* Demande de paiement - Médecin *(n^{O} 1200) en y inscrivant les données suivantes :*

- *le code XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *la date et le code d'acte* ***19441*** *(stage de ressourcement pour une période de formation de* ***8 heures****) ou le code d'acte* ***19442*** *(stage de ressourcement pour une période de* ***4 heures****) dans la section* Actes*;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *le code d'établissement correspondant au lieu du stage;*
- *les honoraires* ***(non soumis à la rémunération différente)****.*

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

La direction d'ÉVAQ fait parvenir à la Régie l'approbation donnée mentionnant le nom du médecin visé, le lieu du stage ou de la formation, la durée accordée, les dates visées ainsi que la possibilité ou non de facturer l'allocation supplémentaire pour compenser les frais de cabinet.

6.2 Il peut se prévaloir des dispositions du présent article pour au plus cinq (5) jours ou quarante (40) heures et une seule fois dans le cadre de sa pratique à ÉVAQ.

6.3 Pour le médecin qui exerce de façon régulière en cabinet, une allocation supplémentaire est accordée pour compenser les frais de cabinet lorsque la journée de formation ou la demi-journée selon le cas, a lieu une journée pendant laquelle il aurait exercé en cabinet. Le montant de l'allocation supplémentaire pour une journée de stage est de 188 $ au 1er avril 2011 et de 198 $ au 1er janvier 2012 et par demi-journée de stage l'allocation supplémentaire est de 94 $ au 1er avril 2011 et de 99 $ au 1er janvier 2012.

AVIS : *Pour facturer une allocation supplémentaire de :*

- **198 $** *par journée de stage (code* ***19441****), inscrire le modificateur* ***122*** *dans la case MOD.*
- **99 $** *par demi-journée de stage (code* ***19442****), inscrire le modificateur* ***123*** *dans la case MOD.*

6.4 Les dispositions relatives à la compensation du temps de déplacement et du remboursement des frais de déplacement s'appliquant au médecin désigné dans le cadre de l'article 30.00 de l'entente générale s'appliquent au plus une fois au médecin en stage de ressourcement visé au présent article. Les frais de séjour sont alors à la charge d'ÉVAQ.

AVIS : *Voir les modalités de facturation sous l'onglet* Rédaction de la demande de paiement *section 4.6.5, annexe V* Remboursement des frais de déplacement *du* Manuel des médecins omnipraticiens.

7. Mise en vigueur

7.1 La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{o} 110*. Elle entre en vigueur le 13 mai 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^{e} jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 189

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 189

Concernant la prise en charge des services d'urgence du Pavillon de Hull et du Pavillon de Gatineau du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Pavillon de Hull et du Pavillon de Gatineau du Centre de santé et des services sociaux de Gatineau est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que ces pavillons opèrent chacun un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que les effectifs médicaux doivent être maintenus à leur niveau régulier afin d'éviter d'amplifier les problèmes d'engorgement aux services d'urgence des deux pavillons en cause.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet d'inciter les médecins du Pavillon de Hull et du Pavillon de Gatineau à accroître leur prestation de services au service d'urgence de chacun de ces pavillons. Elle s'applique distinctement pour chacun des pavillons.

2.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence du pavillon en cause, assure auprès de ce pavillon une présence régulière et ne prévoit pas de diminution importante de sa pratique au service d'urgence. Il y exerce à la fin de la période d'engagement;

b) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

c) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

3.00 Définitions

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

3.02 Aux fins des présentes, est considéré comme médecin régulier du pavillon en cause celui qui a une nomination de l'établissement à la date de début de la période d'engagement ou, au plus tard, six (6) semaines après le début de la période d'engagement, et dont le départ n'est aucunement prévu au cours de cette même période. Il en est de même du médecin habilité à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente en vertu du paragraphe 2.01 b) est considéré comme médecin régulier;

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

3.04 L'établissement transmet au comité paritaire le nom des médecins visés par les paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03;

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

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.07, aux fins de l'application du paragraphe 5.01 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au service d'urgence du pavillon en cause au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers du pavillon pour les services dispensés au service d'urgence de ce pavillon. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

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

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

3.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 2.01 b) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés au service d'urgence.

4.00 Engagement

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

4.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés du pavillon. Exceptionnellement, une troisième prolongation de six (6) mois ou moins peut être accordée par le comité paritaire.

4.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement pour chacun des pavillons.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

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

5.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***Rémunération à l'acte*** *:*

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n° 1200 *et facturer vos services en* ***ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les ***codes d'activité*** *suivants:*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (****TH*** *seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (****HF*** *seulement)*

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants:*

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

La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 5 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé au service d'urgence du pavillon en cause pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés à ce service d'urgence sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers du service d'urgence pendant la même période.

6.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

6.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés au service d'urgence de l'établissement majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de l'établissement, pourcentage découlant de l'application de l'article 5.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 5 % applicable dès le début de sa pratique au service d'urgence du pavillon en cause;

AVIS : Rémunération à l'acte :

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n° 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

6.02 Le médecin qui exerce temporairement à l'urgence d'un des pavillons de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou de la desserte intrarégionale, ou en obtenant une nomination qui se termine avant la fin d'une période d'engagement, voit sa rémunération pour les services dispensés majorée de 5 %.

AVIS : Rémunération à l'acte :

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n° 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

7.00 Procédures

7.01 De façon distincte pour chacun des pavillons visés aux présentes, le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de chacun des pavillons de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de chacun des pavillons de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 5.02 et 6.01;

7.02 De façon distincte pour chacun des pavillon visés aux présentes, l'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 2.01 c) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement;

8.00 Mise en vigueur

8.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2007 et se termine le 31 décembre 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 190

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 190

Concernant la prise en charge du service d'urgence et de l'unité de soins généraux pour les lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens par les médecins de l'Hôpital de St-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

CONSIDÉRANT que l'activité principale de l'Hôpital de St-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux prévalant à l'Hôpital de St-Eustache particulièrement en ce qui concerne les services auprès des patients hospitalisés en soins de courte durée;

CONSIDÉRANT qu'au cours des quatre dernières années plus de 30 médecins omnipraticiens ont quitté l'établissement;

CONSIDÉRANT que la pénurie actuelle est accentuée pour les prochains mois par une absence temporaire de plus de dix médecins pour des raisons de congé de maternité ou de maladie;

CONSIDÉRANT que la pénurie d'effectifs médicaux a des impacts majeurs sur le fonctionnement du service d'urgence et de l'unité de soins généraux;

CONSIDÉRANT que les médecins du service d'urgence et de l'unité de soins généraux devront participer à un processus de révision de leurs modes de fonctionnement actuels.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet d'inciter les médecins du service d'urgence et de l'unité de soins généraux de l'Hôpital de St-Eustache, pour les cent quarante-deux lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens, à accroître leur prestation de services dans les deux secteurs d'activités en cause. Elle s'applique distinctement pour le service d'urgence et pour l'unité de soins généraux.

2.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges dans le secteur d'activités en cause, assure auprès de ce secteur d'activités une présence régulière et n'y prévoit pas de diminution importante de sa pratique. Il y exerce à la fin de la période d'engagement;

b) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

c) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

3.00 Définitions

3.01 Aux fins des présentes, est considéré comme un départ du secteur d'activités en cause la prise du congé de maternité, une période d'invalidité totale ou partielle empêchant le médecin d'y exercer, un décès ou une démission de l'établissement;

3.02 Aux fins des présentes, est considéré comme médecin régulier du secteur d'activités en cause celui qui a une nomination de l'établissement et qui exerce dans ce secteur d'activités à la date de début de la période d'engagement ou, au plus tard, six (6) semaines après le début de la période d'engagement, et dont le départ n'est aucunement prévu au cours de cette même période. Le médecin habilité à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente en vertu du paragraphe 2.01 b) est considéré comme médecin régulier;

3.03 Est considéré comme nouveau médecin celui qui obtient sa nomination dans l'établissement avec privilèges dans le secteur d'activités en cause au cours de la période d'engagement mais après les six (6) premières semaines suivant la date de début de la période d'engagement;

TERMINÉE

3.04 L'établissement transmet au comité paritaire le nom des médecins visés par les paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03 pour chacun des secteurs d'activités visés aux présentes;

+ **3.05** La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en termes de dates à celles de début et de fin d'engagement de la période d'engagement;

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.07, aux fins de l'application du paragraphe 5.01 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers dans le secteur d'activités en cause au cours des périodes de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers du secteur d'activités en cause pour les services qui y sont dispensés. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

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

Le comité paritaire devra s'assurer que toute augmentation de la rémunération dans le secteur d'activités en cause découle d'une augmentation de la charge de travail ou du nombre de quarts de travail assumés par les médecins réguliers du secteur d'activités en cause de l'établissement;

3.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 2.01 b) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés dans le secteur d'activités en cause.

4.00 Engagement

4.01 La majorité des médecins réguliers de secteur d'activités en cause s'engagent collectivement à accroître, pendant la période d'engagement, la part assumée par l'ensemble des médecins réguliers de ce secteur d'activités;

4.02 Pour chacun des secteurs d'activités visés aux présentes, la période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés du secteur d'activités;

4.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement pour chacun des secteurs d'activités.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

5.01 Un forfait global équivalent à une majoration de 50 % de la rémunération versée pour le surplus de tâches assumées par l'ensemble des médecins réguliers du secteur d'activités en cause pendant la période d'engagement comparativement à la prestation totale des médecins réguliers dans ce même secteur d'activités pendant la période de référence est accordé à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement exerçant dans ce secteur d'activités;

5.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de la rémunération pour les services dispensés dans le secteur d'activités en cause pendant la période d'engagement. Cette majoration est de 5 %, sauf pour les activités effectuées à l'urgence pendant la période du 30 janvier 2008 au 31 décembre 2008 pour lesquelles la majoration est de 15 %.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

\# *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n° 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 % (ou 15 % au service d'urgence du 30 janvier au 31 décembre 2008)*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (01453, 01456 ou 01457). Aucun modificateur n'est requis.*

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les ***codes d'activité*** *suivants:*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*

TERMINÉE

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

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

+ La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 5 % ou, selon le cas, de 15 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé dans le secteur d'activités en cause pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés dans ce secteur d'activités sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers du secteur d'activités pendant la même période.

+ Pour les activités à l'urgence faites après le 31 décembre 2008, le versement ne peut avoir pour effet de majorer la rémunération de plus de 5 %.

6.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin

+ **6.01** Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés dans le secteur d'activités en cause majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers du secteur d'activités, pourcentage découlant de l'application de l'article 5.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 5 % applicable dès le début de sa pratique dans le secteur d'activités en cause et, pour les activités effectuées à l'urgence du 30 janvier 2008 au 31 décembre 2008, de 15 %;

+ **6.02** Le médecin qui exerce temporairement à l'urgence et à l'unité de soins généraux de l'établissement dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou de la desserte intrarégionale, ou en obtenant une nomination qui se termine avant la fin d'une période d'engagement, voit sa rémunération pour les services dispensés majorée de 5 %. Lorsqu'il s'agit d'activités à l'urgence faites du 30 janvier 2008 au 31 décembre 2008, ce pourcentage est de 15 %.

AVIS : *Rémunération à l'acte :*

Pour les médecins visés aux paragraphes 6.01 et 6.02, veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 % (ou 15 % au service d'urgence du 30 janvier au 31 décembre 2008)*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (01453, 01456 ou 01457). Aucun modificateur n'est requis.*

7.00 Procédures

7.01 De façon distincte pour chacun des secteurs d'activités visés aux présentes, le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a)Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés dans chacun des secteurs d'activités visés aux présentes pendant la période de référence, par les médecins réguliers de chacun des secteurs d'activités. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de chacun des secteurs d'activités de l'établissement aux services dispensés dans chacun de ces secteurs d'activités pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 5.02, 6.01 et 6.02.

7.02 De façon distincte pour chacun secteurs d'activités visés aux présentes, l'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 2.01 c) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

TERMINÉE

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.00 Mise en vigueur

8.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2007 et se termine le 30 juin 2009.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14e jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 191

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 191

Concernant le financement de certaines mesures.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les mesures visées

1.1 Les mesures visées par la présente lettre d'entente sont les suivantes :

a) La *Lettre d'entente n^{O} 188* concernant la rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aéromédicale du Québec (ÉVAQ);

b) La *Lettre d'entente n^{O} 189* concernant les services d'urgence du Pavillon de Hull et du Pavillon de Gatineau du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau et, si les parties en conviennent, la *Lettre d'entente n^{O} 190* concernant l'unité de soins de courte durée et le service d'urgence de l'Hôpital de St-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes;

c) Les amendements n^{os} 99 et 100 concernant notamment la bonification de la rémunération en CHSLD et milieux psychiatriques, les congés de maternité et la pratique de groupe aux fins du partage du forfait de responsabilité, ainsi que les dispositions de l'*Amendement n^{O} 101* relatives à l'examen externe d'un cadavre et prélèvements faits sur un cadavre et celles relatives à la constatation de décès .

2. Le financement

2.1 Pour la période s'échelonnant entre la date d'application des mesures en cause et le 31 mars 2008, le financement des sommes versées en vertu des dispositions de l'article 1 est assuré par le montant de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base non récurrente, pour l'année 2006-2007.

2.2 À compter du 1er avril 2008, le financement des sommes versées en vertu des dispositions de l'article 1 est assuré de la façon suivante :

a) Par le montant résiduel de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base non récurrente, pour l'année 2006-2007;

b) Par la suite, par le montant total ou partiel de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base récurrente, pour l'année 2006-2007;

c) Et, si nécessaire, par une partie du montant découlant du règlement à intervenir entre les parties dans le cadre de la *Lettre d'entente n^{O} 138* ayant pour objet le redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens.

3. La mise en vigueur

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2007 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^{e} jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 192

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 192

Concernant le versement de montants forfaitaires découlant de certaines dispositions de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant conventionnellement le 31 mars 2004.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Un montant forfaitaire est versé au médecin relativement à des services spécifiés à l'*Amendement n^{O} 101*. Ce montant est équivalent à 2 % de la rémunération versée pour les services dispensés au cours de la période allant du 1er avril 2007 au 30 septembre 2007 et prévus aux sous-paragraphes 1 A) a) i), 1 A) b) iv) et à l'article 2 de l'*Amendement n^{O} 101*, et de 4 % de la rémunération versée pour les services dispensés au cours de la période allant du 1er avril 2007 au 30 septembre 2007 et prévus au sous-paragraphe 1A)d) de l'*Amendement n^{O} 101*.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2007 et le 30 juin 2007, ce montant est versé le ou vers le 30 novembre 2007 selon des modalités à convenir entre les parties;

b) pour la période comprise entre le 1er juillet 2007 et le 30 septembre 2007, ce montant est versé le ou vers le 29 février 2008 selon des modalités à convenir entre les parties.

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 14^{e} jour de février 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 193

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 193

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : Période de Noël et du Nouvel An s'échelonnant du 22 décembre 2007 au 4 janvier 2008, inclusivement; période de relâche scolaire s'échelonnant du 25 février au 9 mars 2008 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il doit détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritair;
- Il doit souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement pour la période des Fêtes et soit du samedi au vendredi ou du lundi au dimanche inclusivement pour la période de relâche scolaire, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, qu'à la condition d'avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin doit transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 380$ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 3 900 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(n^{o} 1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 380 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 3 900 $) dans la section* Actes *(montant soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le vendredi ou le dimanche selon le cas);*
- *le* ***code de localité*** *de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

TERMINÉE

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 30 novembre 2007, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 1 950 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 7 décembre 2007, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2007 et se termine le 10 mars 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de septembre 2008.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 194

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 194

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 21 juin au 5 septembre 2008 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;
  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;
  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.
- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 600 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 175 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Remplir le formulaire* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 600 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 4 175 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour*** *(le vendredi ou le dimanche selon le cas)* ***de la semaine de disponibilité****;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

TERMINÉE

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 31 mai 2008, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 090 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 30 mai 2008, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2008 et se termine le 6 septembre 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 195

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 195

Concernant le suivi de l'article 5 de l'Entente intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre de l'application de la Lettre d'entente n^{o} 138 (ci-après « l'entente »).

CONSIDÉRANT que l'article 5 de l'entente précitée ci-dessus prévoit qu'une somme récurrente de 10 M$ doit s'ajouter à l'enveloppe budgétaire globale afin d'expérimenter de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne, dont une première tranche de 5 M$ devait être versée dès 2007-2008 et une deuxième tranche de 5 M$ en 2008-2009;

CONSIDÉRANT que les parties ne seront pas en mesure d'implanter ces nouveaux modèles dans les délais requis pour la première tranche de 5 M$ qui était prévue pour 2007-2008;

CONSIDÉRANT que la première tranche de 5 M$ qui était prévue pour l'année 2007-2008 doit maintenant être affectée à des mesures non récurrentes relatives à de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne et qu'une entente doit être convenue à cet effet en 2007-2008;

CONSIDÉRANT que l'inscription générale de l'ensemble de la population du Québec sur une base volontaire est une mesure significative qui facilitera la mise en place de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne;

CONSIDÉRANT que l'inscription générale est une mesure priorisée par les parties et qu'il y a lieu d'en débuter l'application en 2008-2009;

CONSIDÉRANT la nécessité de la mise en place d'un guichet unique par territoire de CSSS pour permettre au coordonnateur médical local de prioriser la prise en charge de certaines clientèles;

CONSIDÉRANT que les parties désirent encourager de façon prioritaire l'inscription des patients vulnérables et sans médecin de famille.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. En sus du forfait pour l'inscription générale à être convenu par les parties en vertu de la mesure numéro 1 de l'Entente concernant la *Lettre d'entente n^{o} 138* ainsi que les forfaits déjà existants en vertu de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle* un montant supplémentaire est payable à un médecin suite à l'inscription, avant le 1er avril 2012, de chacun des patients vulnérables orphelins priorisés et référés par le médecin coordonnateur médical local dans le cadre du mécanisme du guichet unique.

2. Le coordonnateur médical local de chacun des CSSS informe le comité paritaire de la date à laquelle le CSSS de son territoire est prêt à référer les patients vulnérables orphelins.

3. Le montant supplémentaire est de 101,80 $ au 1er octobre 2010 et de 103,60 $ au 1er avril 2011 en cabinet privé et de 76,30 $ au 1er octobre 2010 et de 77,60 $ au 1er avril 2011 en CLSC ou en établissement. Il est payé en deux versements égaux de 50,90 $ au 1er octobre 2010 et de 51,80 $ au 1er avril 2011 ou de 38,15 $ au 1er octobre 2010 et de 38,80 $ au 1er avril 2011 selon le lieu, le premier lors de l'inscription et le second à l'occasion d'un examen ou d'une thérapie effectués au moins douze (12) mois suivant l'inscription.

\# ***AVIS :*** *Lors de l'*Amendement n^{o} 121*, le tarif du second versement à réclamer a été augmenté à **54,45 $** au 1er janvier 2012 en cabinet privé et à **40,75 $** au 1er janvier 2012 en CLSC ou en établissement.*

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200 *:*

- *le* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- *le code d'acte **15148** dans la section* Actes *pour le montant supplémentaire en cabinet, à domicile ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES *selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF) selon le cas;*
- *inscrire dans la case* C.S. *la lettre **« A »**;*
- *inscrire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *les informations suivantes : le numéro du CSSS **(94XXX)**, la date de référence du CSSS et le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;*
- *le forfait supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou la thérapie et sur la même demande de paiement*

ABROGÉE

4. Seules les inscriptions effectuées dans les lieux visés pour l'inscription de clientèles vulnérables ou pour l'inscription générale donnent droit aux montants supplémentaires.

5. Le CSSS transmet au médecin prêt à prendre en charge le patient qu'il lui réfère les informations suivantes :

- La date de référence,
- l'identification du patient,
- son numéro d'assurance maladie,
- les renseignements cliniques pertinents,
- le numéro séquentiel qu'il lui a attribué,
- ainsi que son numéro d'établissement.

L'établissement doit conserver, en tout temps, ces informations ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.

6. De façon non récurrente, la première tranche de 5 M $ qui devait être versée dès 2007-2008 conformément aux dispositions de l'article 5 de l'Entente concernant la *Lettre d'entente n^{O} 138* est entièrement consacrée au financement de la présente mesure.

7. Au cours de l'année 2009-2010, les parties évaluent la pertinence de prolonger cette mesure au-delà du 31 mars 2010.

8. Cette mesure entre en vigueur le 1er septembre 2008 et le demeure jusqu'au 31 mars 2012.

AVIS : *Cette lettre d'entente a été abrogée en date du 1er novembre 2011 par l'*Amendement n^{O} 122. *Toutefois, le professionnel qui s'est prévalu du premier versement du montant supplémentaire pour l'inscription d'un patient vulnérable orphelin référé pourra, en respectant les modalités de la présente lettre d'entente, facturer le deuxième montant supplémentaire au-delà du 1er novembre 2011. Les professionnels ont jusqu'au 31 décembre 2013 pour facturer lors d'un examen ou d'une thérapie effectué, le second montant supplémentaire, payable au moins 12 mois suivant l'inscription de ce patient.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

ABROGÉE

LE - N^{o} 196

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 196

Concernant certains engagements découlant de l'entente ayant trait au redressement tarifaire de la rémunération et au plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.

ATTENDU l'Entente intervenue entre les parties le 14 décembre 2007 dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n^{O} 138* (ci-après « l'Entente ») prévoyant le redressement tarifaire de la rémunération des médecins omnipraticiens ainsi qu'un plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux (ci-après « plan d'amélioration de l'accessibilité »);

ATTENDU que pour les années 2008-2009 et 2009-2010, les parties ont prévu un redressement de 10 % dont 75 millions de dollars à terme sont affectés exclusivement à la mise en œuvre de certaines mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité;

ATTENDU que l'Entente prévoit également, à compter du 1er avril 2008, l'investissement d'une somme récurrente de 10 millions de dollars afin d'expérimenter de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne;

ATTENDU par ailleurs qu'au 31 mars 2007 les parties constatent une non-atteinte cumulative de 72,3 millions de dollars;

ATTENDU la volonté des parties de conclure une entente dont l'objectif est d'établir clairement les engagements relatifs à l'affectation des sommes disponibles et aux modalités de financement pour la période s'échelonnant entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2010;

ATTENDU que le redressement tarifaire prévu pour les 1er avril 2008 et 2009 tient compte de l'impact des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité sur les divers secteurs de pratique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Les sommes de l'Entente dévolues au redressement tarifaire sont affectées exclusivement aux fins du redressement tarifaire.

2. Les sommes de l'Entente dévolues au plan d'amélioration de l'accessibilité sont affectées exclusivement aux fins des mesures prévues à ce plan.

II. REDRESSEMENT TARIFAIRE

3. Les annexes II et XIV de l'entente générale seront amendées de façon à prévoir une augmentation de la rémunération des médecins rémunérés à honoraires fixes ainsi qu'au taux du tarif horaire de 3 % au 1er avril 2008 et de 3 % au 1er avril 2009. Les échelons relatifs aux échelles relatives à ces modes sont également abolies à compter du 1er avril 2008.

4. Des augmentations de 2 % au 1er avril 2008 et de 2 % au 1er avril 2009 sont appliquées aux tarifs des actes faits en cabinet et à domicile selon des modalités à convenir par les parties.

5. Des augmentations de 3 % au 1er avril 2008 et de 3 % au 1er avril 2009 sont appliquées aux tarifs des actes faits en soins de courte durée des centres hospitaliers selon des modalités à déterminer par les parties.

6. Selon des modalités à convenir par les parties, des augmentations de 5 % aux 1er avril 2008 et 2009 s'appliquent à la rémunération des services dispensés dans les services d'urgence des centres hospitaliers et des CLSC du réseau de garde pour les médecins rémunérés selon le mode de l'acte ainsi qu'aux services dispensés dans les unités de soins intensifs ou coronariens, en anesthésie, en obstétrique et en clinique externe.

7. Les parties conviendront des augmentations applicables aux secteurs d'activités non considérés ci-dessus.

III. BONIFICATION DE LA RÉMUNÉRATION POUR CERTAINS MILIEUX

8. Une somme récurrente de 4,5 M$ sera affectée, pour une moitié au 1er avril 2008, et, pour l'autre moitié, au 1er avril 2009, selon des modalités à déterminer par les parties à la rémunération des services dispensés par les médecins qui exercent en gériatrie de courte durée, en hébergement de longue durée, en adaptation-réadaptation, en psychiatrie, en toxicomanie, en soins palliatifs et pour certains programmes visés par l'entente particulière relative aux programmes spécifiques.

IV. PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ

9. Les mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité priorisées par les parties sont financées à terme à même l'investissement de la somme récurrente de 75 millions de dollars.

10. À cette somme s'ajoute 8 millions de dollars au 1er avril 2008, sur une base récurrente, provenant de la somme de 10 millions de dollars prévue à l'article 5 de l'Entente pour expérimenter de nouveaux modèles de services médicaux en première ligne.

11. Cette somme de 8 millions de dollars sert à financer les mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité qui faciliteront la mise en place de nouveaux modèles.

12. La somme résiduelle de 2 millions de dollars est affectée à l'expérimentation de nouveaux modèles convenus entre les deux parties. À défaut d'entente entre les parties ou de mise en œuvre de nouveaux modèles, cette somme sera réaffectée au bénéfice des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité.

13. Les engagements relatifs aux mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité sont les suivants :

a) Dans le cadre de l'inscription générale de la clientèle, un forfait d'inscription de 10 $ en cabinet et de 7,50 $ en établissement est convenu pour une mise en application au 1er janvier 2009. À terme, les coûts de cette mesure sont évalués à 46,8 M$;

b) À compter du 1er juin 2008, des problèmes de santé s'ajoutent à la liste des catégories de patients vulnérables selon le tarif actuellement en vigueur du forfait annuel s'appliquant à la prise en charge et au suivi du patient vulnérable inscrit. À terme, les coûts sont évalués à 19,9 M$;

c) En ce qui a trait à la pratique en obstétrique, les mesures suivantes sont convenues :

- Supplément de 40 $ en cabinet et de 30 $ en établissement à l'examen de prise en charge de grossesse fait au cours du premier trimestre de la grossesse;
- Extension du supplément de 7,50 $ à chaque examen fait dans le cadre d'un suivi de grossesse en CLSC ou UMF;
- Mentorat pour les vingt (20) premiers accouchements d'un médecin.

Ces mesures entrent en application le 1er juin 2008 et leurs coûts sont évalués à 1,6 M$;

d) En ce qui a trait à la pratique auprès des jeunes enfants, les mesures suivantes sont retenues :

- Augmentation du tarif du supplément à l'examen périodique d'un enfant âgé de 0 à 5 ans fait dans le cadre de l'ABCdaire de 9 à 15 $ en cabinet et ajout d'un nouvel acte tarifé à 11,25 $ en CLSC et UMF.
- Extension à la pratique en établissement de ce supplément.

Ces mesures entrent en application le 1er juin 2008 et les coûts sont évalués à 1,3 M$;

e) En soins de courte durée, le médecin qui complète le résumé d'hospitalisation est rémunéré selon un tarif de 30 $. Cette mesure entre en application le 1er juin 2008 et entraînera des coûts de 7,2 M$. Cet acte est en lien avec la prise en charge du patient, à sa sortie de l'hôpital, dans un court délai, par un médecin de famille. Les modalités de rémunération relatives à cette prise en charge doivent être mises en application au 1er janvier 2009. Elles seront convenues ultérieurement par les parties;

f) La rémunération d'un coordonnateur médical local, par territoire de CSSS, débute le 1er juillet 2008. Cette mesure coûtera à terme 3,8 M$;

g) Une somme de 11,5 M$ sur une base récurrente sera consacrée à bonifier les conditions de rémunération des médecins enseignants. Les modalités de rémunération seront convenues ultérieurement. La mise en application progressive de ces conditions de rémunération débutera le 1er juillet 2008.

V. FINANCEMENT

14. Une somme de 39,8 M$ provenant de la non-atteinte accumulée au 31 mars 2007 sert à financer, jusqu'au 31 mars 2010, les engagements suivants :

a) Conformément à la *Lettre d'entente n^{o} 191* intervenue entre les parties le 14 février 2008, la bonification de la rémunération, entrée en vigueur le 1er décembre 2007, dans les milieux de courte durée gériatrique, en hébergement de longue durée, en adaptation-réadaptation, en psychiatrie, en toxicomanie, en soins palliatifs et, pour certains programmes visés par l'entente particulière relative aux programmes spécifiques. La bonification prévue à l'article 8 ci-dessus est également financée selon ces modalités. Cet engagement financier totalise 33,8 M$;

b) L'abolition des échelons relatifs aux échelles des modes de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes. Le coût de cette mesure est de 6 M$ pour les deux années.

15. Les parties entreprennent à l'automne 2008 les travaux visant à déterminer la récurrence ou non de la non-atteinte accumulée au 31 mars 2007, étant entendu qu'une telle non-atteinte ainsi que, le cas échéant, la récurrence qui s'en dégage postérieurement à cette date, ne sont pas assujetties à l'article 3.6 c) de l'annexe IX de l'entente générale.

16. Les parties entreprennent également, pour la période s'échelonnant entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2010, les travaux visant à déterminer si une non-atteinte, récurrente ou non, se dégage au cours de cette période, étant entendu que, le cas échéant, l'article 3.6 c) de l'annexe IX de l'entente générale s'applique.

17. Selon les conclusions des travaux mentionnés aux articles 15 et 16 ci-dessus, à compter du 1er avril 2010, le financement des mesures identifiées à la *Lettre d'entente n^{o} 191* dont la bonification de la rémunération dans les milieux de courte durée gériatrique, en hébergement de longue durée, en adaptation-réadaptation, en psychiatrie, en toxicomanie, en soins palliatifs et, pour certains programmes visés par l'entente particulière relative aux programmes spécifiques, est assuré par la non-atteinte dégagée dans un premier temps, sur une base non récurrente et, dans un deuxième temps, sur une base récurrente. La bonification prévue à l'article 8 ci-dessus est également financée selon cette modalité.

Dans le cas d'une non-atteinte insuffisante pour assurer le financement complet de ces bonifications, l'apport d'argent prévu pour le 1er avril 2010 au plan d'amélioration de l'accessibilité en assurera le financement récurrent résiduel.

18. S'il s'avère que la non-atteinte récurrente est supérieure à ce qui est nécessaire pour financer les bonifications de l'article 17 ci-dessus, celle-ci est affectée au financement récurrent de l'abolition des échelons relatifs aux échelles des modes de rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes.

À défaut, l'apport d'argent prévu le 1er avril 2010 pour le redressement tarifaire en assurera le financement récurrent résiduel.

19. S'il s'avère que la non-atteinte dégagée sur une base récurrente est supérieure à ce qui est nécessaire pour financer les mesures décrites aux articles 17 et 18 ci-dessus, les parties affecteront ce surplus à des priorités à convenir entre elles selon les termes de l'annexe IX de l'entente générale.

VI. GARANTIE

20. Sous réserve d'une entente selon l'article 19 ci-dessus, les parties retiennent une portion des sommes qui seront dévolues au plan d'amélioration de l'accessibilité le 1er avril 2010 afin d'assurer, à cette date, le financement récurrent résiduel de la mesure 19 du plan d'amélioration liée à l'enseignement en médecine familiale.

21. Afin d'assurer à compter du 1er avril 2010 le financement, sur une base récurrente, du dépassement lié au redressement tarifaire des années 2008-2009 et 2009-2010, les parties retiennent une portion des sommes qui seront dévolues au redressement tarifaire le 1er avril 2010, à moins d'une entente à l'effet contraire selon l'article 19 ci-dessus.

VII. MISE À JOUR ET PRISE D'EFFET

22. L'annexe IX de l'entente générale sera amendée de façon à couvrir la période comprise entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2010 pour tenir compte des présentes dispositions.

23. La présente entente prend effet à compter de la date de sa signature.

\+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 197

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 197

+ **Concernant l'intégration de certaines activités de la santé publique au plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.**

CONSIDÉRANT que l'Entente intervenue dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n^{o} 138* prévoit, pour les années 2008-2009 et 2009-2010, que les sommes disponibles sont affectées en partie au redressement tarifaire de la rémunération et en partie à des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux;

CONSIDÉRANT que les mesures du plan d'amélioration priorisées pour les années 2008-2009 et 2009-2010 sont ciblées sur la médecine de famille de première ligne et la prise en charge de patients vulnérables en milieu naturel ou en hébergement de longue durée;

CONSIDÉRANT que des activités en santé publique se situent en amont de la pratique de première ligne et qu'il importe de renforcer les activités de soutien à la pratique de médecine de famille et de les reconnaître comme partie intégrante du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux;

CONSIDÉRANT que les activités en santé publique en lien avec les services de première ligne doivent être reconnues par des incitatifs financiers et viser le plus grand nombre possible de médecins exerçant en santé publique afin d'assurer une meilleure équité de leur rémunération.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre en place un comité de travail dont le mandat est le suivant :

- Identifier les activités de la santé publique en lien avec les services cliniques de médecine de famille pour la population en milieu naturel ou hébergée en longue durée particulièrement les activités réalisées au niveau local et comportant des interventions directes auprès des médecins de famille en cabinet ou en CLSC et auprès de leur équipe d'intervenants. Ces activités peuvent être notamment de l'information sur la population du territoire, de la diffusion de connaissances sur les pratiques les plus efficaces, de la production d'outils, de la formation, de la mise en place de processus d'évaluation et de rétroaction.
- Faire des recommandations quant aux modalités d'application d'une majoration de 2 % sur la somme consacrée à l'ensemble des activités en santé publique le tout applicable aux 1er avril 2008 et 2009 sur la rémunération des activités identifiées.

2. Le comité de travail est composé de représentants du MSSS et de la FMOQ. Les membres du comité peuvent faire appel à des personnes-ressources œuvrant en santé publique.

3. Le comité fait ses recommandations au plus tard le 1er juillet 2008.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 198

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 198

+ **Concernant la responsabilité civile des professionnels de la santé participant à la première phase du projet expérimental du Dossier de Santé du Québec (DSQ).**

CONSIDÉRANT l'avis du ministre de la Santé et des Services sociaux concernant la mise en place du projet expérimental du DSQ publié dans la Gazette officielle du Québec le 20 février 2008;

CONSIDÉRANT que la première phase du projet expérimental qui débute le 15 mai 2008 et se termine le 31 août 2008;

CONSIDÉRANT l'entente à intervenir entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et chacun des professionnels de la santé du Groupe de médecine de famille Saint-Vallier;

CONSIDÉRANT l'intérêt des parties de poursuivre les discussions sur l'étendue des droits et obligations des participants au projet expérimental eu égard à la responsabilité civile de chacun.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Un comité de travail, composé de représentants du MSSS et de la FMOQ, est formé sans délai.

2. Ce comité a pour mandat de revoir l'étendue des droits et obligations des participants eu égard à leur responsabilité civile découlant de la première phase du projet expérimental du DSQ, dont notamment la protection accordée aux professionnels de la santé et à leur personnel ainsi que les cas d'exonération et de partage possibles.

3. Le comité fait ses recommandations au plus tard le 31 mai 2008.

4. L'entente intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et chacun des professionnels de la santé du Groupe de médecine de famille Saint-Vallier est modifiée, le cas échéant, en tenant compte de ces recommandations.

5. La présente entente prend effet à compter du 8 mai 2008.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 199

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 199

Concernant certaines dispositions transitoires ayant trait à l'application des dispositions de l'annexe VI de l'entente générale relatives au congé de maternité.

CONSIDÉRANT que l'entrée en vigueur du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), au 1er janvier 2006, a eu certains impacts non prévus quant aux indemnités accordées aux médecins qui sont rémunérées selon le mode des honoraires fixes et selon d'autres modes de rémunération;

CONSIDÉRANT que les médecins concernées n'ont pu ou ne peuvent modifier à temps leurs modes de rémunération pour éviter ces impacts;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De compenser, durant les douze premières semaines du congé de maternité de l'annexe VI se situant entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2008, (pour la période pendant laquelle elle se prévaut des dispositions de l'annexe XVI de l'entente), le médecin qui a été rémunérée à la fois à honoraires fixes et selon d'autres modes de rémunération pendant la période de référence pour le calcul des indemnités et allocations versées en vertu des annexes VI et XVI de l'entente générale et qui ont été désavantagées par les dispositions entrées en vigueur le 1er janvier 2006.

2. Cette compensation est accordée selon ces modalités :

a) Le médecin doit remplir les conditions suivantes :

i) ne pas avoir reçu le maximum de l'allocation prévue au paragraphe 2.1 de l'annexe XVI de l'entente générale;

ii) avoir reçu de la Régie en vertu de l'annexe VI une indemnité inférieure à celle qu'elle aurait reçu si le montant calculé par le RQAP avait tenu compte exclusivement de son revenu à honoraires fixes.

b) Sous réserve de l'alinéa c) ci-dessous, la compensation hebdomadaire est déterminée en calculant la différence entre ce que la Régie lui a effectivement versé en vertu de l'annexe VI sur la base de la prestation effectivement calculée par le RQAP et ce que la Régie aurait versé si le RQAP avait tenu compte exclusivement du revenu à honoraires fixes pour le calcul de la prestation;

c) La compensation hebdomadaire accordée en vertu de la présente lettre d'entente est au plus égale au résultat du calcul suivant : le montant de 1 500 $ prévu au paragraphe 1.2 de l'annexe XVI de l'entente diminué des montants déjà versés par la Régie en vertu des annexes VI et XVI;

d) La compensation totale est alors fonction du nombre de semaines ou de portions de semaines parmi les douze premières semaines du congé de maternité en vertu de l'annexe VI qui se situent entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2008.

3. La Régie transmet au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale le nom de chaque médecin susceptible de se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente ainsi que les montants qui lui ont été versés en vertu des dispositions relatives au congé de maternité de l'annexe VI et en vertu de l'annexe XVI de l'entente générale, de même que le nombre de semaines ainsi visées.

4. À la fin de la période pendant laquelle le médecin s'est prévalue des dispositions de l'annexe XVI de l'entente générale, le comité paritaire détermine, s'il y a lieu, le montant de la compensation et en informe la Régie.

5. Cette lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2006 et le demeure jusqu'au 31 décembre 2008.

\+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 200

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 200

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de certaines dispositions de la Lettre d'entente n^{o} 196 concernant certains engagements relatifs au redressement de la rémunération et au plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Les augmentations prévues aux articles 4, 5 et 6 de la *Lettre d'entente n^{o} 196* sont applicables au 1er octobre 2008 et au 1er avril 2009. Pour la période du 1er avril 2008 au 30 septembre 2008, un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services spécifiés à chacun de ces articles.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2008 et le 30 juin 2008, ce montant est versé le ou vers le 30 novembre 2008 selon des modalités à convenir entre les parties;

b) pour la période comprise entre le 1er juillet 2008 et le 30 septembre 2008, ce montant est versé le ou vers le 28 février 2009 selon des modalités à convenir entre les parties.

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12e jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 201

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 201

Concernant l'expérimentation de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une unité de décision clinique.

1.00 OBJET

1.01 Cette lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession auprès de patients inscrits dans une unité de décision clinique située dans un établissement ou une partie d'un CSSS opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

1.02 L'annexe I fait état de la liste des établissements qui participent à l'expérimentation de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce sa profession dans une unité de décision clinique. Elle précise, le cas échéant, le nombre de forfaits alloués hebdomadairement à l'établissement.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

2.01 Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 CARACTÉRISTIQUES D'UNE UNITÉ DE DÉCISION CLINIQUE

3.01 Aux fins de la présente lettre d'entente, une unité de décision clinique doit présenter les caractéristiques suivantes :

- L'organisation et la coordination des activités et services offerts à la clientèle qui y est inscrite sont sous la responsabilité du département clinique de médecine générale (DCMG) ou du département de médecine d'urgence d'un établissement ou une partie d'un CSSS opérant un service d'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).
- Le fonctionnement de l'unité de décision clinique et la dispensation des services médicaux auprès des patients inscrits sont assumés par les médecins qui exercent au service d'urgence.
- Elle occupe des locaux faisant partie du service d'urgence ou adjacents à celui-ci et elle regroupe dans ce lieu les activités professionnelles d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients qui y sont inscrits. Les examens diagnostics et les traitements qui y sont dispensés, lorsque requis, doivent nécessiter l'utilisation du plateau technique de l'établissement dans lequel est situé l'unité de décision clinique.
- Seuls les patients nécessitant un séjour hospitalier pour une évaluation rapide de leur condition et un traitement de courte durée y sont pris en charge. En l'absence d'une unité de décision clinique, ces patients nécessiteraient une hospitalisation en soins de courte durée. La durée de séjour projetée de la clientèle inscrite est d'au plus 48 heures.

4.00 ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RÉMUNÉRÉES

4.01 La rémunération prévue à cette entente couvre, de façon exclusive, les activités professionnelles visées par la présente entente, lesquelles comprennent notamment :

a) La dispensation de soins médicaux effectués par le médecin pour un patient, y compris l'évaluation initiale de l'état du patient, lorsque requis;
b) Les activités professionnelles reliées à la dispensation des soins à un patient que le médecin consacre au travail multidisciplinaire, ainsi que les discussions, le cas échéant, avec le médecin traitant et avec les médecins spécialistes;
c) Les activités professionnelles reliées à l'encadrement thérapeutique et aux rencontres avec des proches du patient.

5.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Les modalités de rémunération prévue à la présente lettre d'entente couvrent, de façon exclusive, les services médicaux dispensés sur place entre 8 h et 24 h et, au-delà de 24 h, en prolongation de la période de garde précédente, lorsque la dispensation des services ou la nécessité de compléter des dossiers le requiert.

AVIS : *Tous les services rendus dans l'unité de décision clinique doivent être facturés avec le numéro d'établissement 4XXX7.*

REPROGÉE

5.02 Durant la période comprise entre 0 h et 8 h, les services médicaux sont dispensés par le (s) médecin (s) qui effectue (nt) la garde sur place au service d'urgence de l'établissement.

AVIS : *Le médecin utilisant le forfait prévu au paragraphe 1.4 b) du préambule général doit facturer les actes dispensés dans l'unité de décision clinique avec le modificateur pertinent. Celui dont l'établissement adhère à l'*E.P. concernant la garde dans certains établissements *(EP-43) et qui fait le choix de la rémunération à l'acte 1.4 a) du préambule général doit identifier dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES *l'heure à laquelle le service a été rendu et inscrire « **G** » dans la case C.S.*

5.03 Les modalités de rémunération du médecin qui dispense des services médicaux prévues par la présente lettre d'entente sont les suivantes :

a) Le médecin soumis à l'application de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements est rémunéré de la façon suivante :

i) le montant du forfait qui lui est applicable est celui qui est prévu selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence.

ii) un forfait couvre une période de services dispensés sur place de quatre (4) heures et est divisible en heures.

AVIS : *Pour la facturation des forfaits, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'*E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements *(EP-43), article 5.00 ou 6.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire et du groupe auquel appartient l'établissement. La facturation de ces forfaits doit être faite en utilisant le numéro d'établissement **4XXX7**.*

iii) au forfait susmentionné, s'ajoute un pourcentage de la rémunération qui est payable au médecin suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V. Le pourcentage du tarif diffère selon le régime auquel adhère l'établissement. Le pourcentage applicable est de 45 % du tarif des services médicaux rendus par le médecin soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage applicable est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : *Dans l'unité de décision clinique (4XXX7) le professionnel doit utiliser les codes d'examens pour patient admis en CHSGS.*

iv) le médecin qui est appelé exceptionnellement à exercer dans une unité exclue de l'application de la présente lettre d'entente est rémunéré pour les actes qu'il pose selon un pourcentage du tarif des services médicaux rendus selon la tarification applicable dans cette unité. Ce pourcentage est de 45 % du tarif des services médicaux rendus lorsque le médecin est soumis au régime A. Pour le médecin soumis à l'application du régime B, le pourcentage applicable est de 85 % du tarif des services médicaux qu'il dispense.

AVIS : ***Établissement adhérant au Régime A :***

*Pour l'utilisation des modificateurs pertinents, veuillez vous référer aux instructions prévues au tableau de l'*E.P. concernant la garde sur place dans certains établissements *(EP-43), article 5.00 – Formule de rémunération, en fonction de la plage horaire, en utilisant le numéro d'établissement **4XXX7**.*

Établissement adhérant au Régime B :

Pour tous les services médicaux rendus en période de garde, veuillez utiliser les modificateurs suivants :
*- Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h…….....**MOD 406***
*- Du lundi au vendredi, de 20 h à 24 h ou le samedi, dimanche ou une journée fériée de 8 h à 24 h…….....**MOD 407***
- Les honoraires demandés en les calculant à 85 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage % applicable du modificateur multiple utilisé;
*- Le code d'établissement spécifique (**4XXX7**)*

*Le multiple du modificateur **407** est :*

Combinaison de modificateurs	***Modificateur multiple***	***Constante***
108-407	*837*	*1,1050*

v) Pour une même période d'activité, un médecin ne peut se prévaloir simultanément des forfaits alloués en vertu de la présente lettre d'entente et des forfaits prévus selon le régime à l'entente particulière relative à la rémunération de la garde sur place dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.

b) Le médecin non soumis aux dispositions de l'entente particulière visée au sous-paragraphe 5.03 a) qui précède, reçoit la rémunération qui est payable suivant le tarif pour les services médicaux applicables aux patients admis en vertu de l'annexe V de l'Entente.

AVIS : *Dans l'unité de décision clinique **(4XXX7)** le professionnel doit **utiliser les codes d'examens pour patient admis en CHSGS**.*

PROOF

5.04 S'appliquent également les modalités de rémunération suivantes :

5.04.1 Les dispositions prévues au paragraphe 2.2.9 B du préambule général de l'annexe V s'appliquent à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente, forfait et pourcentage des actes;

5.04.2 Le médecin soumis à l'application de la présente lettre d'entente n'a pas droit au supplément de responsabilité prévu au sous-paragraphe 2.4.7.8 du Préambule général des dispositions tarifaires;

5.04.3 Nonobstant le fait que le patient qui séjourne dans une unité de décision clinique ne détient pas le statut de patient admis, le médecin a droit, conformément au libellé de cet acte, à la facturation du forfait de congé en établissement d'un patient admis, sauf lorsque le patient obtient son congé de l'unité de décision clinique pour être admis en soins de courte durée. Le médecin a droit de réclamer 100 % du tarif fixé pour le congé en établissement, malgré le paragraphe 5.03 a) iii) ci-dessus.

AVIS : *Pour la facturation du forfait de congé, veuillez vous référer aux instructions prévues à l'E.P. relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle, paragraphe 9.00 C), en utilisant le numéro d'établissement* ***4XXX7****.*

5.05 Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination dûment octroyée par l'établissement avec des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement.

AVIS : *Les établissements adhérents à cette lettre d'entente doivent transmettre à la Régie la liste des professionnels (noms et numéros de pratique) qui exercent dans l'unité de décision clinique, en prenant soin de spécifier la date de début de la période visée pour chacun et, le cas échéant, celle de fin. Vous devez également informer la Régie de toute modification apportée à cette liste. Veuillez envoyer le tout à l'adresse suivante :*

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

5.06 Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou le chef de département de médecine d'urgence, ou celui qui remplace l'un ou l'autre selon le cas, procède à la répartition des forfaits entre les médecins.

ABROGÉE

6.00 COMITÉ PARITAIRE

6.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit, notamment, les fonctions suivantes :

- Après recommandation des parties, il désigne les établissements qui participent à l'expérimentation de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin qui exerce dans une unité de décision clinique.
- Aux fins de l'application du paragraphe 5.03 a) de la présente lettre d'entente, il détermine le nombre de forfaits hebdomadaires attribués à l'établissement pour rémunérer les activités effectuées pour l'ensemble des médecins visés par la présente lettre d'entente et il en informe l'établissement et la Régie. À cette fin, le comité paritaire tient compte des conditions et des données observées au service d'urgence de l'établissement concerné dans le cadre de l'application de l'entente particulière ayant pour objet la rémunération de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne de certains établissements.
- Il est responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente, d'en faire le suivi et l'évaluation et de faire toute recommandation quant à la poursuite de la présente lettre d'entente.

7.00 DURÉE

7.01 La présente lettre d'entente prend effet le 1er septembre 2008 et demeure en vigueur jusqu'au 31 mars 2011.

\# ***AVIS :*** *Cette lettre d'entente est abrogée par l'*Amendement n^{O} 115 *et remplacée par l'E.P. relative à une unité de décision clinique. (E.P. n^{O} 45)*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 12^{e} jour de janvier 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 202

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 202

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes :

- période de Noël et du Nouvel An s'échelonnant du 22 décembre 2008 au 4 janvier 2009 inclusivement;
- période de relâche scolaire s'échelonnant du 23 février 2009 au 8 mars 2009 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

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

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

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

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Détenir des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Souscrire un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;
  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;
  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;
- Durant sa semaine d'engagement, s'engager aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, transmettre au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 600 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 175 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 600 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 4 175 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour*** *(le vendredi ou le dimanche selon le cas)* ***de la semaine de disponibilité****;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

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

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

TERMINÉE

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 29 novembre 2008, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement moins de dix (10) jours avant le début de la période concernée ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 090 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 5 décembre 2008, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 20 octobre 2008 et se termine le 9 mars 2009.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 203

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 203

Concernant l'intégration de certaines activités de la santé publique au plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.

CONSIDÉRANT que l'Entente intervenue dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n^{o} 138* prévoit, pour les années 2008-2009 et 2009-2010, que le redressement de la rémunération est de 5 % au 1er avril 2008 et de 5 % au 1er avril 2009, que la moitié de ce redressement est affectée à des mesures du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux (ci-après plan d'amélioration) et qu'à partir du 1er avril 2010 une somme spécifique est allouée au plan d'amélioration;

CONSIDÉRANT la nécessité d'intégrer les services de santé publique au plan d'amélioration tant pour les années 2008-2009 et 2009-2010 que pour les années suivantes et l'importance de reconnaître, par des incitatifs financiers, l'apport des médecins de santé publique au soutien des services de première ligne;

CONSIDÉRANT que les médecins qui exercent en santé publique sont rémunérés selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire et que, dans le cadre du redressement de la rémunération, les taux de rémunération applicables aux modes des honoraires fixes et du tarif horaire sont augmentés de 3 % au 1er avril 2008 et de 3 % au 1er avril 2009;

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu de la *Lettre d'entente n^{o} 197* relative à la nécessité de traiter équitablement les médecins exerçant en santé publique.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'intégrer au plan d'amélioration les activités de la santé publique qui visent à soutenir les services de santé de première ligne dont particulièrement ceux réalisés au niveau local et qui comportent des activités directes auprès des intervenants concernés.

Les activités de santé publique ainsi reconnues doivent être en lien avec les mesures de santé du plan d'amélioration et aider les professionnels de la santé à atteindre leurs objectifs.

2. De s'entendre sur les points suivants :

a) À compter du 1er avril 2008, d'allouer une prime horaire de soutien aux services de santé de première ligne équivalente à une augmentation de 2 % sur l'ensemble de leur rémunération, et ce, pour 70 % des heures rémunérées dans le cadre de l'entente particulière relative à la santé publique.

Les heures faites en santé et sécurité au travail sont considérées aux fins de cette disposition.

b) À compter du 1er janvier 2009, d'introduire, relativement aux domaines d'interventions, les secteurs d'activités suivants :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale
- Les habitudes de vie et les maladies chroniques
    1. La participation à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques
    2. Les habitudes de vie
        - Les traumatismes non intentionnels
        - Les maladies infectieuses
        - La santé environnementale
        - La santé et la sécurité en milieu de travail

c) Pour l'ensemble des domaines d'intervention à l'exception de la santé et la sécurité en milieu de travail, d'allouer, à compter du 1er avril 2009, un forfait de soutien à la première ligne de 20 $ par heure dont les modalités sont à déterminer par les parties sur la base des éléments suivants :

- Une enveloppe annuelle totale de 20 000 forfaits de soutien à la première ligne est allouée et répartie entre les directions régionales de santé publique et l'Institut de santé publique, selon des critères à déterminer par les parties;
- La banque doit être affectée selon les domaines d'intervention priorisés par chacune des directions de la santé publique et par l'Institut de santé publique;

- Cette banque doit viser une majorité de médecins;

\+ - Le soutien à la première ligne est défini comme toute forme d'interventions directes auprès des intervenants de première ligne des CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et des cabinets privés que ce soit sous la forme de rencontres, de sessions de formation, d'information ou autres, visant notamment l'intégration des pratiques cliniques préventives par ces intervenants;

\+ - La répartition entre les médecins des banques de forfaits de soutien à la première ligne, sur base annuelle, est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS après consultation du chef de département de médecine générale de l'établissement ou des établissements désignés selon le paragraphe 5.02 de l'entente particulière relative à la santé publique, ou par le directeur de l'Institut de la santé publique;

- Tout montant résiduel provenant de l'enveloppe annuelle de forfaits de soutien à la première ligne sera versé aux médecins exerçant en santé publique selon des modalités à convenir entre les parties.

d) De former le plus rapidement possible un comité de travail conjoint dont le mandat est le suivant :

- Faire le suivi de la mesure décrite ci-dessus au paragraphe 2 c), en évaluer l'application ainsi que l'atteinte des objectifs poursuivis et, si requis, proposer aux parties négociantes les correctifs nécessaires;

- Préciser les activités ou les moyens d'intervention de santé publique considérés comme les plus efficaces pour soutenir les services de santé de première ligne;

- Proposer des modalités de rémunération incitatives pour ces activités ou moyens d'intervention;

- Revoir le plan d'amélioration pour examiner la possibilité de dégager les sommes requises pour la mise en place de ces modalités de rémunération incitative;

- Remettre aux parties négociantes un rapport d'étape au 1er juin 2009 dans le but d'une mise en application graduelle de ces modalités de rémunération incitatives à compter du 1er avril 2010 au fur à mesure que le permettront l'état des travaux et les disponibilités budgétaires.

e) De former le plus rapidement possible un comité de travail conjoint spécifiquement sur la santé et sécurité au travail en collaboration avec la CSST pour mettre en place, au 1er avril 2009, une mesure incitative, évaluée à 2 % de la rémunération versée en santé et sécurité au travail, et applicable à un ou des moyens d'intervention priorisés. Ce comité devra, en outre, faire des propositions quant à l'instauration d'autres mesures incitatives à compter du 1er avril 2010.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 204

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 204

+ **Concernant le projet de télé-santé entre le CISSS de Lanaudière - CH régional de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan.**

+ **CONSIDÉRANT** que le CISSS de Lanaudière - CH régional de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan ont conclu une entente de télé-santé (ci-après « l'Entente de télé-santé »);

CONSIDÉRANT que les services visés par l'Entente de télé-santé concernent, notamment, des services de santé en obstétrique dispensés par des médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modalités de rémunération doivent être adaptées à cette pratique :

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

+ **1.** Le médecin qui, au cours d'une demi-journée, effectue des consultations en obstétrique dans le cadre de l'Entente de télé-santé conclue entre le CISSS de Lanaudière - CH régional de Lanaudière et la communauté Atikamekw de Manawan est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou du tarif horaire.

2. En sus de la rémunération prévue à l'article précédent, un forfait est versé pour chacune des consultations effectuées auprès d'une patiente. Le montant du forfait est de 16,30 $ au 1er janvier 2012 et de 17 $ au 1er juin 2013.

AVIS : *Pour la facturation à l'acte, utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée et les données d'identité usuelles;*
- le code d'acte ***19900*** *dans la case* CODE*;*
- le montant facturé correspondant au tarif du forfait dans la case HONORAIRES*;*
- le code d'installation spécifique (00851);

Aucun autre service à l'acte ne doit être facturé au patient la même journée.

Pour la facturation à tarif horaire ou à honoraires fixes, utiliser le code d'activité ***087146*** *(télé-santé / consultation en obstétrique). Le code d'installation à utiliser est le 0085X.*

AVIS : *L'établissement doit transmettre à la Régie un formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) ou* Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente* Lettre d'entente n^{o} 204 *et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

3. La rémunération des services médicaux visés aux présentes est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

4. Les services sont réputés dispensés en clinique externe du CH régional de Lanaudière.

5. Les modalités de rémunération prévue aux articles précédents sont exclusives.

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 24 novembre 2008.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 205

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 205

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application de certaines dispositions de l'Amendement n^{o} 108.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser pour la période du 1er octobre 2008 au 31 décembre 2008 les montants découlant des modifications à l'annexe XII convenues par l'*Amendement n^{o} 108* à son paragraphe 1 H) a).

2.00 Ces montants sont déterminés selon des modalités à convenir par les parties. Ils sont versés le ou vers le 15 avril 2009.

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

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

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 206

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 206

Concernant les modalités de rémunération de la garde en disponibilité assurée dans le cadre de la médecine hyperbare.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

SECTION I : DISPOSITIONS APPLICABLES À L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS

1. La garde en disponibilité dans le cadre du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis est assurée toute la semaine mais n'est rémunérée en vertu de la présente entente :

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

b) qu'à compter du lundi au vendredi de 0 h à 8 h;

c) qu'à compter du lundi au vendredi de 20 h à 24 h.

\+ **2.** Elle est rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un forfait de 61,60 $ au 1er janvier 2012 et de 64 $ au 1er juin 2013, par quart de garde de huit (8) heures additionné de la rémunération à l'acte, selon le tarif applicable, pour les services médicaux dispensés durant cette période.

Si une période de garde assurée par le médecin comprend une fraction d'un quart de garde, le forfait prévu à la présente lettre d'entente devient, quant à cette portion de quart de garde, divisible. Il est alors payé au médecin par la Régie au prorata du temps de garde effectué par le médecin.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(n^{o} 1200) et inscrire les données suivantes :*

Fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche suivant 24 h) et les jours fériés (0 h à 24 h) (voir P.G. 2.4.7.6, jours fériés) :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19043*** *dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS*;*
- montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES*;*
- le code d'établissement (0XXX3 ou 0XXX7);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

En semaine du lundi au vendredi autre qu'un jour férié de 0 h à 8 h et de 20 h à 24 h :

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19078*** *dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures de garde dans la case UNITÉS*;*
- montant réclamé sur base horaire dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement (0XXX3 ou 0XXX7);
- l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

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

3. Un seul médecin à la fois peut se prévaloir, pour un même quart de garde ou portion de quart de garde, des dispositions de la présente lettre d'entente.

+ **SECTION II : DISPOSITIONS APPLICABLES AU CISSS DE LA CÔTE-NORD**

+ **4.** La garde en disponibilité dans le cadre de la médecine hyperbare du CISSS de la Côte-Nord (Pavillon Escoumins) doit être assurée durant toute la semaine, soit vingt-quatre (24) heures par jour sept (7) jours par semaine.

5. Deux (2) forfaits hebdomadaires sont attribués pour cette garde.

Le médecin est rémunéré pour cette garde selon une formule de rémunération à l'acte, à raison de deux (2) forfaits hebdomadaires. Les services médicaux dispensés durant cette période sont rémunérés selon les dispositions de l'entente générale. Le montant du forfait est de 61,60 $ au 1er janvier 2012 et de 64 $ au 1er juin 2013.

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

- *le code XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19901*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre de forfaits dans la case* UNITÉS*;*
- *montant réclamé dans la case* HONORAIRES;
- *le code d'établissement (0XXX3 ou 0XXX7);*
- *le forfait n'est pas divisible sur base horaire;*
- *la date de service correspondant au dernier jour de la semaine (dimanche).*

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

Le chef de département clinique de médecine générale de l'établissement ou, en son absence le directeur des services professionnels procède à la répartition des forfaits hebdomadaires de garde en disponibilité entre les médecins.

+ **6.** Le médecin qui désire se prévaloir des dispositions de la présente entente doit détenir une nomination du CISSS visé à la présente ou une nomination spécifique octroyée par l'établissement.

AVIS : *Les établissements adhérents à cette lettre d'entente doivent transmettre à la Régie la liste des professionnels (noms et numéros de pratique) qui effectuent de la garde en disponibilité dans le cadre de la médecine hyperbare, en prenant soin de spécifier la date de début de la période visée pour chacun et, le cas échéant, celle de fin. Vous devez également informer la Régie de toute modification apportée à cette liste. Envoyer le tout à l'adresse suivante :*

Régie de l'assurance maladie du Québec
Service de l'admissibilité et du paiement
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Ou par télécopieur au 418 646-8110

MISE EN VIGUEUR

7. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{O} 157*. Elle entre en vigueur le 1er septembre 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 207

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 207

Concernant les modalités d'application de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant pour la période du 1er juillet 2008 au 30 juin 2009.

CONSIDÉRANT les difficultés d'application des dispositions relatives aux procédures prévues à la section I de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de prendre les mesures requises pour permettre le versement de la rémunération prévue à cette section de l'entente précitée le plus rapidement possible

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De suspendre jusqu'au 30 juin 2009 l'application de l'article 6.00 de la section I de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.

2. De remplacer cet article par les dispositions suivantes :

a) Compte tenu des dispositions apparaissant aux articles 1.00 à 5.00 inclusivement de la section I de l'entente particulière en cause, le médecin facture, hebdomadairement, le nombre de demi-*per diem* pour la supervision de résidents et, de façon distincte le nombre de demi-*per diem* pour la supervision d'externes, en indiquant le lieu d'enseignement.

Pour cette facturation, le médecin se base sur le nombre de stages que lui a confiés son responsable de stages ou, à défaut, sur les données qu'il a colligées en regard de l'activité professionnelle visée à l'entente particulière en cause et qu'il a effectuée au cours de la semaine.

b) Cette modalité de facturation s'applique pour la période du 1er juillet 2008 au 30 juin 2009.

c) Le comité paritaire peut examiner toute situation problématique relativement à l'application de la section I de l'entente particulière en cause et des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2008 et le demeure jusqu'au 30 juin 2009.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de juin 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

TERMINÉE

LE - N^{o} 208

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 208

Concernant la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} dans les établissements de santé du Québec.

CONSIDÉRANT l'opportunité de favoriser la formation AMPRO^{OB}, laquelle vise la mise en place de procédures de soins sécuritaires adaptées aux besoins des services d'obstétrique des centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la nécessité pour les centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources des médecins omnipraticiens qui pratiquent en obstétrique, à titre de membres de l'équipe de base de médecins formateurs participants au programme AMPRO^{OB};

CONSIDÉRANT la nécessité de convenir de mesures de rémunération afin de favoriser la formation de l'ensemble des médecins omnipraticiens qui pratiquent en obstétrique;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin omnipraticien qui pratique en obstétrique et qui participe à une activité de formation de groupe dans le cadre du programme AMPRO^{OB} a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 319,35 $ au 1er janvier 2012 et de 332,90 $ au 1er juin 2013 pour chaque demi-journée au cours de laquelle il participe à cette formation, en matinée ou en après-midi.

Le médecin qui réclame le paiement de cette allocation 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.

AVIS : *1- Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19660*** *en matinée* ***ou 19661*** *en après-midi dans la section* Actes*;*
- *ne rien inscrire dans la case* UNITÉS*;*
- *le code d'établissement* ***0XXX3****;*
- *les honoraires (soumis à la rémunération majorée) et reporter ce montant dans la case* TOTAL.

Cette allocation est non divisible sur base horaire.
Le rôle 1 doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.
Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2- Le médecin à honoraires fixes qui réclame l'allocation forfaitaire doit également remplir la Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le* ***code de congé 58*** *pour chaque demi-journée de formation et inscrire :* Formation dans le cadre du programme AMPRO - Lettre d'entente n^{o} 208 *dans la partie* Renseignements complémentaires*.*

2. Le médecin omnipraticien qui pratique en obstétrique et qui est membre de l'équipe de base de médecins formateurs a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 958,30 $ au 1er janvier 2012 et de 998,90 $ au 1er juin 2013 pour chaque période d'au moins sept (7) heures au cours de laquelle il participe à une activité de formation de groupe dans le cadre du programme AMPRO^{OB}. Toute période de formation moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes effectuées par rapport au minimum de sept (7) heures.

APPROUVÉE

Le médecin qui réclame le paiement de cette allocation forfaitaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de la période d'activités pour laquelle il réclame cette allocation 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.

AVIS : *1- Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19662*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures complétées dans la case* UNITÉS*;*
- *le code d'établissement* ***0XXX3****;*
- *les honoraires (soumis à la rémunération majorée) 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.

2- Le médecin à honoraires fixes qui réclame l'allocation forfaitaire doit également remplir la Demande de paiement *(1216) en utilisant le* ***code de congé 58*** *pour chaque demi-journée de formation et inscrire :* Formation dans le cadre du programme AMPRO - Lettre d'entente n^{O} 208 *dans la partie* Renseignements complémentaires.

3. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 2 de la présente lettre d'entente, les médecins membres de l'équipe de base des médecins formateurs doivent être désignés par les parties négociantes. Le comité paritaire en informe la Régie.

4. À l'exception des majorations prévues aux annexes XII et XII-A, aucune autre majoration prévue à l'entente générale ou à une entente particulière ne s'applique à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente.

5. Aux fins de l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe VI de l'entente générale, la journée pendant laquelle le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente est réputée être une journée de formation au sens du paragraphe 4.11 de l'annexe VI de l'entente générale.

6. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er avril 2008.

\# ***AVIS :*** *La présente lettre d'entente est abrogée en date du 31 janvier 2016 et est remplacée par la* Lettre d'entente n^{O} 291.

ABROGÉE

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

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

LE - N^{o} 209

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 209

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre de santé et des services sociaux de Sept-Iles par les médecins de l'établissement.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre de santé et des services sociaux de Sept-Iles est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et que cet établissement opère un service d'urgence;

CONSIDÉRANT que, sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent, de façon importante, leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

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

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

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

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

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges au service d'urgence, assure auprès de l'établissement une présence régulière et ne prévoit pas de diminution importante de sa pratique au service d'urgence;

b) Le médecin détient une nomination de l'établissement et y exerce à la fin de la période d'engagement;

c) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

d) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

2.00 Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

2.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 1.01 c) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés au service d'urgence.

3.00 Engagement

3.01 La majorité des médecins réguliers de l'établissement qui exercent au service d'urgence de l'établissement s'engagent collectivement à accroître, pendant la période d'engagement, la part assumée par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence;

3.02 La période d'engagement est de six (6) mois.

3.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement.

4.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

4.01 Un forfait global équivalent à une majoration de 50 % de la rémunération versée pour le surplus de tâches assumées par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement comparativement à la prestation totale des médecins réguliers au service d'urgence pendant la période de référence est accordé à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement exerçant au service d'urgence;

4.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 15 % de la rémunération pour les services dispensés au service d'urgence pendant la période d'engagement.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et facturer vos services en ajoutant le 15 % à vos honoraires.*
Aucun modificateur n'est requis.

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire : *Veuillez utiliser les codes d'activité suivants:*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants:*

- *12: samedi, dimanche et journée fériée*
- *12: en semaine, de 20 h à 8 h*
- *07: en semaine, de 8 h à 20 h*

La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 15 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé au service d'urgence pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés au service d'urgence sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers du service d'urgence pendant la même période.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du dépannage

5.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés au service d'urgence de l'établissement majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de l'établissement, pourcentage découlant de l'application de l'article 4.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 15 % applicable dès le début de sa pratique au service d'urgence de l'établissement;

AVIS : ***Rémunération à l'acte :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200 *et facturer vos services en ajoutant le 15 % à vos honoraires.*
Aucun modificateur n'est requis.

5.02 Le médecin qui exerce au service d'urgence de l'établissement dans le cadre du mécanisme du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale voit sa rémunération pour les services dispensés à ce service d'urgence majorée de 15 %.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services en ajoutant le 15 % à vos honoraires.*
Aucun modificateur n'est requis.

6.00 Procédures

6.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 4.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés au service d'urgence pendant la période de référence, par les médecins réguliers de l'établissement. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement au service d'urgence pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 4.02 , 5.01 et 5.02;

6.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 1.01 d) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement;

d) Il informe le comité paritaire du nom du médecin visé par le paragraphe 5.02.

7.00 Mise en vigueur

7.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2009 et se termine le 30 septembre 2009.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 210

+ ## LETTRE D'ENTENTE N^{O} 210

Concernant l'assurance responsabilité professionnelle.

CONSIDÉRANT l'Entente intervenue dans le cadre de l'application de la *Lettre d'entente n^{o} 138* entre la FMOQ et le MSSS;

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins omnipraticiens au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT que les cotisations payables à l'ACPM pour l'assurance responsabilité professionnelle ont diminué de façon importante pour l'année 2009;

CONSIDÉRANT le renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle convenue par la FMOQ et le MSSS pour l'année 2009 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées par le renouvellement de cette entente particulière entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2009;

CONSIDÉRANT que la FMOQ et le MSSS souhaitent affecter une partie de cette diminution de coût au financement de la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB};

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu des modalités du renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle intervenue pour l'année 2009, les parties négociantes évaluent à un montant de 2,6 M$ la diminution des coûts attribuable à l'assurance responsabilité professionnelle payable en vertu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour l'année 2009.

2. Une réserve de 2,6 M$ est ainsi constituée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2010 ou, d'ici au renouvellement de l'Entente générale, pour toute année subséquente.

3. Les parties négociantes conviennent d'affecter cette réserve au financement de la rémunération de la formation des médecins dans le cadre du programme AMPRO^{OB} à compter du 1er avril 2008.

4. Dans l'éventualité d'une augmentation du coût des cotisations à l'ACPM pour l'année 2010 ou, d'ici au renouvellement de l'entente générale, pour une année subséquente et advenant que le financement de cette augmentation ne peut être effectué à même la réserve identifiée à cet égard à l'article 2, et ce, en raison de l'affectation de cette réserve au financement prévu à l'article 3, les parties négociantes s'engagent à financer le coût de la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} pour l'année 2010 ou pour cette année subséquente par une partie de la non-atteinte générale accumulée.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 211

+ ## LETTRE D'ENTENTE N^{O} 211

Concernant le financement de la recherche en médecine de famille.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Une somme de 0,6 M$ est consacrée, annuellement et sur une base récurrente, à la rémunération, selon les dispositions à convenir par les parties, des médecins qui effectuent de la recherche en médecine de famille;

2. Les modalités de financement de cette mesure sont les suivantes :

2.1 Pour la période s'échelonnant entre le 1er juillet 2008 et le 31 mars 2010, le financement est assuré comme suit :

a) D'abord par le montant de la non-atteinte accumulée sur une base non récurrente provenant de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant;

b) À défaut de couvrir tout le financement requis, par une partie du montant de la non-atteinte générale accumulée sur une base non récurrente.

2.2 À compter du 1er avril 2010, le financement est assuré comme suit :

a) D'abord par le montant de la non-atteinte accumulée sur une base récurrente provenant de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant;

b) À défaut de couvrir tout le financement requis, par une partie du montant dévolu, sur une base récurrente, au plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services sociaux selon des modalités à convenir entre les parties ultérieurement.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2008 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 212

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 212

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 22 juin au 6 septembre 2009 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Condition d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit réponde aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 850 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 465 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Remplir le formulaire* Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 850 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 4 465 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour*** *(le vendredi ou le dimanche selon le cas)* ***de la semaine de disponibilité****;*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 13 juin 2009, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 235 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 12 juin 2009, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes.
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2009 et se termine le 6 septembre 2009.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 213

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 213

Ayant trait à la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

CONSIDÉRANT que la formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS) est dispensée par plusieurs universités depuis quelques années;

CONSIDÉRANT que la formation d'une IPS comprend, notamment, un stage, d'une durée de 24 semaines à raison de 20 heures par semaine, supervisé par un médecin omnipraticien dans le cadre d'un milieu de stages reconnu par une université;

CONSIDÉRANT que les stages pour la première cohorte d'étudiantes ont débuté et qu'il y a lieu d'assurer la rémunération des médecins qui supervisent ces stages;

CONSIDÉRANT les difficultés de convenir des modalités de financement dans le délai requis;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le médecin qui assure la supervision du stage d'une IPS pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de la section I de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.

\# ***AVIS :*** *Facturer* ***quotidiennement****, par lieu de stages, le nombre de demi-*per diem *effectués. Au cours d'une journée, si l'enseignement est supervisé dans plus d'un lieu de stages, utiliser une demande de paiement différente par lieu de stages.*

Pour la facturation du forfait de formation, inscrire les données suivantes sur la **Demande de paiement - Médecin** ***(1200) :***

- *le code XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *la date de chaque formation réclamée;*
- *dans la case* ÉTABLISSEMENT*, le lieu de stages, soit le numéro d'établissement ou, pour un cabinet privé, le numéro de facturation attribué par la Régie (54XXX, 55XXX ou 57XXX);*
- *le code d'acte approprié au forfait de formation demandé dans la section* Actes*;*
- *le nombre de demi-*per diem *pour la supervision d'une IPS selon le code d'acte réclamé, dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires demandés sur chaque ligne de service et le total des honoraires demandés dans la case* TOTAL.

Avant de facturer le forfait de formation vous devez identifier si le lieu de formation est lié à la liste 1 (sous-paragraphe 5.01) ou 2 (sous-paragraphe 5.02) de l'E.P. Médecin enseignant.
*Les listes 1 et 2 sont disponibles au www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes****.***

S'il s'agit d'un lieu identifié à la liste 1, utiliser :

- *le code* ***19922*** *au tarif de* ***63,55 $*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*
- *le code* ***19923*** *au tarif de* ***47,65 $*** *si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);*
- *le code* ***19924*** *au tarif de* ***47,65 $*** *si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).*

S'il s'agit d'un lieu identifié à la liste 2, utiliser :

- *le code* ***19925*** *au tarif de* ***93,70 $*** *si le lieu est un cabinet reconnu;*
- *le code* ***19926*** *au tarif de* ***70,30 $*** *si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);*
- *le code* ***19927*** *au tarif de* ***70,30 $*** *si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).*

La facturation faite dans un établissement de la liste 2 est soumise aux majorations des annexes XII et XII-A.

Pour une même journée, si plus d'un même forfait est réclamé dans le même établissement, la facturation de ceux-ci doit être faite sur une seule demande de paiement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2.00 Les modalités de financement des coûts découlant de la supervision des stages des IPS pendant leur formation seront convenues lors des négociations qui se tiendront dans le cadre du renouvellement de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 214

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 214

Concernant la prise en charge de l'unité de soins généraux pour les lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens par les médecins de l'Hôpital de St-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

CONSIDÉRANT que l'activité principale de l'Hôpital de St-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux prévalant à l'Hôpital de St-Eustache particulièrement en ce qui concerne les services auprès des patients hospitalisés en soins de courte durée;

CONSIDÉRANT qu'au cours des quatre dernières années plus de 30 médecins omnipraticiens ont quitté l'établissement;

CONSIDÉRANT que la pénurie d'effectifs médicaux a des impacts majeurs sur le fonctionnement de l'unité de soins généraux;

CONSIDÉRANT que les médecins de l'unité de soins généraux devront participer à un processus de révision de leurs modes de fonctionnement actuels;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet d'inciter les médecins de l'unité de soins généraux de l'Hôpital de St-Eustache, pour les cent quarante-deux lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens, à accroître leur prestation de services.

2.00 Conditions d'admissibilité

2.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges à l'unité de soins généraux, assure auprès de l'établissement une présence régulière et n'y prévoit pas de diminution importante de sa pratique à l'unité de soins généraux. Il y exerce à la fin de la période d'engagement;

b) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

c) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

3.00 Définitions

3.01 Aux fins des présentes, est considéré comme un départ de l'établissement la prise du congé de maternité, une période d'invalidité totale ou partielle empêchant le médecin d'exercer à l'unité de soins généraux, un décès ou une démission de l'établissement;

3.02 Aux fins des présentes, est considéré comme médecin régulier de l'établissement celui qui a une nomination de l'établissement à la date de début de la période d'engagement ou, au plus tard, six (6) semaines après le début de la période d'engagement, et dont le départ n'est aucunement prévu au cours de cette même période. Le médecin habilité à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente en vertu du paragraphe 2.01 b) est considéré comme médecin régulier;

3.03 Est considéré comme nouveau médecin celui qui obtient sa nomination dans l'établissement au cours de la période d'engagement mais après les six (6) premières semaines suivant la date de début de la période d'engagement;

3.04 L'établissement transmet au comité paritaire le nom des médecins visés par les paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03;

3.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en terme de date de début et de fin de la période d'engagement;

TERMINÉE

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.07, aux fins de l'application du paragraphe 5.01 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux au cours de la période de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers pour les services dispensés à l'unité de soins généraux. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

Seuls sont considérés, dans le calcul de la rémunération de la période de référence, les médecins réguliers qui exerçaient à l'unité de soins généraux au début de la période de référence.

Le comité paritaire devra s'assurer que toute augmentation de la rémunération découle d'une augmentation de la charge de travail assumée par les médecins réguliers de l'établissement;

3.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 2.01 b) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés à l'unité de soins généraux.

4.00 Engagement

4.01 La majorité des médecins réguliers de l'établissement qui exercent à l'unité de soins généraux s'engagent collectivement à accroître, pendant la période d'engagement, la part assumée par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux;

4.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés;

4.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

5.01 Un forfait global équivalent à une majoration de 50 % de la rémunération versée pour le surplus de tâches assumées par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux pendant la période d'engagement comparativement à la prestation totale des médecins réguliers dans ce même secteur d'activités pendant la période de référence est accordé à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement exerçant à l'unité de soins généraux;

5.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (01453 ou 01456).*
Aucun modificateur n'est requis.

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les ***codes d'activité*** *suivants:*

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (****TH*** *seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (****HF*** *seulement)*

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants :*

- *12 : samedi, dimanche et journée fériée*
- *12 : en semaine, de 20 h à 8 h*
- *07 : en semaine, de 8 h à 20 h*

TERMINÉE

La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 5 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé à l'unité de soins généraux pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés à l'unité de soins généraux sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux pendant la même période.

6.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage

6.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de ce secteur d'activité, pourcentage découlant de l'application de l'article 5.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 5 % applicable dès le début de sa pratique à l'unité de soins généraux;

6.02 Le médecin qui exerce à l'unité de soins généraux dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale voit sa rémunération pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée de 5 %.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

Pour les médecins visés aux paragraphes 6.01 et 6.02, veuillez utiliser la Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (01453 ou 01456).*
Aucun modificateur n'est requis.

7.00 Procédures

7.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés à l'unité de soins généraux pendant la période de référence, par les médecins réguliers. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement aux services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 5.02, 6.01 et 6.02.

7.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 2.01 c) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

TERMINÉE

8.00 Mise en vigueur

8.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2009 et se termine le 30 juin 2010.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 21^{e} jour d'octobre 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 215

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 215

Concernant la prise en charge de l'unité de soins généraux pour les lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens par les médecins du Centre hospitalier Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre hospitalier Honoré-Mercier du Réseau santé Richelieu-Yamaska est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux prévalant au Centre hospitalier Honoré-Mercier particulièrement en ce qui concerne les services auprès des patients hospitalisés en soins de courte durée;

CONSIDÉRANT qu'au cours des quatre dernières années plus de 30 médecins omnipraticiens ont quitté l'établissement;

CONSIDÉRANT que la pénurie d'effectifs médicaux a des impacts majeurs sur le fonctionnement de l'unité de soins généraux;

CONSIDÉRANT que les médecins de l'unité de soins généraux devront participer à un processus de révision de leurs modes de fonctionnement actuels;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet d'inciter les médecins de l'unité de soins généraux du Centre hospitalier Honoré-Mercier, pour les cent quatre-vingt (180) lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens, à accroître leur prestation de services.

2.00 Conditions d'admissibilité

2.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges à l'unité de soins généraux, assure auprès de l'établissement une présence régulière et n'y prévoit pas de diminution importante de sa pratique à l'unité de soins généraux. Il y exerce à la fin de la période d'engagement;

b) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

c) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

3.00 Définitions

3.01 Aux fins des présentes, est considéré comme un départ de l'établissement la prise du congé de maternité, une période d'invalidité totale ou partielle empêchant le médecin d'exercer à l'unité de soins généraux, un décès ou une démission de l'établissement;

3.02 Aux fins des présentes, est considéré comme médecin régulier de l'établissement celui qui a une nomination de l'établissement à la date de début de la période d'engagement ou, au plus tard, six (6) semaines après le début de la période d'engagement, et dont le départ n'est aucunement prévu au cours de cette même période. Le médecin habilité à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente en vertu du paragraphe 2.01 b) est considéré comme médecin régulier;

3.03 Est considéré comme nouveau médecin celui qui obtient sa nomination dans l'établissement au cours de la période d'engagement mais après les six (6) premières semaines suivant la date de début de la période d'engagement;

3.04 L'établissement transmet au comité paritaire le nom des médecins visés par les paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03;

3.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en terme de date de début et de fin de la période d'engagement;

TERMINÉE

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.07, aux fins de l'application du paragraphe 5.01 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux au cours de la période de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers pour les services dispensés à l'unité de soins généraux. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

Seuls sont considérés, dans le calcul de la rémunération de la période de référence, les médecins réguliers qui exerçaient à l'unité de soins généraux au début de la période de référence.

Le comité paritaire devra s'assurer que toute augmentation de la rémunération découle d'une augmentation de la charge de travail assumée par les médecins réguliers de l'établissement;

3.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 2.01 b) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés à l'unité de soins généraux.

4.00 Engagement

4.01 La majorité des médecins réguliers de l'établissement qui exercent à l'unité de soins généraux s'engagent collectivement à accroître, pendant la période d'engagement, la part assumée par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux;

4.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés;

4.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

5.01 Un forfait global équivalent à une majoration de 50 % de la rémunération versée pour le surplus de tâches assumées par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux pendant la période d'engagement comparativement à la prestation totale des médecins réguliers dans ce même secteur d'activités pendant la période de référence est accordé à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement exerçant à l'unité de soins généraux;

5.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

Veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (00942, 00943 ou 00946).*
Aucun modificateur n'est requis.

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Veuillez utiliser les codes d'activité suivants:

- ***XXX015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***XXX030*** *Services cliniques*
- ***XXX043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***XXX055*** *Communications - Proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice*
- ***XXX063*** *Garde sur place*
- ***XXX071*** *Garde sur place effectuée à même les 35 premières heures d'activités additionnées, s'il y a lieu, de 1/44 de celles autorisées en vertu du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV (**TH** seulement)*
- ***XXX098*** *Services de santé durant le délai de carence*
- ***XXX132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles (**HF** seulement)*

et *les* ***codes de secteurs de dispensation*** *suivants:*

- *12 : samedi, dimanche et journée fériée*
- *12 : en semaine, de 20 h à 8 h*
- *07 : en semaine, de 8 h à 20 h*

TERMINÉE

La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 5 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé à l'unité de soins généraux pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés à l'unité de soins généraux sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux pendant la même période.

6.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage

6.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de ce secteur d'activité, pourcentage découlant de l'application de l'article 5.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 5 % applicable dès le début de sa pratique à l'unité de soins généraux;

6.02 Le médecin qui exerce à l'unité de soins généraux dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale voit sa rémunération pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée de 5 %.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

Pour les médecins visés aux paragraphes 6.01 et 6.02, veuillez utiliser la Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200 *et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (00942, 00943 ou 00946).*

Aucun modificateur n'est requis.

7.00 Procédures

7.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés à l'unité de soins généraux pendant la période de référence, par les médecins réguliers. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement aux services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 5.02, 6.01et 6.02.

7.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 2.01 c) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.00 Mise en vigueur

8.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 juillet 2009 et se termine le 14 juillet 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de mars 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 216

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 216

Concernant les modalités de financement des coûts découlant de la modification apportée par l'Amendement n^{o} 112 à l'entente particulière relative aux services d'urgence.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Suite à la modification apportée par l'*Amendement n^{o} 112* à l'entente particulière relative aux services d'urgence concernant l'ajout du régime B de rémunération, les coûts découlant du transfert du régime A au régime B des établissements adhérents, au 1er septembre 2009, à l'entente précitée, sont comptabilisés au 31 mars 2011 sur la base des dépenses réelles supplémentaires et financés de la façon suivante :

a) pour les années 2009-2010 et 2010-2011, ces coûts supplémentaires sont financés à même le montant non-récurrent de la non-atteinte accumulée au 31 mars 2010.

b) à compter du 1er avril 2011, le financement récurrent est assuré par les augmentations consenties dans le cadre du renouvellement de l'entente générale ou par celles consenties dans le cadre du redressement de la rémunération.

2.00 Les coûts résultant de l'adhésion, après le 1er septembre 2009, à l'entente particulière d'un établissement dont les médecins ont opté pour le régime B sont évalués par les parties au 31 mars 2011. S'il y a lieu, les parties conviendront, alors, des modalités de financement requises.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de mars 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 217

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 217

Concernant la rémunération applicable au Réseau de cliniques médicales de Drummondville.

+ **CONSIDÉRANT** qu'un regroupement de médecins conviennent d'exercer leur profession dans le cadre d'un réseau de cliniques médicales sur le territoire de Drummondville tel qu'agréé par le Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec en matière d'accessibilité aux services médicaux;

CONSIDÉRANT que pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, le Réseau de cliniques médicales de Drummondville doit répondre aux conditions d'admissibilité apparaissant au paragraphe 3.01 de l'Entente particulière relative aux cliniques réseaux sauf en ce qui concerne l'exigence de dispenser des services sans rendez-vous sur un site unique;

CONSIDÉRANT que le Réseau de cliniques médicales de Drummondville privilégie que les services sans rendez-vous seront dispensés dans le même site selon les jours de la semaine;

+ **CONSIDÉRANT** les caractéristiques particulières de l'offre de services relative au réseau d'accessibilité sur le territoire de Drummondville convenue, au cours de l'automne 2009, entre le regroupement de médecins du Réseau de cliniques médicales de Drummondville et le Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités de rémunération

1.01 Toutes les dispositions de l'article 4.00 de l'Entente particulière concernant la rémunération applicable dans une clinique réseau s'appliquent au médecin qui exerce sa profession au sein du Réseau de cliniques médicales de Drummondville.

AVIS : *Horaires défavorables :*

Utiliser la Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

En semaine du lundi au vendredi entre 18 h et 22 h autre qu'un jour férié :

- *le code XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19100*** *dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures de garde dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires sur base horaire (voir le montant du forfait sous le paragraphe 4.01 de l'E.P. – Clinique réseau);*
- *le code de la clinique médicale ou du CLSC ayant été désigné par le Réseau de cliniques médicales de Drummondville pour dispenser les services sans rendez-vous à la population générale et dans laquelle vous avez assuré la garde, dans la section* Établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Fin de semaine entre 8 h et 16 h et les jours fériés :

- *le code XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19101*** *dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures de garde dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires sur base horaire (voir le montant du forfait sous le paragraphe 4.01 de l'E.P. – Clinique réseau);*
- l*e code de la clinique médicale ou du CLSC ayant été désigné par le Réseau de cliniques médicales de Drummondville pour dispenser les services sans rendez-vous à la population générale et dans laquelle vous avez assuré la garde, dans la section* Établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

De même, en faisant les adaptations nécessaires, les modalités prévues à l'article 7.00 de l'entente particulière concernant les cliniques réseau s'appliquent au Réseau de cliniques médicales de Drummondville. Toutefois, les modalités d'exclusion du paragraphe 7.01 s'appliquent exclusivement aux lieux désignés comme site où les services sans rendez-vous seront dispensés pour chaque journée donnée.

AVIS : *Prendre note que la facturation* ***des modalités de compensation des frais de cabinet*** *(code d'acte* ***19928*** *ou* ***19929****), au regard des services rendus durant votre période de garde dans la partie dédiée au sans rendez-vous, ouverte à la population générale une journée donnée, vous devez inscrire le modificateur* ***176*** *sur la demande de paiement, afin de réclamer ce montant.*

Vous devez utiliser le code ***19928*** *pour les services dispensés à au moins 10 patients et le code* ***19929*** *pour les services dispensés à au moins 20 patients.*

Vous ne devez pas utiliser le modificateur 176 *si vous réclamer* ***les frais de cabinet*** *dans le cadre des services rendus* ***sur rendez-vous****.*

Facturation des services médicaux :

Si vous travaillez dans le site visé par le sans rendez-vous et que vous rendez des services pendant une période de garde sans rendez-vous à la population générale, vous devez facturer les services avec le modificateur ***176*** *ou ses multiples.*

Dans la section Actes *de la* Demande de paiement - Médecin *(1200), inscrire pour chaque service rendu dans une période de sans rendez-vous :*

- *le modificateur* ***176*** *ou un de ses multiples (voir les modificateurs multiples existants sous le paragraphe 3.01 e) de l'E.P. - Clinique réseau);*
- *les honoraires demandés en les calculant à 100 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;*
- *le code de la clinique médicale ou du CLSC.*

Vous ne devez pas *utiliser le modificateur* ***176*** *ou un de ses multiples si vous rendez des services dans une période de sans rendez-vous mais pour la clientèle du GMF, une journée où votre site n'est pas visé à l'horaire déterminé par le Réseau de cliniques médicales de Drummondville pour la clientèle générale.*

2.00 Activités médico-administratives

\+ **2.01** Les activités professionnelles visées au présent article couvrent les activités médico-administratives découlant des obligations spécifiques du Réseau de cliniques médicales de Drummondville en ce qui a trait notamment à l'organisation des services de première ligne, à la coordination avec le CIUSSS et autres intervenants du réseau local, à la confection des horaires de travail du sans rendez-vous et au recrutement.

Aux fins de l'application de ces obligations spécifiques, dont principalement la confection des horaires de travail du sans rendez-vous, le médecin responsable doit tenir compte des contraintes auxquelles le médecin dispensateur des services médicaux est confronté.

2.02 Les activités professionnelles décrites ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six (6) forfaits par semaine. Le montant du forfait est de 64,90 $ au 1er janvier 2012 et de 67,65 $ au 1er juin 2013.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code XXXX01010112, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19102*** *dans la case* CODE *de la section* Actes*;*
- *le nombre de forfaits dans la case* UNITÉS*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le code de la clinique médicale ou du CLSC où les activités médico-administratives ont été effectuées dans la section* Établissement*;*
- *le forfait n'est pas divisible sur base horaire.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2.03 Le médecin responsable du Réseau de cliniques médicales de Drummondville se prévaut au moins de la moitié des forfaits prévus à cet article. Il est responsable de la répartition des forfaits résiduels entre les médecins qui réalisent les activités décrites au paragraphe 2.01 ci-dessus.

3.00 Procédures d'adhésion

3.01 Les modalités d'adhésion du Réseau de cliniques médicales de Drummondville visé par la présente lettre d'entente sont celles mentionnées à l'article 8.00 de l'*Entente particulière concernant une clinique réseau*.

AVIS : *Les sites ayant été désignés par le Réseau de cliniques médicales de Drummondville sont les suivants :*

- 54080 Centre médical Saint-François (GMF)	*2009-11-16*
- 55236 Clinique des urgentologues	*2009-11-16*
- 54076 Centre médical AJC (GMF)	*2009-11-16*
- 54135 Centre médical Drummond (GMF)	*2009-11-16*
- 54091 Clinique médicale Saint-Nicéphore (GMF) (fin 2011-08-31)	*2009-11-16*
- 93872 CLSC Drummond	*2012-02-06*
- 54075 Centre de santé (GMF)	*2012-02-06*

4.00 Mise en vigueur et durée

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 16 novembre 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de mars 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 218

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 218

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 16 novembre 2009 au 17 janvier 2010, ainsi que la période du 22 février au 7 mars 2010.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Condition d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

TERMINÉE

b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Un médecin ne peut présenter sa candidature pour une semaine faisant l'objet d'un engagement auprès d'un établissement du réseau et dont il se serait désisté, depuis le 1er novembre 2009, à moins que le désistement ne soit compensé par un nouvel engagement auprès du même établissement au cours des quatre (4) semaines précédant ou suivant la période d'engagement initial ou à moins de cas fortuit soumis à l'approbation du comité paritaire;
- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 850 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 465 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Remplir le formulaire* Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 850 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 4 465 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 235 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins au fur et à mesure de la réception de chaque candidature en tenant compte notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouée et des dates de disponibilité du médecin;

IMPRIMÉE

- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2009 et se termine le 7 mars 2010.

\+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de mars 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 219

\+ **LETTRE D'ENTENTE N^{O} 219**

Concernant certaines modalités de rémunération applicables en période de pandémie de grippe A (H1N1).

CONSIDÉRANT les mesures et plans d'action mis en place par les gouvernements et les autorités de santé publique afin de pallier à la recrudescence de la pandémie d'influenza de type A (H1N1);

CONSIDÉRANT que le virus de la grippe A (H1N1) pourrait faire croître de façon importante les besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT que les agences de la santé et des services sociaux (ci-après les « Agences ») désigneront des cliniques de grippe qui pourront être sous la responsabilité de cabinets privés ou d'établissements publics et/ou des sites de soins non traditionnels (ci-après « SNT ») ambulatoires et non ambulatoires qui seront sous la responsabilité d'un CSSS;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui accepteront de travailler dans les cliniques de grippe ou les SNT;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 À compter de la date de mise en opération d'une clinique de grippe ou d'un SNT dans un territoire, les modalités de rémunération suivantes s'appliquent :

a) les services dispensés dans un cabinet privé désigné comme une clinique de grippe ou comme un SNT seront rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en cabinet;

ii) ou pour le forfait horaire de 157 $ auquel s'ajoute, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de 53 $ pour les frais de cabinet encourus par le médecin.

\# ***AVIS :*** *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le code ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- dans la section Actes *:*
- le code ***19680*** *(forfait horaire);*
- le code ***19681*** *(compensation horaire pour les frais de cabinet);*
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
- le code de facturation Régie de la clinique de grippe ou du SNT en cabinet privé désigné.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

b) les services dispensés dans une clinique de grippe ou un SNT dans un établissement ou sous la responsabilité d'un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS ou, selon le cas, dans une unité de soins de courte durée d'un CH auquel s'ajoutent les suppléments applicables dans ce milieu;

TERMINÉE

ii) ou, dans une clinique de grippe ou un SNT ambulatoire, pour le forfait horaire de 157 $;

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le code ***XXXX01010112,*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19680*** *(forfait horaire) dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
- le code de facturation Régie (CLSC ou clinique externe du CH, secteur 0XXX1) de la clinique de grippe ou du SNT ambulatoire en établissement désigné.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

iii) ou, dans un SNT non ambulatoire, pour un forfait quotidien, divisible en heure, de 594,10 $ pour huit heures de services, auquel s'ajoute 46,60 % du tarif des services médicaux dispensés. La rémunération ne peut être inférieure à 855 $ pour huit heures de services.

AVIS : *Pour la facturation du forfait, utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19682*** *dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- les honoraires sur base horaire;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
*- le code de facturation Régie (****0XXX3****,* ***0XXX6*** *ou* ***4XXX6****) du SNT non ambulatoire désigné;*
- l'heure de début et de fin de la période dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Tous les services médicaux rendus durant la période couverte par le forfait 19682 *doivent être facturés dans la section* Actes *de la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le modificateur ***404*** *ou un de ses multiples pour chaque service;*
- les honoraires demandés en les calculant à 46,60 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé;
*- le code de facturation Régie (****0XXX3****,* ***0XXX6*** *ou* ***4XXX6****) du SNT non ambulatoire désigné.*

Pour les professionnels ayant fait ***moins de 855 $****, un montant forfaitaire sera versé à la fin de l'application de la lettre d'entente.*

Les multiples du modificateur ***404*** *sont :*

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
050-404	845	0,2330
093-404	846	0,4660
094-404	847	0,4660

Il est important de ne pas réclamer l'un des suppléments décrits au paragraphe 1 c) ii) avec le modificateur **404** *ou l'un de ses multiples car chaque supplément est payable à 100 % du tarif de base.*

c) dans le cas où, pendant une journée de dispensation de services dans la clinique de grippe ou le SNT d'un établissement ou sous la responsabilité d'un établissement, le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, les modalités suivantes s'appliquent :

i) dans un SNT ambulatoire, lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte, les suppléments suivants s'ajoutent :

- examen ordinaire tout groupe d'âge (codes 00005, 08882, 08883) : supplément de 6,45 $;

- examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00056) : supplément de 11,25 $;

TERMINÉE

- examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09116) : supplément de 18,10 $;

AVIS : *Pour facturer un des suppléments, veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- le code ***15300****,* ***15301*** *ou* ***15302*** *dans la section* Actes*;*
*- le code de facturation Régie (****CLSC*** *ou* ***clinique externe*** *du CH, secteur* ***0XXX1****) de la clinique de grippe ou du SNT ambulatoire désigné;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES *et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*

Le code d'examen doit être facturé sur la même demande de paiement que le supplément.:

Examen admissible	**Code du supplément**	**Tarif ($)**
Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code 00005, 08882 ou 08883)	15300	6,45
Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00056)	15301	11,25
Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09116)	15302	18,10

ii) dans un SNT non ambulatoire, lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte ou selon le forfait quotidien plus un pourcentage des actes, les suppléments suivants, lesquels sont toujours payés à 100 %, s'ajoutent :

- examen ordinaire, tout groupe d'âge (codes 00003, 09112) : supplément de 0,65 $;

- examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00055) : supplément de 1,70 $;

- examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09115) : supplément de 7,25 $;

AVIS : *Pour facturer un des suppléments, veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n° 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- le code ***15303****,* ***15304*** *ou* ***15305*** *dans la section* Actes*;*
- le code de facturation Régie (secteur ***0XXX3, 0XXX6 ou 4XXX6****) du SNT non ambulatoire désigné;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES *et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*

Le code d'examen doit être facturé sur la même demande de paiement que le supplément.

Examen admissible	***Code du supplément***	***Tarif ($)***
Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code ***00003*** *ou* ***09112****)*	*15303*	*0,65*
Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code ***00055****)*	*15304*	*1,70*
Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code ***09115****)*	*15305*	*7,25*

iii) lorsque les services sont rémunérés selon le forfait horaire la compensation horaire de 53 $ s'ajoute.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le code ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19681*** *(forfait horaire) dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
*- le code de facturation Régie (****CLSC*** *ou* ***clinique externe*** *du CH, secteur* ***0XXX1****) de la clinique de grippe ou du SNT ambulatoire en établissement désigné.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

TERMINÉE

d) Le médecin qui exerce normalement en cabinet peut, durant les jours où il exerce auprès de patients admis en soins de courte durée d'un CH et qu'un SNT non ambulatoire est en fonction dans le CSSS dont il relève, se prévaloir des modalités de 1.1 c) ii). Lorsque le médecin est rémunéré selon un forfait plus un pourcentage des actes, ces suppléments sont également applicables et payables à 100 %.

e) Le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut maintenir le même mode. Il est rémunéré selon ce mode à partir de la nomination qu'il détient dans son établissement d'origine.

AVIS : ***Si vous optez pour maintenir votre mode habituel de rémunération,*** *veuillez remplir une* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat n^{O} 1216 *si vous êtes un médecin à honoraires fixes et une* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n^{O} 1215 *si vous êtes un médecin à tarif horaire.* ***Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre nomination*** *et pour la facturation de vos activités, veuillez utiliser votre nature de service habituelle avec un des emplois de temps suivants :*

*- **XXX153** Services cliniques (pandémie)*
*- **XXX154** Services médico-administratifs (pandémie)*

Sans égard au mode de rémunération pour lequel il opte lorsqu'il pratique en clinique de grippe ou en SNT, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes conserve le bénéfice de ses avantages sociaux prévus à l'annexe VI de l'entente générale.

AVIS : *Le médecin à honoraires fixes* ***qui ne maintient pas*** *ce mode de rémunération lorsqu'il pratique en clinique de grippe ou en SNT doit également remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat n^{O} 1216 *en utilisant le* ***code de congé 61*** *pour chaque journée rémunérée sous un autre mode de rémunération et inscrire « Pandémie de grippe » dans la case* RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

f) Tout médecin exerçant dans le cadre d'un SNT en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement et appelé par le CSSS responsable du SNT à dispenser sur une base ponctuelle des services dans un CHSLD ou dans une unité de soins de courte durée d'un CH peut se prévaloir, selon un choix quotidien :

i) des modalités de rémunération en vigueur dans le secteur d'activités où il va exercer selon la nomenclature des services s'y appliquant ou;

ii) du forfait horaire de 157 $. Si le médecin opte pour le forfait horaire, il peut également se prévaloir des dispositions du paragraphe 1.1 c) iii) ci-dessus, lorsque applicable.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

*- le code **XXXX01010112**, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
*- le code **19680** (forfait horaire) dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
*- le code de facturation Régie (**CLSC** ou **clinique externe** du CH, secteur **0XXX1**) du SNT en établissement désigné où le médecin exerce au moment de son affectation temporaire en CHSLD ou en unité de courte durée d'un CH.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

1.2 Autres dispositions

a) Les services dispensés dans une clinique de grippe ou dans un SNT sont sujets à l'application des majorations déjà prévues pour les services dispensés la fin de semaine et jours fériés selon les milieux de pratique. De plus, ces services, lorsque dispensés de 18 h à 8 h du lundi au vendredi inclusivement, sont majorés de 10 %.

AVIS : ***Rémunération à l'acte :***

Dans la section Actes *de la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200*, inscrire pour chaque service :*
*- le modificateur **405** ou un de ses multiples;*
- les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 %;
- le code de facturation Régie de la clinique de grippe ou du SNT désigné.

*Les multiples du modificateur **405** sont :*

Combinaison de modificateurs	Modificateur multiple	Constante
404-405	848	0,5126
050-405	849	0,5500
093-405	850	1,1000
094-405	851	1,1000
176-405	852	1,1000

TERMINÉE

AVIS : *(suite)*

Rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire :

Les heures d'activité donnant droit à la majoration sont les heures réelles consacrées à celles-ci; pour obtenir cette majoration, le professionnel doit utiliser une seule plage horaire par ligne.

Pour la fin de semaine et les jours fériés, utiliser les secteurs de dispensation habituels déjà prévus à l'entente.

Pour la période de 18 h à 8 h du lundi au vendredi, utiliser le secteur de dispensation ***22****.*

Veuillez prendre note que seules les heures travaillées entre 18 h et 20 h du lundi au vendredi donnent droit à la majoration pour la plage horaire de l'après-midi. Pour ce faire, vous devez ***facturer séparément*** *les heures effectuées avant 18 h de celles effectuées après.*

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une clinique de grippe ou dans un SNT, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII.

AVIS : *Il est important que le médecin réclame ses services au taux de rémunération majorée habituel auquel il a droit selon les dispositions des annexes XII et XII–A sans égard au paragraphe précédent. Pour le médecin ne répondant pas aux conditions spécifiques du paragraphe 1.2 de la section 1 de l'annexe XII, les services rendus en tout lieu désigné dans la cadre de la pandémie, feront l'objet du versement d'un montant forfaitaire rétroactif. Le calcul correspondra au différentiel entre les honoraires payés selon le taux de rémunération majorée habituel et le taux qui se serait appliqué si la situation du médecin avait satisfait aux exigences de l'annexe XII.*

c) Un forfait par quart de quatre heures est payé au médecin pour les services dispensés dans une clinique de grippe ou dans un SNT du lundi au vendredi de 18 h à 8 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 95,40 $. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19683*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires sur base horaire;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le code de facturation Régie de la clinique de grippe ou du SNT désigné;*
- *l'heure de début et de fin de la période dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Si le site de la clinique de grippe ou du SNT est déjà reconnu comme clinique réseau, la présente disposition remplace l'article 4.00 de l'entente particulière relative aux services dispensés dans une clinique réseau.

AVIS : *Le forfait codé* ***19100*** *(du lundi au vendredi) et le forfait codé* ***19101*** *(le samedi, dimanche ou jour férié) pour les horaires défavorables, ne peuvent être réclamés durant la période où la clinique réseau est désignée comme clinique de grippe ou SNT. Le forfait codé* ***19683*** *doit alors être réclamé durant cette période.*

d) Les services dispensés dans une clinique de grippe ou un SNT sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période du 1er septembre 2009 au 28 février 2010.

e) Les activités professionnelles du médecin responsable de la clinique de grippe ou du SNT et de celui qui l'assiste sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement de six forfaits par semaine partageables entre le médecin responsable et celui qui l'assiste. Le montant du forfait est de 59,65 $.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19684*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre de forfaits dans la case* UNITÉS*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le code de facturation Régie de la clinique de grippe ou du SNT désigné;*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

TERMINÉE

Cette rémunération est versée en sus de celle qui, le cas échéant, est déjà versée au médecin pour des activités médico-administratives rémunérées en vertu d'une autre entente.

f) L'Agence de chaque région informe le comité paritaire qui en informe la RAMQ de :

i) la liste des cliniques de grippe et des SNT de chacun des territoires de CSSS sous sa responsabilité;

ii) de la date de début et de fin du fonctionnement de chaque clinique de grippe et de chaque SNT.

La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées en tant que GMF, clinique-réseau ou cabinet en pratique de groupe.

La clinique de grippe ou le SNT ambulatoire en établissement ou sous la responsabilité d'un établissement sont réputés, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS. Le SNT non ambulatoire, aux fins de la rémunération, est réputé être une unité de soins de courte durée du CH exploité par le CSSS ou par le CHSGS, selon le cas.

AVIS : *La liste des lieux désignés est disponible dans le site Internet de la Régie à l'adresse suivante :*

http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/pandemie/

2. Activités médico-administratives

2.1 Les activités médico-administratives d'organisation, de planification, d'information réalisées dans le cadre d'un réseau local de services ou d'une région sociosanitaire sont rémunérées en recourant aux banques d'heures ou de forfaits prévus en vertu des dispositions suivantes :

a) les dispositions relatives à l'organisation des projets cliniques et à l'organisation et coordination des services de première ligne de l'entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de la clientèle (paragraphes 9 A) et 9 B));

b) les dispositions du Protocole d'accord ayant trait à la rémunération de certaines activités effectuées pour le compte d'une agence de la santé et des services sociaux.

2.2 Les banques d'heures ou de forfaits auxquelles il est fait référence aux alinéas a) et b) ci-dessus seront rajustées en fonction de leur utilisation réelle au cours de la période débutant à la date de la mise en vigueur de la présente lettre d'entente jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec.

3. Garde en disponibilité

3.1 Les services de garde en disponibilité, lorsque assurés pour un service d'urgence, pour une clinique de grippe ou pour un SNT ambulatoire ou non ambulatoire, que cette clinique de grippe ou SNT soit en cabinet privé ou rattaché à un établissement public, sont rémunérés de la façon suivante :

a) La garde en disponibilité est rémunérée de 8 h à 24 h et, le cas échéant, de 0 h à 8 h tous les jours de la semaine;

b) Elle est rémunérée à raison d'un forfait de 56,20 $ par quart de huit heures. Ce forfait est divisible en heure;

c) Un forfait par quart de huit heures est attribué quotidiennement à chaque clinique de grippe, à chaque SNT et à chaque service d'urgence. Sur demande du CSSS, le comité paritaire pourra attribuer plus d'un forfait de garde en disponibilité par quart de huit heures.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement - Médecin n^{o} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *dans la section* Actes *:*
  - *le code* ***19685*** *(forfait de garde en disponibilité, de 0 h à 8 h);*
  - *le code* ***19686*** *(forfait de garde en disponibilité, de 8 h à 16 h);*
  - *le code* ***19687*** *(forfait de garde en disponibilité, de 16 h à 24 h);*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires sur base horaire;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le code de facturation Régie de la clinique de grippe ou du SNT désigné;*
- *l'heure de début et de fin de la période dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

TERMINÉE

4. Retrait préventif

4.1 À compter du 19 octobre 2009 jusqu'à sept jours suivant la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec, la médecin enceinte rémunérée pour l'ensemble de sa pratique ou pour une partie de sa pratique selon le mode de l'acte ou celui du tarif horaire, et qui exerçait préalablement dans un cabinet ou dans un CLSC au moment de sa désignation comme une clinique de grippe ou comme un SNT, dans un service d'urgence, à l'unité des soins intensifs ou coronariens, à l'unité de soins de courte durée ou en CHSLD peut se prévaloir des dispositions suivantes relatives au retrait préventif :

a) Pour sa pratique dans les secteurs d'activités visés ci-dessus, ce médecin doit avoir fait l'objet d'un avis de retrait préventif par un médecin et l'avoir transmis au directeur des services professionnels de l'établissement où elle exerce ou du territoire où est située la clinique de grippe ou le SNT. Elle doit également transmettre cet avis au comité paritaire;

b) Pour la partie de sa pratique dans les secteurs visés ci-dessus, le directeur des services professionnels ou le Triumvirat du CSSS du territoire réaffecte la médecin à des tâches médicales ou médico-administratives ne présentant aucun risque pour sa grossesse. Durant les périodes pendant lesquelles elle ne peut être réaffectée à d'autres tâches, elle demeure en disponibilité à son domicile;

c) À compter de la date de son retrait préventif, la médecin est rémunérée et compensée de la façon suivante :

   i) pour les journées pendant lesquelles elle dispense des services dans le cadre de son affectation, elle est rémunérée selon les modalités applicables à ce lieu de pratique. Si cette rémunération est inférieure à ce qu'elle aurait gagné pendant sa pratique dans les secteurs d'activités visés ci-dessus, le différentiel lui sera versé. Aux fins du calcul de ce différentiel, la période de référence utilisée aux fins du calcul du revenu correspond aux douze mois de facturation ayant précédé une période de cinq mois avant le début du retrait préventif. Lorsque la médecin n'a pas un historique de rémunération de douze mois, la période est réduite au nombre de mois existants pour effectuer l'historique;

   ii) pour les journées pendant lesquelles la médecin est en disponibilité, elle est compensée selon les modalités de l'annexe XVI (article 2) en faisant les adaptations nécessaires notamment en ne retenant, pour le calcul de l'allocation, que les journées rémunérées pour des services dispensés dans les secteurs d'activités visés ci-dessus.

   Pour les journées pour lesquelles la médecin se prévaut des dispositions des alinéas i) et ii) ci-dessus, elle ne peut être rémunérée autrement dans le cadre du régime d'assurance maladie.

d) Cette mesure se termine sept jours suivant la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec.

5. Congés de maladie et mesure d'isolement

5.1 Le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui devient incapable d'accomplir les tâches qu'il exerçait en clinique de grippe ou dans un SNT, est présumé avoir contracté le virus de la grippe A (H1N1) à l'occasion de son travail. Ce médecin est alors éligible à une compensation de sept (7) jours maximum pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie.

5.2 Le médecin qui contracte le virus de la grippe A (H1N1) et qui devient incapable d'accomplir ses tâches alors qu'il exerçait à l'urgence, à l'unité des soins intensifs ou coronariens d'un CHSGS ou au suivi des patients admis en soins de courte ou de longue durée doit démontrer, à la satisfaction du comité paritaire, qu'il a été exposé de manière significative au virus de la grippe A (H1N1) à l'occasion de son travail pour bénéficier de la présomption. Il est alors éligible à une compensation de sept jours maximums pour la perte de revenu occasionnée par sa maladie.

5.3 La compensation correspond à 100 % du revenu brut versé au médecin concerné par la RAMQ au cours de la période de référence.

5.4 La période de référence utilisée aux fins du calcul correspond aux douze mois de facturation ayant précédé une période de cinq mois avant le début de sa maladie. Lorsque le médecin n'a pas un historique de rémunération de douze mois, la période est réduite au nombre de mois existants pour effectuer l'historique.

5.5 La compensation est calculée au prorata des revenus versés par la RAMQ au cours de la période de référence en fonction du nombre de jours de congé pour maladie.

TERMINÉE

5.6 Tout médecin concerné doit présenter sa demande de compensation au comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente dans les vingt semaines qui suivent la fin de sa maladie. À cette fin, le médecin doit fournir les documents suivants au soutien de sa demande :

a) une description sommaire des activités et du ou des lieux d'exercice au moment où il est devenu malade;

b) une note d'un médecin attestant du diagnostic de grippe;

c) une autorisation permettant aux parties négociantes d'effectuer l'analyse de sa rémunération aux fins de l'application de cette lettre d'entente.

5.7 Sur approbation de la demande, le comité paritaire informe la RAMQ du montant à verser au médecin.

5.8 Le médecin peut se prévaloir de la compensation prévue au présent article uniquement à compter du moment où il y aura ouverture d'une clinique de grippe ou d'un SNT, le cas échéant, dans son territoire de CSSS, et ce, jusqu'à sept jours après la fermeture de la ou des cliniques de grippe et SNT du même territoire.

5.9 Le médecin qui fait l'objet d'une mesure d'isolement imposée par l'établissement bénéficie, pour une durée de sept jours maximums, de la compensation prévue au présent article. Il soumet une demande au comité paritaire en joignant une confirmation écrite émanant de l'autorité compétente.

5.10 Le médecin qui se prévaut des dispositions du présent article ne peut pour les mêmes journées être rémunéré dans le cadre du régime d'assurance maladie. Le fait qu'un médecin reçoive, durant des journées ainsi visées, des forfaits annuels de clientèle vulnérable ou d'inscription générale est réputé ne pas contrevenir à cette exigence.

6. Soins intensifs

6.1 Le médecin qui assume, pendant 24 heures, la prise en charge des patients et la gestion d'une unité des soins intensifs ou coronariens de niveau I ou II d'un CHSGS adhérent à l'entente particulière sur les soins intensifs ou coronariens et comptant plus de cinq lits est rémunéré pour ses fonctions pendant la durée de la présente lettre d'entente.

6.2 À cette fin, le médecin est rémunéré selon un forfait quotidien de prise en charge de 250 $. Un seul forfait est payable par unité de soins intensifs ou coronariens par jour. Aux fins de facturation, les services sont réputés rendus le jour durant lequel le médecin assure les services entre 8 h et 18 h.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- le code ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code ***19688*** *dans la section* Actes*;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
- le code de facturation Régie (0XXX6 ou 4XXX6) du SNT non ambulatoire désigné;
- ne rien inscrire dans la case UNITÉS*.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

6.3 Sur demande de l'établissement, le comité paritaire, selon des critères qu'il aura déterminés, peut autoriser le coordonnateur d'une unité de soins intensifs ou coronariens de niveau III à se prévaloir des dispositions prévues aux paragraphes ci-dessus.

6.4 Dans le cas où le CHSGS doit ouvrir des lits de soins intensifs dans un lieu physique différent de l'unité de soins intensifs ou coronariens de l'établissement, le médecin qui dispense des services auprès de ces patients peut se prévaloir des dispositions de l'entente particulière relative à la rémunération dans une unité de soins intensifs ou coronariens.

7. Formation professionnelle

7.1 Le médecin est rémunéré suivant le mode de rémunération à tarif horaire pour sa participation à toute séance obligatoire de formation ou d'information exigée par la Direction nationale de la santé publique en lien avec la grippe A (H1N1).

AVIS : *Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui* ***maintient*** *son mode, veuillez remplir une* Demande de paiement, vacation et honoraires forfaitaires n^{O} 1215*. Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre nomination et pour la facturation de la formation ou de la séance d'information dans le cadre de la pandémie, et utiliser votre nature de service habituelle avec l'emploi de temps suivant :*

- XXX155 *Formation ou séance d'information (pandémie)*

Aucun avis de service n'est requis.

TERMINÉE

AVIS : *(suite)*

Pour le médecin rémunéré à honoraires fixes ou à tarif horaire qui ***ne maintient pas*** *son mode ou pour le* ***médecin rémunéré à l'acte,*** *veuillez utiliser la* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation n^{O} 1215*. Inscrire le numéro de facturation Régie correspondant à la clinique de grippe ou au SNT désigné pour la facturation de la formation ou de la séance d'information dans le cadre de la pandémie, et utiliser le code d'activité suivant :*

- 090155 *Formation ou séance d'information (pandémie)*

Faire signer le responsable de la clinique de grippe ou du SNT dans la case ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT*.*

Aucun avis de service n'est requis.

7.2 Le médecin expédie à la Régie les renseignements pertinents liés à l'activité de formation ou d'information.

AVIS : *Aucune pièce justificative n'est nécessaire pour la facturation. Selon la décision de la Direction nationale de la santé publique de reconnaître ou non la formation ou la séance d'information, la réclamation du médecin sera payée ou refusée.*

8. Cessation des activités habituelles

8.1 Dans le cas où le gouvernement décide de la fermeture d'un cabinet privé ou dans le cas où un cabinet, une UMF-CH ou un CLSC est désigné comme clinique de grippe ou un SNT et que ses activités habituelles ne peuvent être poursuivies en tout ou en partie, les modalités suivantes s'appliquent :

a) le médecin doit en aviser le directeur des services professionnels ou le Triumvirat du CSSS de son territoire et demander une réaffectation à d'autres activités analogues au sein de son milieu de travail habituel ou dans un milieu équivalent en cas de fermeture d'un cabinet privé;

b) pour la période pendant laquelle le médecin est réaffecté à une clinique de grippe, à un SNT ou à des activités analogues à celles qu'il accomplit habituellement, le médecin est alors compensé selon les modalités du paragraphe 4.1 c) i) de la présente lettre d'entente;

c) dans le cas où le médecin ne peut être réaffecté à aucune autre activité analogue, il doit fournir une attestation du directeur des services professionnels ou du Triumvirat du CSSS de son territoire à cet effet et doit être présent et disponible dans l'établissement ou dans son cabinet sauf en cas de fermeture. Il est alors compensé selon les modalités apparaissant aux paragraphes 5.3 et 5.4 de la présente lettre d'entente.

9. La protection de la responsabilité professionnelle des médecins

9.1 Dans le cadre de la pandémie, un médecin qui, à la demande d'un établissement, d'une agence ou du Ministère, exerce des activités médico-administratives liées directement à la pandémie bénéficie du régime de protection ci-après décrit :

Sauf en cas de faute intentionnelle ou de faute lourde, le Ministère s'engage à prendre fait et cause pour le médecin, à assurer sa défense dans toute réclamation dirigée contre lui qui résulte de l'exercice d'une activité médico-administrative et à le tenir quitte et indemne de tous dommages, frais et dépenses qui y sont reliés. Toutefois, cette protection ne s'applique pas si, à l'égard d'une réclamation donnée, le médecin bénéficie de la protection offerte par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), une compagnie d'assurances ou le Programme d'assurance responsabilité professionnelle des administrateurs et dirigeants du Réseau de la santé et des services sociaux.

10. Ententes particulières PREM et AMP

10.1 Pour la période débutant à la date de la mise en vigueur de la présente lettre d'entente jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec, l'entente particulière relative aux plans régionaux d'effectifs médicaux et celle relative aux activités médicales particulières ne s'appliquent pas au médecin qui dispense des services dans le cadre d'une clinique de grippe, d'un SNT ou d'un établissement.

11. Actualisation

11.1 Dans le cadre de l'entente générale en vigueur, les parties conviennent que toutes les modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente seront actualisées pour tenir compte de toute augmentation qui pourrait être convenue pendant la durée d'application de la présente lettre d'entente.

TERMINÉE

12. Comité paritaire

12.1 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale assume les responsabilités suivantes :

a) il voit au bon fonctionnement des dispositions convenues dans le cadre de la présente lettre d'entente, identifie les problèmes et recommande aux parties négociantes tout correctif pertinent sur tout sujet relatif aux conditions de rémunération des services dispensés dans le cadre de la pandémie;

b) il veille à la bonne application des dispositions convenues dont, notamment, en ce qui a trait à l'application de l'alinéa 1.1 c) ci-dessus;

c) il convient des modifications à apporter pour la période de la pandémie à l'entente générale ou à d'autres documents d'entente et en avise la RAMQ.

13. Durée de la lettre d'entente

13.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 26 octobre 2009, à l'exception de l'article 4 qui entre en vigueur le 19 octobre 2009, et le demeure jusqu'à la date de fin du fonctionnement des cliniques de grippe et des SNT dans l'ensemble du Québec.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 3^{e} jour de février 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 220

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 220

Concernant la rémunération de l'évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal.

Préambule

Cette lettre d'entente est convenue dans le cadre d'un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5).

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin est rémunéré selon la tarification prévue à la présente lettre d'entente lorsqu'il est appelé à réaliser l'une des évaluations suivantes :

1.1 Évaluation psychiatrique dans le but de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé.

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée à la suite d'une ordonnance émise par un tribunal en vue de déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.

Le tarif s'applique pour l'examen afférent à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98005 Évaluation psychiatrique – aptitude à comparaître d'un accusé..... 210 $

AVIS : *Vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un prévenu non résident du Québec, vous devez inscrire les renseignements essentiels suivants sur votre* Demande de paiement - Médecin n° 1200 *:*

- inscrire le nom et prénom complet, date de naissance et sexe du prévenu;

ou

- le numéro d'assurance maladie du prévenu dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, *si vous le détenez;*
*- le code **98005** dans la section* Actes*;*
*- inscrire le modificateur **990** (pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès);*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
- le numéro de l'établissement approprié (le code du centre de détention est accepté si le service y est rendu);
*- le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Une copie de l'ordonnance du juge et, s'il y a lieu, une copie de la prolongation d'évaluation doit toujours être jointe à la* Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200 *lorsque vous réclamez le code 98005. Vous devez conserver les originaux des documents.

Le document de cour signé par le juge atteste du type d'examen pouvant être facturé, et ce, selon le délai de temps alloué pour effectuer l'évaluation requise.

Il est obligatoire de transmettre ces demandes de paiement sur format papier. *De plus, vos demandes de paiement et les pièces justificatives afférentes pour des services visés à la présente lettre d'entente doivent être expédiées **seules** à la Régie dans une enveloppe comportant la mention* **« Évaluations psychiatriques »** *(enveloppes n° 3742 préadressées disponibles à la Régie ou enveloppes sur laquelle vous aurez pris soin d'inscrire cette mention). Vous pouvez transmettre plus d'une demande de paiement par enveloppe, le cas échéant. Vous devez prendre soin que chaque pièce justificative accompagne la demande de paiement qui lui est relié. La Régie n'exige aucuns frais pour le traitement ou l'approvisionnement des formulaires n°1200 ou enveloppes n° 3742 ainsi requis.*

EN PROGÉE

1.2 Témoignage devant une cour ou un tribunal administratif

Le médecin qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif afin de faire suite à un rapport d'évaluation psychiatrique pour évaluer l'aptitude à comparaître a droit à une rémunération de 840 $ par demi-journée (période de trois heures et demie (3 ½)) de disponibilité, incluant la comparution proprement dite, demi-journée pendant laquelle il ne peut vaquer à ses activités habituelles. Cette rémunération est divisible en demi-heure. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata du temps réel de la disponibilité, sous réserve du fait qu'une période inférieure à deux (2) heures est réputée être de deux (2) heures pour les fins de la facturation.

Le médecin qui reçoit, au cours d'une période, la rémunération prévue à l'alinéa précédent ne peut être rémunéré autrement dans le cadre de l'assurance maladie pour des activités professionnelles effectuées durant sa période de disponibilité à comparaître.

AVIS : *Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, vous devez comptabiliser le temps en* ***demi-heure (120 $)*** *et utiliser le code d'acte* ***98012****.*

Vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un prévenu non résident du Québec, vous devez inscrire les ***renseignements essentiels*** *suivants sur votre* Demande de paiement - Médecin n° 1200 :

- inscrire le nom et prénom complet, date de naissance et sexe du prévenu;

ou

- le numéro d'assurance maladie du prévenu dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE, *si vous le détenez;*
- le code ***98012*** *dans la section* Actes*;*
- inscrire le modificateur ***990*** *(pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès);*
*- le numéro de l'****établissement si facturé avec le code 98005*** *(sur la même demande de paiement);*
- le ***code de localité*** *du lieu de tribunal dans la case* ÉTABLISSEMENT *si* ***facturé seul****;*
- le ***nombre de demi-heure(s)*** *dans la case UNITÉS;*
- les honoraires et reporter ce montant dans la case TOTAL;
- le ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Une copie du subpoena doit toujours être jointe à la **Demande de paiement – Médecin n^{O} 1200** ***lorsque vous réclamez le code 98012. Vous devez conserver l'original du document.***

Il est obligatoire de transmettre ces demandes de paiement sur format papier. *De plus, vos demandes de paiement et les pièces justificatives afférentes pour des services visés à la présente lettre d'entente doivent être expédiées* ***seules*** *à la Régie dans une enveloppe comportant la mention* **« Évaluations psychiatriques »** *(enveloppes n° 3742 préadressées disponibles à la Régie ou enveloppes sur laquelle vous aurez pris soin d'inscrire cette mention). Vous pouvez transmettre plus d'une demande de paiement par enveloppe, le cas échéant. Vous devez prendre soin que chaque pièce justificative accompagne la demande de paiement qui lui est relié. La Régie n'exige aucuns frais pour le traitement ou l'approvisionnement des formulaires n°1200 ou enveloppes n° 3742 ainsi requis.*

2. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente n'est sujette à aucune des majorations prévues à l'entente générale, lettre d'entente ou entente particulière à l'exception des majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente.

3. La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX

4. Dispositions transitoires applicables du 1er novembre au 31 décembre 2009

4.1 Le médecin est rémunéré selon les dispositions suivantes :

a) Évaluation psychiatrique dans le but de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé

09808 Évaluation sommaire de cinq (5) jours ou moins..... 150 $

b) Témoignage à la cour

09810 Comparution à la cour (subpoena) selon un tarif horaire de 125 $ (minimum de trois (3) heures par jour et maximum de huit (8) heures par jour).

ABRÉGÉE

4.2 La disposition prévue à l'article 2 ci-dessus ne s'applique pas à la rémunération prévue au présent article.

4.3 La disposition prévue à l'article 3 ci-dessus s'applique à la rémunération versée en vertu du présent article.

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2010 sauf pour son article 4 qui est en vigueur du 1er novembre 2009 au 31 décembre 2009. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente.

AVIS : *Cette lettre d'entente est abrogée par l'*Amendement n^{o} 115 *en date du 1er décembre 2010 et est remplacée par la LE n^{o} 223.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19^{e} jour de mars 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

LE - N^{o} 221

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 221

Concernant le financement des majorations supplémentaires applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables.

CONSIDÉRANT que, selon les prévisions de la RAMQ en date de janvier 2010, une non-atteinte accumulée de l'enveloppe budgétaire globale de l'ordre du 44 M $ devrait être constatée à la fin de l'Accord-cadre 2004-2010 prévue pour le 31 mars 2010;

CONSIDÉRANT que la priorité d'affectation de cette disponibilité financière est la mise en application de la mesure n^{o} 5 du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux, soit l'amélioration des services de première ligne en horaires défavorables;

CONSIDÉRANT qu'afin de ne pas désavantager des secteurs d'activités prioritaires et d'uniformiser les majorations applicables en horaires défavorables, il y a lieu de traiter de façon analogue tous les secteurs d'activités qui doivent offrir des services en horaires défavorables;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les mesures visées

1.1 Les mesures visées par la présente lettre d'entente sont les suivantes :

a) Les majorations supplémentaires à celles existant préalablement pour les services dispensés en horaires défavorables et telles que convenues par l'*Amendement n^{o} 113* et par l'annexe n^{o} XX ajoutée à l'Entente par l'*Amendement n^{o} 113*;

b) L'augmentation du forfait ou supplément pour horaires défavorables consentie par l'*Amendement n^{o} 113* et par l'annexe n^{o} XX ajoutée à l'Entente par l'*Amendement n^{o} 113* ainsi que l'octroi de ce supplément consenti par ces mêmes documents d'entente aux médecins qui exercent dans les services d'urgence les samedi, dimanche et journée fériée;

c) L'augmentation du tarif des actes avec déplacement convenue par l'*Amendement n^{o} 113*.

\+ d) L'augmentation de la rémunération des services dispensés dans une unité de soins intensifs ou coronariens apportée par le biais des modifications tarifaires convenues à l'*Amendement n^{o} 118*.

2. Le financement

2.1 Pour la période s'échelonnant entre la date d'application des mesures en cause et le 31 mars 2011, le financement des mesures visées à la présente lettre d'entente est assuré par le montant de la non-atteinte qui se dégagera, sur une base non récurrente, au 31 mars 2010 et, si nécessaire, par le montant de 24,7 M$ disponible au 1er avril 2010 dans le cadre du plan d'amélioration.

2.2 À compter du 1er avril 2011 ou subséquemment lorsque le montant de la non-atteinte non récurrente est épuisé, le financement récurrent de ces mesures est assuré de la façon suivante :

a) Premièrement, par le montant total ou partiel de la non-atteinte qui se dégagera au 31 mars 2011, si une telle non-atteinte est constatée;

b) Deuxièmement, par une partie ou la totalité du montant de 24,7 M$ qui était disponible au 1er avril 2010 dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité;

c) Et enfin, dans le cas où ces montants sont insuffisants, par une partie ou la totalité du montant de 24,7 M$ prévu au 1er avril 2011 dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité;

d) S'il s'avère que ces montants ne suffisent pas à assurer le financement récurrent des mesures visées à la présente lettre d'entente, une partie ou la totalité du montant de 24,7 M$ prévu au 1er avril 2012 dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité sera affectée à ce financement.

3. La mise en vigueur

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 11e jour d'août 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 222

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 222

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 21 juin au 5 septembre 2010 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Condition d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 3 915 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 545 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Veuillez utiliser la* Demande de paiement – Médecin n^{o} 1200 *et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 915 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 4 545 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 13 juin 2010, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 275 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 12 juin 2010, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins en tenant compte notamment, de la date de réception de chaque candidature, de la banque de semaines de disponibilité allouée, des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2010 et se termine le 5 septembre 2010.

\+ **EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à Québec, ce 11^{e} jour d'août 2010.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 223

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 223

Concernant la rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins omnipraticiens.

CONSIDÉRANT qu'en vertu de certaines lois provinciales et fédérales, un médecin peut être requis de procéder à diverses évaluations psychiatriques ou de l'état mental d'une personne;

CONSIDÉRANT la nécessité de prévoir des modalités de rémunération des évaluations effectuées par les médecins;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin est rémunéré selon la tarification prévue à la présente lettre d'entente lorsqu'il est appelé à réaliser l'une des évaluations suivantes :

1.1 Évaluation en vue d'une garde préventive

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin exerçant dans un établissement afin d'admettre une personne sous garde préventive lorsqu'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98000 Évaluation – Garde préventive..... 139,30 $

\# ***AVIS :*** *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le **numéro d'assurance maladie** dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code **98000** dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié (service d'urgence) du CHSGS, du CHSP ou du CLSC du réseau de garde intégré;*
- *inscrire comme date de service, la date de mise sous garde préventive;*
- *le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte;*
- ***s'il y a lieu**, utiliser le MOD **094** pour indiquer qu'il s'agit d'un séjour différent du patient à l'urgence durant les 72 heures de la première évaluation pour garde préventive de ce patient.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

1.2 Évaluation psychiatrique dans le cadre d'une garde provisoire

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin à la suite d'une ordonnance de garde émise par un tribunal lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile. Cette évaluation doit préciser le diagnostic du médecin sur l'état mental de la personne et son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98001 Évaluation psychiatrique – Garde provisoire..... 183,85 $

\# ***AVIS :*** *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le **numéro d'assurance maladie** dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code **98001** dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP ou du CLSC du réseau de garde intégré;*
- *le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

*Conserver pour une période de **60 mois** l'ordonnance de garde émise par le tribunal, pour fins de référence ultérieure.*

1.3 Évaluation psychiatrique concernant la nécessité du maintien d'une garde en établissement ou sa prolongation

Il s'agit d'une évaluation psychiatrique effectuée par un médecin à la suite de l'émission d'une ordonnance de garde en établissement et destinée à vérifier de façon périodique si la garde est toujours nécessaire ou si elle doit être prolongée, et ce, lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile.

La tarification inclut la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98002 Évaluation psychiatrique – Prolongation d'une garde..... 183,85 $

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le* ***numéro d'assurance maladie*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***98002*** *dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP ou du CLSC du réseau de garde intégré;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *l'ordonnance de garde émise par le tribunal, pour fins de référence ultérieure.*

1.4 Évaluation psychiatrique en vue d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin en vue de l'émission d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement par un tribunal lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile. Cette évaluation porte sur l'aptitude de la personne à consentir ainsi que sur le fait que l'état de santé du patient requiert la dispensation de ces soins.

98003 Évaluation psychiatrique – Ordonnance traitement/hébergement..... 835,75 $

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le* ***numéro d'assurance maladie*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***98003*** *dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CHSLD, du CLSC, du cabinet ou le numéro de localité du domicile;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *la demande d'évaluation, pour fins de référence ultérieure.*

1.5 Évaluation psychiatrique en vue du suivi d'une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin sur ordonnance d'un tribunal ayant émis une ordonnance de traitement et/ou d'hébergement assortie d'une obligation de suivi périodique par le médecin traitant, et ce, lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile.

Cette tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport et sa remise au CMDP.

98004 Évaluation psychiatrique – Suivi d'ordonnance..... 139,30 $

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le* ***numéro d'assurance maladie*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***98004*** *dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CHSLD, du CLSC, du cabinet ou le numéro de localité du domicile;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *l'ordonnance émise par le tribunal, pour fins de référence ultérieure.*

1.6 Évaluation psychiatrique dans le but de déterminer l'aptitude à comparaître d'un accusé

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique qui est effectuée par un médecin à la suite d'une ordonnance émise par un tribunal en vue de déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98005 Évaluation psychiatrique – Aptitude à comparaître d'un accusé..... 234,05 $

AVIS : *Cette évaluation psychiatrique est assurée en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal. Considérant que ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois, inscrire la lettre « **D** » dans la case* C.S. *de la demande de paiement si la personne faisant l'objet de cette ordonnance* ***ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.***

Selon les dispositions du programme, vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un accusé non résident du Québec, vous devez inscrire les ***renseignements essentiels*** *suivants sur votre* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- le nom et prénom complet, date de naissance et sexe de l'accusé;

ou

- *le* ***numéro d'assurance maladie*** *de l'accusé dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*, si vous le détenez et que la carte d'assurance maladie est valide à la date du service;*
- *le code* ***98005*** *dans la section* Actes*;*
- *la lettre « **D** » dans la case* C.S., s'il y a lieu*;*
- *le modificateur* ***990*** *(pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès);*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CLSC, du Centre de détention ou du cabinet;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *l'ordonnance émise par le tribunal, pour des fins de référence ultérieure.*

1.7 Évaluation psychiatrique en vue de déterminer la responsabilité criminelle d'un accusé

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin à la suite d'une ordonnance émise par un tribunal et visant à déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle.

Est également visée l'évaluation psychiatrique effectuée à la suite de l'ordonnance du tribunal et visant à déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

98006 Évaluation psychiatrique – Responsabilité criminelle.....696,50 $

AVIS : *Cette évaluation psychiatrique est assurée en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal. Considérant que ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois, inscrire la lettre « **D** » dans la case* C.S. *de la demande de paiement si la personne faisant l'objet de cette ordonnance **ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.***

*Selon les dispositions du programme, vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un accusé non résident du Québec, vous devez inscrire les **renseignements essentiels** suivants sur votre* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- le nom et prénom complet, date de naissance et sexe de l'accusé;

ou

*- le **numéro d'assurance maladie** de l'accusé dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*, si vous le détenez et que la carte d'assurance maladie est valide à la date du service;*
*- le code **98006** dans la section* Actes*;*
*- la lettre « **D** » dans la case* C.S., s'il y a lieu*;*
*- le modificateur **991 ou 993** (selon le cas). Voir la description des modificateurs à la fin de l'article 2;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
- le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CLSC, du Centre de détention, du cabinet ou le numéro de localité du domicile;
*- le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

*Conserver pour une période de **60 mois** l'ordonnance émise par le tribunal, pour fins de référence ultérieure.*

1.8 Évaluation psychiatrique demandée par le *Tribunal administratif du Québec*

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin en vue d'une audience de la commission d'examen et ayant pour objet de déterminer le niveau de danger que représente un accusé et, le cas échéant, s'il est devenu apte à subir son procès.

98007 Évaluation psychiatrique – Commission d'examen..... 462,50 $

AVIS : *Cette évaluation psychiatrique est assurée en vertu du programme concernant la rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal. Considérant que ce programme assure le service au bénéfice de tout accusé, qu'il soit ou non admissible au régime d'assurance maladie québécois, inscrire la lettre « **D** » dans la case* C.S. *de la demande de paiement si la personne faisant l'objet de cette ordonnance **ne peut présenter une carte d'assurance maladie valide à la date du service.***

*Selon les dispositions du programme, vous n'avez pas l'obligation d'exiger la présentation de la carte d'assurance maladie. Cependant, dans tous les cas, même s'il s'agit d'un accusé non résident du Québec, vous devez inscrire les **renseignements essentiels** suivants sur votre* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- le nom et prénom complet, date de naissance et sexe de l'accusé;

ou

*- le **numéro d'assurance maladie** de l'accusé dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*, si vous le détenez et que la carte d'assurance maladie est valide à la date du service;*
*- le code **98007** dans la section* Actes*;*
*- la lettre « **D** » dans la case* C.S., s'il y a lieu*;*
*- le modificateur **994 ou 996** (selon le cas). Voir la description des modificateurs à la fin de l'article 2;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
- le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CLSC, du Centre de détention, du cabinet ou le numéro de localité du domicile;
*- le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

*Conserver pour une période de **60 mois** l'ordonnance émise par le tribunal, pour fins de référence ultérieure.*

Est également visée l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin en vue d'une audience du Tribunal administratif du Québec portant sur l'évaluation de la demande d'une personne d'être libérée d'une ordonnance de garde, et ce, lorsqu'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile.

98008 Évaluation psychiatrique – Commission des affaires sociales..... 462,50 $

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le* ***numéro d'assurance maladie*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***98008*** *dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CLSC, du Centre de détention, du cabinet ou le numéro de localité du domicile;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *la demande émise par le tribunal, pour fins de référence ultérieure.*

\+ **1.9 Évaluation médicale relative à une mesure de protection (tutelle ou curatelle)**

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin omnipraticien dans le but de l'instauration d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle) ou de la modification de celle-ci et ayant pour objectif de déterminer l'aptitude d'une personne à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens.

La tarification de l'évaluation comprend la rédaction du rapport.

Le médecin qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour la même personne, le paiement des services codés 09825 et 09826.

\+ **98009** Évaluation médicale – Mesure de protection..... 462,50 $

\# ***AVIS :*** *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le numéro d'assurance maladie dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***98009*** *dans la section* Actes*;*
- *le montant facturé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSLD, du CH, du CLSC, du cabinet ou le numéro de localité du domicile;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être facturé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *la demande de la curatelle publique, de la famille ou d'un proche, pour fins de référence ultérieure.*

1.10 Évaluation psychiatrique dans le cadre de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin et ayant pour objet de guider le tribunal sur une ordonnance qu'il a à émettre sur un des sujets visés à l'article 34 (2) de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.*

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et à la rédaction du rapport.

98010 Évaluation psychiatrique – Système de justice pénale pour les adolescents..... 462,50 $

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le* ***numéro d'assurance maladie*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***98010*** *dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CLSC, du Centre de détention, du Centre jeunesse ou du cabinet;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *la demande d'évaluation, pour fins de référence ultérieure.*

1.11 Évaluation psychiatrique en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*

Il s'agit de l'évaluation psychiatrique effectuée par un médecin et ayant pour objet de guider le tribunal sur une ordonnance qu'il a à émettre dans le cadre de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et à la rédaction du rapport.

98011 Évaluation psychiatrique – Protection de la jeunesse ..... 462,50 $

Le médecin qui réclame le paiement de cette tarification ne peut exiger, pour un même patient, les services codés 09070, 09073 ou 09077.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le* ***numéro d'assurance maladie*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***98011*** *dans la section* Actes*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement approprié du CHSGS, du CHSP, du CLSC, du Centre de détention, du Centre jeunesse ou du cabinet;*
- *le* ***rôle 1*** *doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte.*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

Conserver pour une période de ***60 mois*** *la demande d'évaluation, pour fins de référence ultérieure.*

2. Témoignage devant une cour ou un tribunal administratif

Le médecin qui est appelé à témoigner devant une cour ou un tribunal administratif en regard d'un rapport d'évaluation psychiatrique visé aux présentes dont il est l'auteur, a droit à une rémunération de 898,10 $ au 1er janvier 2012 et de 936,25 $ au 1er juin 2013 par demi-journée (période de trois heures et demie (3 ½)) de disponibilité, incluant la comparution proprement dite, demi-journée pendant laquelle il ne peut vaquer à ses activités habituelles. Cette rémunération est divisible en demi-heure. Toute période d'activité moindre ou additionnelle est payée au prorata du temps réel de la disponibilité, sous réserve du fait que pour les fins de la facturation, une période inférieure à deux (2) heures est réputée être de deux (2) heures et qu'une période de plus de sept (7) heures est réputée être de sept (7) heures

98012 Temps de la vacation à la cour ou au tribunal administratif, par demi-heure..... 133,75 $

Le médecin qui reçoit, au cours d'une période, la rémunération prévue à l'alinéa précédent ne peut être rémunéré autrement dans le cadre de l'assurance maladie pour des activités professionnelles effectuées durant sa période de disponibilité à comparaître.

AVIS : *Si le témoignage du médecin est en relation avec l'une des évaluations codées **98005**, **98006** ou **98007**, vous référer au premier AVIS inscrit sous l'un de ces codes spécifiques pour des instructions additionnelles.*

*Pour demander le tarif du témoignage rendu devant une cour ou un tribunal administratif à la suite d'un rapport d'évaluation psychiatrique, vous devez comptabiliser le temps en **demi-heure (133,75 $)** et utiliser le code d'acte **98012**.*

Utiliser la Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le **numéro d'assurance maladie** dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code **98012** dans la section* Actes*;*
- *le numéro de l'**établissement approprié ou le code de localité;***
- *le **nombre de demi-heure(s)** dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*
- *le **rôle 1** doit être obligatoirement utilisé avec ce code d'acte;*
- *le **modificateur** correspondant au motif d'évaluation au regard d'un des codes **98005**, **98006** ou **98007** (MOD **990**, **991**, **993**, **994** ou **996**).*

Aucun examen, ni visite ou consultation ne peut être réclamé avec ce code d'acte. Cependant, le médecin peut facturer l'examen, la visite ou la consultation effectué lors d'une séance différente.

*Conserver pour une période de **60 mois** la citation à comparaître, pour fins de référence ultérieure.*

Modificateurs à utiliser, afin d'indiquer le motif d'évaluation indiqué sur l'ordonnance du juge

*MOD **990***	*Pour déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès.*
*MOD **991***	*Pour déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle en application du paragraphe 16(1) du Code criminel au moment de la perpétration de l'infraction.*
*MOD **993***	*Pour déterminer si l'accusé inculpé d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né, était mentalement déséquilibré au moment de la perpétration de l'infraction.*
*MOD **994***	*Pour déterminer la décision qui devrait être prise dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé.*
*MOD **996***	*Pour déterminer si une ordonnance de suspension d'instance devrait être rendue en vertu de l'article 672.851 du Code criminel, dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé.*

3. La rémunération prévue à la présente lettre d'entente n'est sujette à aucune des majorations prévues à l'entente générale, lettre d'entente ou entente particulière à l'exception des majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente.

4. La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5. Durant une période où il serait autrement rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes, le médecin qui effectue une ou des activités visées par la présente lettre d'entente, peut choisir d'être rémunéré selon la tarification prévue en vertu de la présente lettre d'entente. Lorsqu'il opte pour la rémunération prévue par la présente lettre d'entente, le médecin ne peut, en regard de l'activité donnée, être rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes durant le temps où il effectue l'activité en cause.

\+ **6.** Les activités prévues à la présente lettre d'entente et qui ne constituent pas des services assurés sont alors réputées être relatives à un programme confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

7. La présente lettre d'entente remplace la *Lettre d'entente n^{o} 220* du 1er janvier 2010. Elle entre en vigueur le 1er décembre 2010 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 224

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 224

Concernant l'assurance responsabilité professionnelle.

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins omnipraticiens au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT que les cotisations payables à l'ACPM pour l'assurance responsabilité professionnelle bien qu'ayant augmentées pour l'année 2010 demeurent inférieures à celles de l'année 2008;

CONSIDÉRANT le renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle convenue par la FMOQ et le MSSS pour l'année 2010 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées par le renouvellement de cette entente particulière entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2010;

CONSIDÉRANT que la FMOQ et le MSSS souhaitent, avec la totalité du montant provenant de cette diminution des coûts, créer une réserve qui servira à compenser une future hausse du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2011 ou, pour toute année subséquente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu des modalités du renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle intervenue pour l'année 2010, les parties négociantes évaluent à un montant de 1,5 M$ la diminution des coûts attribuables à l'assurance responsabilité professionnelle payables en vertu de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée applicable pour l'année 2010.

2. Une réserve de 1,5 M$ est ainsi constituée à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2011 ou pour toute année subséquente.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 225

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 225

Concernant la période initiale de réception des demandes d'obtention d'un avis de conformité au PREM.

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT qu'en vertu du paragraphe 5.01 de l'Entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux, la période initiale de réception des demandes d'obtention d'un avis de conformité pour un médecin ne remplissant pas les conditions prévues à l'annexe IV de cette même entente particulière, s'étend annuellement du 15 octobre au 15 novembre inclusivement;

ATTENDU que les parties désirent, pour l'année d'application du PREM 2011 seulement, prolonger cette période initiale de réception des demandes d'obtention d'un avis de conformité;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le préambule de la présente lettre d'entente en fait partie intégrante.

2. Les parties, pour l'application du PREM 2011 seulement, conviennent de fixer la période initiale de réception des demandes d'obtention d'un avis de conformité au PREM d'une région pour un médecin ne remplissant pas les conditions prévues à l'annexe IV de l'entente particulière concernée, du 15 octobre au 30 novembre 2010 inclusivement.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le jour de sa signature. Elle se termine le 1er décembre 2010.

AVIS : *La présente lettre d'entente est prolongée **jusqu'au 1er décembre 2011**. Pour l'application du PREM 2012, les parties conviennent de fixer la période initiale de réception des demandes d'obtention d'un avis de conformité au PREM d'une région pour un médecin ne remplissant pas les conditions prévues à l'annexe IV de l'entente particulière du 15 octobre au 22 novembre 2011.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 226

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 226

Concernant la prise en charge de l'unité de soins généraux pour les lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens par les médecins de l'Hôtel-Dieu de Sorel du Centre de santé et services sociaux de Pierre-de-Saurel.

CONSIDÉRANT que l'activité principale de l'Hôtel-Dieu de Sorel du Centre de santé et services sociaux de Pierre-de-Saurel est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux prévalant à l'Hôtel-Dieu de Sorel particulièrement en ce qui concerne les services auprès des patients hospitalisés en soins de courte durée;

CONSIDÉRANT que la pénurie d'effectifs médicaux a des impacts majeurs sur le fonctionnement de l'unité de soins généraux;

CONSIDÉRANT que les médecins de l'unité de soins généraux devront participer à un processus de révision de leurs modes de fonctionnement actuels;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet d'inciter les médecins de l'unité de soins généraux de l'Hôtel-Dieu de Sorel à accroître leur prestation de services.

2.00 Conditions d'admissibilité

2.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges à l'unité de soins généraux, assure auprès de l'établissement une présence régulière et n'y prévoit pas de diminution importante de sa pratique à l'unité de soins généraux. Il y exerce à la fin de la période d'engagement;

b) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

c) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

3.00 Définitions

3.01 Aux fins des présentes, est considéré comme un départ de l'établissement la prise du congé de maternité, une période d'invalidité totale ou partielle empêchant le médecin d'exercer à l'unité de soins généraux un décès ou une démission de l'établissement;

3.02 Aux fins des présentes, est considéré comme médecin régulier de l'établissement celui qui a une nomination de l'établissement à la date de début de la période d'engagement ou, au plus tard, six (6) semaines après le début de la période d'engagement, et dont le départ n'est aucunement prévu au cours de cette même période. Le médecin habilité à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente en vertu du paragraphe 2.01 b) est considéré comme médecin régulier;

3.03 Est considéré comme nouveau médecin celui qui obtient sa nomination dans l'établissement au cours de la période d'engagement mais après les six (6) premières semaines suivant la date de début de la période d'engagement;

3.04 L'établissement transmet au comité paritaire le nom des médecins visés par les paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03;

3.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en terme de date de début et de fin de la période d'engagement;

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.07, aux fins de l'application du paragraphe 5.01 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux au cours de la période de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers pour les services dispensés à l'unité de soins généraux. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

Seuls sont considérés, dans le calcul de la rémunération de la période de référence, les médecins réguliers qui exerçaient à l'unité de soins généraux au début de la période de référence.

Le comité paritaire devra s'assurer que toute augmentation de la rémunération découle d'une augmentation de la charge de travail assumée par les médecins réguliers de l'établissement;

3.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 2.01 b) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés à l'unité de soins généraux.

4.00 Engagement

4.01 La majorité des médecins réguliers de l'établissement qui exercent à l'unité de soins généraux s'engagent collectivement à accroître, pendant la période d'engagement, la part assumée par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux;

4.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés;

4.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

5.01 Un forfait global équivalent à une majoration de 50 % de la rémunération versée pour le surplus de tâches assumées par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux pendant la période d'engagement comparativement à la prestation totale des médecins réguliers dans ce même secteur d'activités pendant la période de référence est accordé à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement exerçant à l'unité de soins généraux;

5.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 8 % de la rémunération pour les services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement.

La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 8 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé à l'unité de soins généraux pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés à l'unité de soins généraux sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux pendant la même période.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et facturer vos services* ***en ajoutant le 8 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (00922, 00923 ou 00926).*

Aucun modificateur n'est requis.

6.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage ou de la desserte intrarégionale

6.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de ce secteur d'activité, pourcentage découlant de l'application de l'article 5.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 8 % applicable dès le début de sa pratique à l'unité de soins généraux;

6.02 Le médecin qui exerce à l'unité de soins généraux dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou dans le cadre de la desserte intrarégionale voit sa rémunération pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée de 8 %.

AVIS : *Pour les médecins visés au paragraphe 6.01 et 6.02, utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et facturer vos services* ***en ajoutant le 8 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (00922, 00923 ou 00926).*

Aucun modificateur n'est requis.

7.00 Procédures

7.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés à l'unité de soins généraux pendant la période de référence, par les médecins réguliers. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;

- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement aux services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 5.02, 6.01 et 6.02.

7.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 2.01 c) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.00 Mise en vigueur

8.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2010 et se termine le 30 juin 2011.

AVIS : *Le Comité paritaire prolonge cette lettre d'entente jusqu'au 30 juin 2012.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 227

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 227

Concernant les négociations relatives à l'intégration des dossiers médicaux électroniques dans la pratique des médecins omnipraticiens.

VU l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29);

ATTENDU que le gouvernement et la Fédération reconnaissent l'importance de favoriser l'intégration des dossiers médicaux électroniques dans la pratique des médecins omnipraticiens;

ATTENDU que les dossiers médicaux électroniques permettront notamment d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins;

ATTENDU que le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec collaborent à l'homologation des dossiers médicaux électroniques;

ATTENDU que le gouvernement, en accord avec les différents intervenants du réseau de la santé dont les médecins omnipraticiens, prévoit utiliser un numéro d'identification unique pour l'ensemble des usagers québécois;

CONSIDÉRANT l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'entreprendre avec célérité, dans le cadre du renouvellement de l'entente générale venant à échéance le 31 mars 2010, des négociations en vue de conclure une entente concernant des modalités de financement et de soutien à l'intégration des dossiers médicaux électroniques dans la pratique des médecins omnipraticiens en cabinet privé.

2. Il est entendu que les modalités à négocier seront distinctes et complémentaires à celles déjà convenues dans l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec.

3. À cette fin, les éléments suivants seront notamment pris en considération par les parties :

a) Les différentes modalités permettant au médecin participant d'acquérir les équipements nécessaires à l'utilisation d'un dossier médical électronique et de bénéficier des mesures de soutien;

b) Les modalités de financement ou de remboursement dans le cas des médecins ayant déjà implanté des dossiers médicaux électroniques dans leur milieu de pratique;

c) L'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques avec le Dossier de santé du Québec.

4. Advenant la conclusion d'une entente selon les paramètres de la présente, il est entendu que les médecins pratiquant en cabinet privé pourront bénéficier des modalités prévues dans l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec, et ce, même si le Dossier de santé du Québec n'est pas encore disponible dans leur localité.

Toutefois, pour bénéficier de ces modalités, le médecin devra s'engager à adhérer éventuellement à l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec lorsque celui-ci sera disponible dans sa localité.

5. De convenir en temps opportun des modalités entourant l'intégration dans les milieux de pratique de l'identifiant unique.

6. Cette lettre d'entente prend effet le 29 juin 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 26^{e} jour de mai 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 228

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 228

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'Amendement n^{O} 116.

CONSIDÉRANT que les services médicaux rendus par les médecins font l'objet d'un redressement tarifaire à compter du 1er avril 2010;

CONSIDÉRANT que l'*Amendement n^{o} 116* applique les augmentations au 1er octobre 2010 sauf quant aux services prévus aux articles 23 A) et 23 B) de cet amendement, lesquelles augmentations s'appliquent à compter du 1er janvier 2011;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de convenir de modalités de versements de montants forfaitaires sur la rémunération versée pour la période du 1er avril 2010 au 30 septembre 2010 et pour la période du 1er avril 2010 au 31 décembre 2010, selon le cas;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2010 au 30 septembre 2010, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'*Amendement n^{o} 116,* à l'exception de ceux prévus à l'article 23 A) et 23 B) de cet amendement.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) pour la période comprise entre le 1er avril 2010 et le 30 juin 2010, ce montant est versé le ou vers le 30 novembre 2010 selon des modalités à convenir entre les parties;

b) pour la période comprise entre le 1er juillet 2010 et le 30 septembre 2010, ce montant est versé le ou vers le 28 février 2011 selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Pour la période du 1er avril 2010 au 31 décembre 2010, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés aux articles 23 A) et 23 B) de l'*Amendement n^{o} 116*. Ce montant est versé le ou vers le 30 juin 2011 selon des modalités à convenir entre les parties.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 229

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 229

Ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF.

CONSIDÉRANT que l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, un CLSC ou une UMF se fait dans le cadre d'une entente de partenariat convenue entre l'IPS-SPL et le ou les médecins du cabinet privé, du CLSC ou de l'UMF;

CONSIDÉRANT qu'un Centre intégré de santé et de services sociaux ou, selon le cas, Centre intégré universitaire de santé ou de services sociaux (ci-après CISSS ou, selon le cas, CIUSSS) après consultation auprès du chef du département régional de médecine générale (DRMG), peut offrir à un cabinet privé de son territoire les services professionnels d'une IPS-SPL ou d'une candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CISP-SPL) diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS-SPL et qu'une convention entre le ou les médecins partenaires et le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS est conclue à cet effet;

CONSIDÉRANT que l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, un CLSC ou une UMF vise à supporter le médecin de famille et à améliorer l'accessibilité aux services en soins de première ligne;

CONSIDÉRANT que la prise en charge et le suivi d'un patient peuvent être assurés conjointement et en complémentarité par le médecin de famille du cabinet privé, du CLSC ou de l'UMF et par l'IPS-SPL;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'admissibilité

1.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il a convenu d'une entente de partenariat avec une IPS-SPL.

Le CLSC, l'UMF, le cabinet privé et pour un GMF et pour une clinique réseau, s'il y a lieu, chacun des sites où l'IPS-SPL exerce, doivent être désignés par le comité paritaire et inscrits à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

1.02 Le médecin partenaire qui désire se prévaloir de la présente lettre d'entente doit conclure avec le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de son territoire une convention qui répond aux exigences apparaissant à l'annexe II des présentes.

1.03 Le médecin partenaire qui peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente est celui dont le nom a été transmis par le comité paritaire à la Régie comme médecin partenaire exerçant sa profession dans l'un des lieux de dispensation de services énumérés au paragraphe 1.01 et qui collabore avec une IPS-SPL.

1.04 Le médecin partenaire d'une IPS-SPL informe le comité paritaire du mois pendant lequel l'IPS-SPL commence à travailler dans un des lieux de dispensation de services visés par la présente. Il l'informe également selon le cas, du statut de candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL) ou encore d'IPS-SPL certifiée, de toute modification importante à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, l'arrivée d'une autre IPS-SPL ou encore le départ, pour une longue période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.

De même, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification de la convention prévue à l'annexe II concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, son départ ou absence pour une longue période ou encore le non-renouvellement de la convention. Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS doit également informer le comité paritaire de la date où la CIPS-SPL devient habilitée à exercer à titre d'IPS-SPL certifiée. Le comité paritaire en informe la Régie.

2.00 Modalités de rémunération du médecin partenaire

2.01 Les activités du médecin partenaire reliées à la surveillance générale des activités médicales de l'IPS-SPL ou de l'observance des normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice des activités médicales de l'IPS-SPL et, y incluant les discussions de cas, les rencontres d'équipes, la révision de dossiers, sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires. Les modalités suivantes s'appliquent :

a) Le montant du forfait est de 63,80 $ au 1er janvier 2012 lorsque le médecin exerce au sein d'un cabinet privé. Il est de 21,40 $ au 1er janvier 2012 et de 22,30 $ au 1er juin 2013 lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans une UMF et qu'il est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes.

   Toutefois, le montant du forfait est de 47,25 $ au 1er janvier 2012 et de 49,25 $ au 1er juin 2013 lorsque le médecin exerce dans un CLSC ou dans une UMF et qu'il est rémunéré exclusivement selon le mode de l'acte.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire :*

- *le code* ***XXXX01010112*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le nombre de forfaits hebdomadaires dans la case* UNITÉS*;*
- *le montant facturé dans la case* HONORAIRES*.*

Selon le lieu, utiliser :

- *le code d'acte* ***19948*** *au tarif de* ***60,70 $*** *jusqu'au 31 décembre 2011 et de* ***63,80 $*** *au 1er janvier 2012 pour la facturation en cabinet (****54XXX****,* ***55XXX*** *ou* ***57XXX****);*
- *le code d'acte* ***19949*** *au tarif de* ***21,40 $*** *jusqu'au 31 mai 2013 et de* ***22,30 $*** *au 1er juin 2013 pour la facturation en CLSC ou en UMF (****9XXX2****,* ***8XXX5*** *ou* ***4XXX1****) d'un médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes;*
- *le code d'acte* ***19950*** *au tarif de* ***47,25 $*** *jusqu'au 31 mai 2013 et de* ***49,25 $*** *au 1er juin 2013 pour la facturation en CLSC ou en UMF (****9XXX2****,* ***8XXX5*** *ou* ***4XXX1****) d'un médecin rémunéré à l'acte.*

Dans un CLSC du réseau de garde intégré*, le forfait à l'acte ne peut être utilisé que si le médecin détient une nomination à l'acte pour l'ensemble de ses activités au sein du CLSC, soit à l'extérieur du service d'urgence;*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

b) La banque de forfaits est de quarante-deux (42) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une IPS-SPL à temps plein. Dans le cas où l'entente de partenariat prévoit un nombre d'heures moindre que trente-cinq (35) heures par semaine, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues sur trente-cinq (35) heures.

c) La banque de forfaits peut être répartie entre les médecins partenaires qui collaborent avec l'IPS-SPL. Elle ne peut être dépassée sur une base mensuelle.

d) Sur la base des critères apparaissant au sous-paragraphe b), le comité paritaire alloue le nombre de forfaits au cabinet privé, au CLSC ou à l'UMF. L'inscription de ces lieux de dispensation de services à l'annexe I de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués. Dans le cas d'un GMF ou d'une clinique réseau comportant plus d'un (1) site, le nombre de forfaits prévus s'applique pour l'ensemble des sites.

Le comité paritaire peut rajuster le nombre de forfaits alloués pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou encore son départ ou absence pour une longue période.

2.02 La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des annexes XII et XII-A de l'entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

3.00 Applications spécifiques de certaines dispositions de l'entente particulière de prise en charge et de suivi de la clientèle

3.01 Aux fins des conditions d'application du forfait d'inscription prévues aux paragraphes 3.01 B), second alinéa, et 4.01 de l'entente particulière de prise en charge et de suivi, l'examen ou la thérapie du patient par l'IPS-SPL peut remplacer l'examen ou la thérapie fait par le médecin partenaire. Le patient est inscrit au nom du médecin partenaire et le forfait lui est versé selon les dispositions de l'entente particulière.

L'identification du patient inscrit comme patient vulnérable au sens du paragraphe 6.01 B) de l'entente particulière ne peut être faite que lors d'un examen ou d'une thérapie par le médecin partenaire.

3.02 Aux fins de l'application des conditions de versement du forfait d'inscription, malgré les dispositions apparaissant au paragraphe 4.05 de l'entente particulière de prise en charge et de suivi, est considéré comme actif le patient pour lequel un examen ou une thérapie est effectué par son médecin ou par l'IPS-SPL au cours des trente-six (36) derniers mois précédent le 1er janvier suivant l'année d'application en cause.

3.03 Aux fins des conditions d'application du forfait de prise en charge et de suivi de l'annexe V de l'entente particulière relative au groupe de médecine de famille (GMF), malgré les conditions apparaissant à l'article 1, la visite du patient inscrit effectuée auprès de l'IPS-SPL peut remplacer celle faite auprès du médecin partenaire.

3.04 L'IPS-SPL doit tenir un registre de ses rencontres avec chacun des patients. Ce registre doit préciser le numéro de pratique de l'IPS-SPL, le nom du patient, son numéro d'assurance maladie ainsi que la date de la rencontre. Le médecin partenaire bénéficie d'un accès à un tel registre.

Pour permettre la validation du caractère actif d'un patient, le médecin partenaire s'assure de la transmission trimestrielle des données du registre à la Régie. Le médecin doit également s'assurer qu'au plus tard, quatre-vingt (90) jours après le 31 décembre de l'année d'application, tous les renseignements prévus par la présente disposition ont été transmis à la Régie.

AVIS : *Ce registre est accessible par le service en ligne* Inscription de la clientèle des professionnels de la santé - Gestion des consultations*.*

4.00 Soutien financier alloué par un CISSS ou, selon le cas, CIUSSS pour la pratique d'une IPS-SPL dans un cabinet privé

4.01 Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS ayant conclu une convention prévue à l'annexe II avec un ou des médecins partenaires du cabinet privé alloue au cabinet privé une allocation mensuelle pour compenser les frais d'opération récurrents découlant de la pratique de l'IPS-SPL.

4.02 Pour chaque IPS-SPL exerçant ses activités à temps plein (35 heures) dans un cabinet privé, selon l'entente de partenariat, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS concerné verse, mensuellement, une allocation de 2 500 $ pour couvrir l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique.

4.03 L'allocation mensuelle accordée en vertu du paragraphe 4.02 est versée au cabinet privé à l'attention du médecin identifié par celui-ci.

4.04 Le comité paritaire prévu par la présente lettre d'entente peut ajuster l'allocation mensuelle prévue au paragraphe 4.02 ci-dessus pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou concernant son départ ou encore son absence pour une longue période. Le comité paritaire en informe le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS concerné.

5.00 Dispositions spécifiques à la candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS-SPL)

5.01 Dans le cas de l'intégration d'une CIPS-SPL diplômée et admissible à l'examen de certification à titre d'IPS-SPL, en faisant les adaptations nécessaires, toutes les dispositions prévues à la présente lettre d'entente s'appliquent avec les réserves ci-après énoncées :

a) La banque de forfaits est de cinquante (50) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une CIPS-SPL à temps plein;

b) Les activités médicales de la CIPS-SPL sont exercées sous la supervision directe du médecin partenaire. Les activités du médecin partenaire reliées à la supervision des activités médicales de la CIPS-SPL impliquent de la part de ce dernier un encadrement, un contrôle et une vérification des activités médicales qu'elle est habilitée à exercer. Aussi, le médecin partenaire doit assurer une présence sur place dans le lieu où la CIPS-SPL exerce ses activités médicales.

6.00 Dispositions générales

6.01 Les sommes versées en vertu de la présente lettre d'entente sont sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.02 Les dispositions du paragraphe 1.1.4 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale relative aux frais accessoires s'appliquent aux services dispensés par l'IPS-SPL.

7.00 Garantie de rémunération

7.01 Les dispositions relatives à la garantie du maintien du niveau de la rémunération ne s'appliquent qu'au médecin partenaire qui exerce dans un cabinet privé visé à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

7.02 Pendant les deux (2) premières années de l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, le niveau de la rémunération du médecin partenaire y exerçant est maintenu (rémunération versée en vertu des articles 2.00 et 4.00 ci-dessus étant exclue du calcul), et ce, comparativement au niveau de la rémunération découlant de la pratique clinique antérieure de ce médecin dans ce cabinet. L'octroi de ce bénéfice est conditionnel au maintien de la charge de travail clinique que ce médecin y assume. Cette garantie est établie par référence à la moyenne de la rémunération qui a été constatée, dans ce cabinet, pendant les deux (2) années qui ont précédé la date de l'intégration de l'IPS-SPL.

Si, dans une période annuelle d'application donnée, une baisse du niveau de la rémunération des activités cliniques du médecin partenaire est constatée malgré le maintien de sa charge de travail clinique, le cas de celui-ci est référé, par la Fédération, au comité paritaire. Après avoir donné au médecin l'occasion de se faire entendre, le comité paritaire transmet aux parties ses recommandations et, s'il y a lieu, propose à celles-ci les modalités de compensation appropriées.

Dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont dévolus, le comité paritaire tient compte de tout facteur qu'il juge pertinent, parmi lesquels les besoins à satisfaire, la population à desservir et l'offre de services du cabinet privé en regard notamment du profil de pratique, passé et présent, du médecin partenaire.

Le médecin partenaire qui se prévaut des dispositions du présent paragraphe consent, par écrit, à ce que les données sur sa rémunération soient transmises au comité paritaire.

8.00 Financement

8.01 Les coûts découlant des articles 2.00 et 3.00 de la présente lettre d'entente sont financés par les sommes allouées dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.

8.02 Les coûts de l'allocation mensuelle pour le soutien financier découlant de l'article 4.00 de la présente lettre d'entente sont financés hors l'enveloppe budgétaire prévue pour rémunérer les médecins dans le cadre du régime d'assurance maladie institué en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

9.00 Rétroactivité

9.01 Pour la période comprise entre le 1er décembre 2009 et le 30 septembre 2010, une rétroactivité découlant des dispositions de la présente lettre d'entente sera versée aux médecins partenaires répondant aux conditions prévues par la présente lettre d'entente, selon les modalités à convenir entre les parties.

10.00 Mise en vigueur

10.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Liste des lieux désignés aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n^{O} 229* ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF.

AVIS : *La liste des cabinets et des établissements désignés dans l'annexe I de la présente lettre d'entente est disponible sur notre site Web au* www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

ANNEXE II

À des fins de rémunération et d'adhésion à la *Lettre d'entente n^{O} 229*, contenu d'un dispositif contractuel suite à l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF.

1. **Contenu général de la convention entre un CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et un ou (des) médecin(s) partenaire(s) d'un cabinet privé, d'un CLSC ou d'une UMF.**

   Cette convention doit, en termes de contenu général, obligatoirement comprendre des stipulations portant sur les questions suivantes :

   - Reconnaissance de l'autorité fonctionnelle du médecin ou des médecins partenaires ayant conclu une entente de partenariat avec une IPS-SPL;
   - Obligation de conclure une entente de partenariat (*) entre l'IPS-SPL et le ou les médecin(s) partenaire(s);
   - Processus de médiation en cas de différend;

- Mécanisme de résiliation;
- Engagement de l'IPS-SPL de respecter les dispositions qui la concernent dans la convention;
- Durée de la convention.

2. Contenu additionnel à la convention entre un CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et un (ou des) médecin(s) partenaire(s) d'un cabinet privé

- Reconnaissance de l'autonomie juridique du cabinet privé;
- Obligation du médecin de participer à la détermination des critères de sélection et au processus de sélection de l'IPS-SPL;
- Obligation du CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de verser une allocation mensuelle de 2 500 $ pour chaque IPS-SPL exerçant à temps plein dans un cabinet privé. Cette allocation mensuelle couvre l'ensemble des frais d'opération récurrents dont, notamment les coûts du loyer, du secrétariat, du lien internet, de la ligne téléphonique, du télécopieur et des fournitures médicales à usage unique (**). Cette allocation mensuelle est versée au cabinet privé à l'attention du médecin identifié par celui-ci;
- Au moment de l'intégration de l'IPS-SPL dans un cabinet privé, obligation du CISSS ou, selon le cas, CIUSSS de fournir l'ameublement, le poste informatique et les fournitures médicales durables destinés aux activités professionnelles de l'IPS-SPL au sein du cabinet privé.

  Le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS conserve la propriété des équipements. Il est entendu que les équipements fournis par le CISSS ou, selon le cas CIUSSS sont destinés à l'utilisation de l'IPS-SPL. Ils sont fournis, une seule fois en tout, peu importe le nombre de renouvellement de l'entente de partenariat entre un ou des médecins et une IPS-SPL et peu importe le nombre de sites exploités par le cabinet privé. Le même équipement est utilisé lorsqu'une IPS-SPL est remplacée par une autre IPS-SPL. Il est entendu que le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS procède au remplacement des équipements lorsque les besoins le justifient.

  Malgré ce qui ce qui précède, si le cabinet privé possède déjà la totalité ou une partie des équipements nécessaires à l'intégration de l'IPS-SPL, le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et le cabinet privé pourront convenir d'un dédommagement, selon les modalités à définir entre eux.

---

* L'entente de partenariat doit prévoir obligatoirement un droit de regard du médecin sur toute inscription de clientèle effectuée par l'IPS-SPL.

** Il est toutefois entendu que le comité paritaire prévu à la *Lettre d'entente n^{O} 229* ayant trait à l'intégration d'une IPS-SPL dans un cabinet privé peut ajuster la somme de 2 500 $ allouée mensuellement uniquement pour tenir compte de toute modification de l'entente de partenariat ou à la convention entre le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS et le ou les médecins partenaires concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou concernant son départ ou son absence pour une longue période. Le comité paritaire en informe le CISSS ou, selon le cas, CIUSSS concerné.

LE - N^{o} 230

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 230

Ayant trait à la mise en œuvre de la mesure n^{o} 10 du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.

CONSIDÉRANT la *Lettre d'entente n^{o} 229* intervenue entre les parties ayant trait à l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans un cabinet privé, dans un CLSC ou dans une UMF;

CONSIDÉRANT que la mesure n^{o} 10 du plan d'amélioration prévoit qu'il y a lieu de favoriser l'intégration dans une clinique médicale de d'autres professionnels de la santé autres que l'IPS, telles que les infirmières, et que cette mesure prévoit également que soient définies des modalités de rémunération visant à reconnaître la responsabilité du médecin dans un contexte de travail interdisciplinaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Engagement

1.01 Les parties s'engagent à négocier l'ensemble des modalités énoncées à la mesure n^{o} 10 du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux.

2.00 Délai

2.01 Cette négociation sera entreprise dans les meilleurs délais dans le cadre du renouvellement de l'entente générale MSSS-FMOQ se terminant le 31 mars 2010.

3.00 Mise en vigueur

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er août 2010.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de février 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 231

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 231

Concernant le comité conjoint de suivi en GMF et en cliniques réseau.

CONSIDÉRANT la volonté de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de soutenir l'évolution des modèles GMF ou cliniques réseau et leur déploiement;

CONSIDÉRANT les discussions sur le soutien à la première ligne auxquelles participent le MSSS et la FMOQ par le biais du groupe de travail découlant de la Table de concertation du ministre;

CONSIDÉRANT la pluralité des GMF et des cliniques réseau ainsi que des régions;

CONSIDÉRANT que l'organisation des services est de la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux ou, selon le cas, des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Un comité conjoint de représentants de la FMOQ et du MSSS est créé.

2.00 Le comité est composé de quatre (4) personnes soit deux (2) de la FMOQ et deux (2) du MSSS auxquelles peuvent s'adjoindre des personnes ciblées de ces organisations selon les volets discutés.

3.00 Le comité a pour mandat de se pencher sur les problématiques afin de favoriser l'attractivité des modèles que sont les GMF et les cliniques réseau et d'optimiser les liens avec les différents partenaires.

4.00 Plus particulièrement, le comité a pour mandat de :

Documenter, valider et échanger sur les problématiques particulières de certains GMF ou cliniques réseau que ce soit en matière d'informatique, de ressources humaines ou de soutien financier;

Proposer des solutions à certaines problématiques de fonctionnement ou d'application;

Donner des avis et faire des recommandations en vue de solutionner celles-ci.

5.00 Le MSSS intervient si nécessaire auprès des établissements et des centres intégrés pour assurer le suivi des recommandations du comité.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^{e} jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 232

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 232

Concernant la création d'un comité conjoint portant sur les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens en CLSC.

CONSIDÉRANT la *Lettre d'entente n^{O} 140* ayant pour objet les conditions d'exercice des médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT la nécessité qu'il y a d'assurer en CLSC, compte tenu des ressources disponibles, des conditions propices à l'exercice de la médecine, notamment un soutien administratif, professionnel et technique adéquat;

CONSIDÉRANT que l'organisation des services est de la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux ou, selon le cas, des centres intégrés universitaire de santé et de services sociaux.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Un comité conjoint de représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est créé.

2.00 Le comité est composé de quatre (4) personnes soit deux (2) de la FMOQ et deux (2) du MSSS auxquelles peuvent s'adjoindre des personnes ciblées de ces organisations selon les sujets discutés.

3.00 Le mandat de ce comité est de se pencher sur les problématiques de nature à affecter les conditions propices à l'exercice de la médecine en CLSC.

4.00 Plus particulièrement, le comité a pour mandat de :

Documenter, valider et échanger sur les problématiques spécifiées à l'article 3.00 de la présente lettre d'entente et particulièrement celles portant sur le soutien administratif, professionnel et technique;

Proposer des solutions à ces problématiques;

Donner des avis et faire des recommandations en vue de solutionner celles-ci.

5.00 Le MSSS intervient si nécessaire auprès des centres intégrés et, le cas échéant, auprès des établissements pour assurer le suivi des recommandations du comité.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2010. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^{e} jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 233

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 233

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 22 décembre 2010 au 4 janvier 2011 inclusivement, ainsi que la période du 28 février 2011 au 13 mars 2011 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Condition d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs par le biais du mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir une (1) seule fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de trois (3) quarts de garde pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisé par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du mercredi au mardi inclusivement pour la période des Fêtes ou soit du lundi au dimanche inclusivement ou du samedi au vendredi inclusivement pour la période de la relâche scolaire, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 915 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 545 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 915 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 4 545 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant au* ***dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 275 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 10 décembre 2010 pour la période des Fêtes et jusqu'au 4 février 2011 pour la période de relâche scolaire, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins au fur et à mesure de la réception de chaque candidature en tenant compte notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouée et des dates de disponibilité du médecin;
- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2010 et se termine le 13 mars 2011.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^{e} jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 234

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 234

Concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intrarégionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès du Centre de santé et services sociaux d'Argenteuil.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence de première ligne du Centre de santé et services sociaux d'Argenteuil dans le cadre d'une prise en charge de la couverture de ces services par un groupe de médecins.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

3.01 L'agence, par la voie de son département régional de médecine générale, en collaboration avec l'établissement concerné, forme un groupe de médecins qui s'engagent à assurer la présence d'au moins un médecin lors de chaque quart de garde au service d'urgence.

3.02 Peut faire partie d'un groupe de médecins prévu au paragraphe précédent :

a) tout médecin de l'établissement;

b) tout médecin exerçant dans la région de l'établissement et détenant une nomination dans un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;

c) tout médecin qui exerce dans une autre région que celle de l'établissement et détenant une nomination d'un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;

d) le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale peut-être admissible à faire partie du groupe. Il est alors réputé être un médecin hors région visé à l'article 6.00 des présentes.

3.03 Sous réserve du paragraphe 3.04, tout médecin ou équipe de médecins provenant d'un même établissement qui répond à un des critères énumérés au paragraphe 3.02 et qui s'engage à assurer un minimum de trois (3) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures de services cliniques au service d'urgence durant la période d'engagement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente sans faire partie du groupe de médecins visé au paragraphe 4.00 des présentes.

3.04 Ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'un établissement autre que celui désigné aux fins des présentes si cet établissement doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.00 Engagement

4.01 Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'établissement, prend l'engagement d'assurer la couverture, par au moins un médecin, de chaque quart de garde au service d'urgence de l'établissement pendant une période d'au moins trois (3) mois. Par la suite, cet engagement est renouvelable sur autorisation du comité paritaire.

4.02 Chaque médecin faisant partie de l'équipe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef de l'équipe désigné selon l'article 8.00 des présentes.

4.03 Nonobstant l'engagement du groupe de médecins formé au début d'une période de désignation à cette lettre d'entente, lorsque des événements imprévus surviennent durant une période de désignation et modifient de façon significative la capacité des médecins de l'établissement à assurer les services, alors exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, des médecins qui n'en faisaient pas partie au départ peuvent s'ajouter au groupe qui prend l'engagement et ainsi se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

TERMINÉE

5.00 Médecin de la région

5.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement, le médecin visé au paragraphe 3.02 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement.

5.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 3.02 b) se fait selon les modalités de la *Lettre d'entente n^{O} 160* du 23 janvier 2004.

AVIS : *Un avis de service (3547) doit être transmis pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement à tarif horaire (**002092**) prévu à la lettre d'entente concernant la desserte d'un établissement désigné par les effectifs médicaux de sa région sociosanitaire. Inscrire la période couverte par l'avis. Sous la section* Situation d'entente*, choisir la lettre d'entente (L.E. n^{O} 160) correspondant à la desserte de votre région.*

6.00 Médecin hors région

6.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 3.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées.

6.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins trois (3) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause.

6.03 Cet engagement peut être assumé par le médecin ou par le groupe de médecins provenant du même établissement.

7.00 Modalités spécifiques de rémunération

7.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement, par un médecin visé à la présente lettre d'entente est majorée d'un pourcentage de 5 % applicable sur le tarif de base.

AVIS : *Pour les professionnels rémunérés à l'acte : Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et facturer vos services en **ajoutant le 5 %** à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

7.02 Si l'engagement du groupe de médecins, pour un mois donné, est respecté et qu'en conséquence l'établissement n'a pas eu à faire appel, dans le cadre du dépannage, à d'autres médecins que ceux du groupe de médecins pour assurer la couverture par au moins un médecin d'un quart de garde donné et qu'il n'y a pas eu de rupture de services, un forfait de 59,60 $ au 1er janvier 2012 et de 62 $ au 1er juin 2013 par quart de garde de huit (8) heures est versé au médecin qui a assumé ce quart de garde. Ce forfait est divisible en heure;

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *la date et le code **19022**;*
- *le code d'établissement correspondant au service d'urgence (**0XXX7**);*
- *le nombre d'heures de garde dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires au prorata du temps de garde effectué (soumis à la rémunération majorée);*
- *l'heure du début et de fin de la période de garde ainsi que la durée totale dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

IMPORTANT : *La majoration prévue au paragraphe 7.01 **ne s'applique pas au forfait codé 19022**. De plus, aucun modificateur ne doit être inscrit pour ce forfait.*

7.03 Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins faisant partie du groupe de médecins n'est pas respecté et que l'établissement doit faire appel à un médecin désigné par le comité paritaire ou par les parties, ou qu'il y a rupture de services, le forfait prévu au paragraphe précédent n'est pas versé pour aucun des quarts de garde effectués pendant le mois en cause.

Cette présente disposition s'applique également au médecin ou équipe de médecins visé au paragraphe 3.03 des présentes malgré le respect de leur engagement minimal.

7.04 Si l'engagement minimal du médecin ou équipe de médecins visé au deuxième alinéa du paragraphe ci-dessus n'est pas respecté, la majoration et le forfait prévus aux paragraphes 7.01 et 7.02 ne sont pas versés au médecin ou équipe de médecins pour la durée de la période d'engagement.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 L'agence concernée, par la voie de son département régional de médecine générale (DRMG), est responsable de :

a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 3.02 de la présente lettre d'entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois (3) mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;

b) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui ne font pas partie du groupe de médecins visé aux présentes mais qui se prévalent de la présente lettre d'entente conformément au paragraphe 3.03, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 3.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois (3) mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'établissement où ils exercent de façon régulière;

c) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins faisant partie du groupe de médecins ainsi que de son renouvellement;

d) désigne le chef du service d'urgence de l'établissement comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

8.02 L'établissement informe l'agence qui à son tour informe le comité paritaire de :

a) toute rupture de services;

b) de tout non-respect de l'engagement minimal par un médecin ou équipe de médecins provenant d'un même établissement qui ne fait pas partie du groupe de médecins prévu aux présentes mais qui se prévaut de la présente lettre d'entente.

8.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il transmet à la Régie le nom des médecins ne faisant pas partie du groupe de médecins qui peuvent se prévaloir de la présente lettre d'entente;

c) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application des paragraphes 7.03 et 7.04 des présentes;

d) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 novembre 2010 et le demeure jusqu'au 14 février 2013.

AVIS : *Cette lettre d'entente a pris fin le 30 novembre 2013.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^{e} jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 235

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 235

Concernant l'expérimentation de certaines modalités de rémunération des services de garde dans le cadre d'une prise en charge, intrarégionale et interrégionale, du service d'urgence par un groupe de médecins auprès d'une installation désignée.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet d'expérimenter certaines modalités de rémunération des services de garde d'un service d'urgence de première ligne d'un établissement dans le cadre d'une prise en charge de la couverture complète de ces services par un groupe de médecins.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Désignation des installations

3.01 Peut être désignée, sur recommandation de son département régional de médecine générale, dans le cadre de l'expérimentation des modalités de rémunération prévues à la présente lettre d'entente, l'installation d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés qui remplit, à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, les conditions suivantes :

a) Ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie relativement aux effectifs requis en se basant, notamment, sur l'historique de l'installation quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins qui y exercent;

b) Il existe des obstacles au déplacement de sa clientèle pour se rendre au service d'urgence le plus rapproché;

c) Il est désigné dans le cadre d'une lettre d'entente concernant des modalités spécifiques de compensation de temps de déplacement dans le cadre de la desserte d'une installation désignée par les effectifs médicaux de l'ensemble de la région sociosanitaire;

3.02 L'annexe I fait état des installations désignées par le comité paritaire aux fins de la présente lettre d'entente.

AVIS : *La liste des installations désignées dans l'annexe I de la présente lettre d'entente est disponible sur notre site Web au* www.ramq.gouv.qc.ca/annexes-ententes.

4.00 Conditions d'application

4.01 Pour chaque installation désignée, le département régional de médecine générale, en collaboration avec les installations concernées, forme un groupe de médecins qui s'engagent à couvrir l'ensemble des quarts de garde au service d'urgence de l'installation désignée;

4.02 Peut faire partie du groupe de médecins prévu au paragraphe précédent,

a) tout médecin de l'installation désignée,

b) tout médecin exerçant dans la région de l'installation désignée et détenant une nomination dans une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans,

c) tout médecin qui exerce dans une autre région que celle de l'installation désignée et détenant une nomination d'une installation avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre ans;

d) Le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale peut être admissible à faire partie du groupe. Il est alors réputé être un médecin hors région visé à l'article 7.00 des présentes;

4.03 Un médecin ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente que s'il fait partie du groupe de médecins qui, collectivement, prend l'engagement décrit à l'article 5.00 des présentes;

4.04 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du dépannage, ne peut faire partie du groupe de médecins, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'une installation autre que celle désignée aux fins des présentes si cette installation doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

5.00 Engagement

5.01 Un groupe de médecins, y compris ceux qui détiennent déjà des privilèges pour exercer dans le service d'urgence de l'installation, prend l'engagement de couvrir la totalité des quarts de garde au service d'urgence de l'installation pendant une période d'au moins trois (3) mois. Par la suite, cet engagement est renouvelable sur autorisation du comité paritaire;

5.02 Chaque médecin faisant partie du groupe s'engage à assumer un nombre prédéterminé de garde selon les modalités déterminées par le chef du groupe désigné selon l'article 9.00 des présentes;

5.03 Nonobstant l'engagement du groupe de médecins formé au début d'une période de désignation à cette lettre d'entente, lorsque des événements imprévus surviennent durant une période de désignation et modifient de façon significative la capacité des médecins de l'installation à assurer les services, alors exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, des médecins qui n'en faisaient pas partie au départ peuvent s'ajouter au groupe qui prend l'engagement et ainsi se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

6.00 Médecin de la région

6.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'installation désignée, le médecin visé au paragraphe 4.02 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'installation désignée;

6.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 4.02 b) se fait selon les modalités de la lettre d'entente citée au paragraphe 3.01 c) des présentes.

AVIS : *L'établissement doit transmettre à la Régie un formulaire* Avis de service - Médecin omnipraticien - Tarif horaire, *per diem*, vacation, acte et rémunération mixte *(3547) pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement rémunéré à tarif horaire (code d'activité* ***002092****) prévu à la lettre d'entente concernant la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région sociosanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées.Sélectionner la* situation d'entente Lettre d'entente n^{O} 285 *et inscrire la période couverte par l'avis de service (la période de validité ne doit pas dépasser la période de désignation de l'installation à la* LE n^{O} 285*).*

7.00 Médecin hors région

7.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 4.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

7.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer au moins deux (2) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures des services cliniques de dépannage dans le cadre de l'engagement pris par le groupe de médecins au cours des trois (3) mois en cause;

Exceptionnellement, et avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé à effectuer moins de deux (2) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures de services cliniques de dépannage mais qui, en raison d'absence imprévue d'un médecin visé à l'alinéa ci-dessus, effectue au moins deux (2) quarts de garde ou vingt-quatre (24) heures de services cliniques peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

7.03 Lorsque la durée des quarts de garde est de moins de dix (10) heures, chaque déplacement de ce médecin, dans le cadre des services dispensés auprès de l'installation désignée aux fins des présentes, doit donner lieu à au moins deux quarts de garde sauf si ce médecin a son lieu de pratique principale, ou son lieu de résidence s'il s'agit d'un médecin à la retraite, à moins de 75 kilomètres de l'installation. Toutefois, le comité paritaire peut accepter de réduire cette exigence d'un minimum de quarts de garde par déplacement sur la base de la distance à parcourir par le médecin.

8.00 Modalités spécifiques de rémunération

8.01 Si l'engagement du groupe de médecins, pour un mois donné, est respecté et qu'en conséquence l'installation n'a pas eu à faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties et qu'il n'y a pas eu de rupture de services, un forfait de 119,60 $ au 1er janvier 2012 et de 124,80 $ au 1er juin 2013 par quart de garde de huit (8) heures est versé au médecin qui a assumé ce quart de garde. Ce forfait est divisible en heure;

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112*** *dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code de forfait* ***19099*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures de garde dans la case* UNITÉS*;*
- *le code d'installation spécifique* ***0XXX7****;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *l'heure de début et de fin de la période de garde dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

8.02 Dans le cas où, pour un mois donné, l'engagement des médecins n'est pas respecté et que l'installation doit faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties, ou qu'il y a eu rupture de services, le forfait prévu au paragraphe précédent n'est versé pour aucun des quarts de garde effectués pendant le mois en cause.

9.00 Modalités de fonctionnement

9.01 Le département régional de médecine générale concerné, par la voie de son département régional de médecine générale, est responsable de :

a) transmettre au comité paritaire la liste des médecins qui font partie du groupe de médecins visé aux présentes, le statut de chaque médecin en regard des dispositions du paragraphe 4.02 de la présente entente, le nombre de quarts de garde auxquels chacun s'engage par trois mois ainsi que, le cas échéant, le nom de l'installation où ils exercent de façon régulière;

b) informer le comité paritaire de la date de début de l'engagement des médecins ainsi que de son renouvellement;

c) désigner le chef du service d'urgence de l'installation désignée comme médecin responsable de la coordination de la prestation des services visés aux présentes.

9.02 L'installation informe le département régional de médecine générale de toute rupture de services et des quarts de garde pour lesquels il a dû faire appel à un médecin désigné par un comité paritaire ou par les parties. Le département régional de médecine générale en informe le comité paritaire.

9.03 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins faisant partie du groupe de médecins, de l'engagement du groupe, de la date de début de cet engagement ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il informe la Régie, le cas échéant, de l'application du paragraphe 8.02 des présentes;

c) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

10.00 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE

10.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2010 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24e jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 236

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 236

Concernant certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière.

CONSIDÉRANT que le virus de la grippe saisonnière peut faire croître de façon importante les besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT que le Ministre, après avoir consulté l'agence de la région concernée, désigne les cliniques d'accueil de grippe sous la responsabilité de cabinets privés ou d'établissements publics et qu'il peut mettre fin à la désignation d'une clinique lorsqu'il le juge opportun;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui accepteront de travailler dans les cliniques d'accueil de grippe;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 À compter de la date de mise en opération d'une clinique d'accueil de grippe dans un territoire, le médecin affecté aux activités de cette clinique est rémunéré selon les modalités suivantes :

a) les services dispensés dans un cabinet privé désigné comme une clinique d'accueil de grippe seront rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicable en cabinet;

ii) ou pour le forfait horaire de 160 $ auquel s'ajoute, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de 54 $.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *dans la section* Actes *:*
- *le code* ***19680*** *(forfait horaire);*
- *le code* ***19681*** *(compensation horaire pour les frais de cabinet), s'il y a lieu;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement de la clinique d'accueil de grippe désignée (54XXX, 55XXX ou 57XXX).*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

b) les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe dans un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS;

ii) ou pour le forfait horaire de 160 $;

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19680*** *(forfait horaire) dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement (****CLSC*** *ou* ***clinique externe*** *du CHSGS (****0XXX1****)) de la clinique d'accueil de grippe désignée.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

TERMINÉE

c) dans le cas où, pendant une journée de dispensation de services dans la clinique d'accueil de grippe d'un établissement, le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, les modalités suivantes s'appliquent :

i) lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte, les suppléments suivants s'ajoutent :

- examen ordinaire tout groupe d'âge (codes 00005, 08882, 08883) : supplément de 6,55 $;
- examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00056) : supplément de 11,45 $;
- examen complet pour le patient de plus 70 ans (code 09116) : supplément de 18,40 $;

AVIS : *Pour facturer un des suppléments, utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
*- le code **15300**, **15301** ou **15302** dans la section* Actes*;*
*- le numéro d'établissement (**CLSC** ou **clinique externe** du CHSGS (**0XXX1**)) de la clinique d'accueil de grippe désignée;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES *et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*

Le code d'examen doit être facturé sur la même demande de paiement que le supplément.

Examen admissible	***Code du supplément***	***Tarif ($)***
*Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code **00005**, **08882** ou **08883**)*	*15300*	*6,55*
*Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code **00056**)*	*15301*	*11,45*
*Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code **09116**)*	*15302*	*18,40*

ii) lorsque les services sont rémunérés selon le forfait horaire, la compensation horaire de 54 $ s'ajoute.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

*- le code **XXXX01010112**, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
*- le code **19681** (compensation horaire pour les frais de cabinet) dans la section* Actes*;*
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS*;*
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
*- le numéro d'établissement (**CLSC** ou **clinique externe** du CHSGS (**0XXX1**)) de la clinique d'accueil de grippe désignée.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

d) Le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut maintenir le même mode. Il est rémunéré selon ce mode à partir de la nomination qu'il détient dans son établissement d'origine.

AVIS : ***Si vous choisissez de maintenir votre mode habituel de rémunération****, remplir une* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous êtes un médecin à honoraires fixes et une* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous êtes un médecin à tarif horaire.* ***Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre nomination*** *et pour la facturation de vos activités, utiliser votre nature de service habituelle avec l'emploi de temps suivant :*

*- **XXX158** Services cliniques (grippe)*

Sans égard au mode de rémunération pour lequel il opte lorsqu'il pratique en clinique d'accueil de grippe, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes conserve le bénéfice de ses avantages sociaux prévus à l'annexe VI de l'entente générale.

AVIS : *Le médecin à honoraires fixes **qui ne maintient pas** ce mode de rémunération lorsqu'il pratique en clinique d'accueil de grippe doit également remplir la* Demande de paiement, honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le **code de congé 61** pour chaque journée ou demi-journée rémunérée sous un autre mode de rémunération et inscrire « Période de grippe saisonnière » dans la case* RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

TERMINÉE

1.2 Autres dispositions

a) Les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe sont sujets à l'application des majorations déjà prévues à l'article 4.00 de l'annexe XX de l'entente générale.

AVIS : ***Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :*** *lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'article 4.00 de l'annexe XX pour connaître les secteurs de dispensation permis selon l'établissement, la journée et la plage horaire en utilisant le code d'activité* ***XXX158****.*

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII.

AVIS : *Il est important que le médecin réclame ses services au taux de rémunération majorée habituel auquel il a droit selon les dispositions des annexes XII et XII-A sans égard au paragraphe précédent. Pour le médecin ne répondant pas aux conditions spécifiques du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII, les services rendus en tous lieux désignés dans le cadre de la grippe saisonnière feront l'objet du versement d'un montant forfaitaire rétroactif. Le calcul correspondra au différentiel entre les honoraires payés selon le taux de rémunération habituel et le taux qui se serait appliqué si la situation du médecin avait satisfait aux exigences de l'annexe XII.*

c) Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin pour les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 121,20 $. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19683*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires sur base horaire (30,30 $/heure);*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement de la clinique d'accueil de grippe désignée;*
- *l'heure de début et de fin de la période dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Si le site de la clinique d'accueil de grippe est déjà reconnu comme clinique réseau, la présente disposition remplace l'article 4.00 de l'*Entente particulière relative aux services dispensés dans une clinique réseau*.

AVIS : *Le forfait codé* ***19100*** *(de 18 h à 22 h du lundi au vendredi) et le forfait codé* ***19101*** *(de 8 h à 16 h le samedi, dimanche ou jour férié), prévus à l'*Entente particulière relative à une clinique réseau *pour les horaires défavorables, ne peuvent être réclamés durant la période où la clinique réseau est désignée comme clinique d'accueil de grippe. Le forfait codé* ***19683*** *doit alors être réclamé durant cette période.*

d) Les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période en cause.

e) Le comité paritaire informe la RAMQ de :

i) la liste des cliniques d'accueil de grippe de chacun des territoires de CSSS;

ii) la date de début et de fin du fonctionnement de chaque clinique d'accueil de grippe.

La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées en tant que GMF, clinique réseau ou cabinet en pratique de groupe.

La clinique d'accueil de grippe en établissement est réputée, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS.

2. Soutien en cabinet privé

2.1 À compter de la désignation d'une clinique d'accueil de grippe en cabinet privé, l'agence de la région concernée apporte à ce cabinet le soutien nécessaire à l'exercice de leurs activités, dont notamment le personnel administratif et professionnel suffisant ainsi que les fournitures et les équipements, le cas échéant.

TERMINÉE

2.2 Toute mésentente à cet égard sera soumise au comité paritaire.

3. Durée de la lettre d'entente

3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 11 janvier 2011 et le demeure jusqu'au 31 janvier 2011.

3.2 L'échéance de la présente lettre d'entente pourra être revue par les parties selon les besoins.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 24^{e} jour de mars 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 237

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 237

Concernant la prise en charge du service d'urgence du Centre de service Avellin-Dalcourt.

CONSIDÉRANT que sur une courte période, plusieurs médecins quittent l'établissement ou diminuent de façon importante leur participation au service d'urgence et que ces médecins assurent plus de 30 % des services dispensés au service d'urgence;

CONSIDÉRANT que l'établissement compte moins de cinq (5) médecins qui ont une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;

CONSIDÉRANT que ces médecins assuraient auparavant moins de la moitié des quarts requis pour assurer une continuité de services au sein de l'établissement;

CONSIDÉRANT que l'établissement devra faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence de première ligne du Centre de service Avellin-Dalcourt dans le cadre d'une prise en charge de la couverture de ces services par un groupe de médecins.

AVIS : *Le service d'urgence de première ligne du Centre de service Avellin-Dalcourt (07937) est visé par la* Lettre d'entente n^{o} 237 *à compter du 1er octobre 2014. Avant cette date, soit jusqu'au 30 septembre 2014, cette lettre d'entente concernait le service d'urgence du point de service Comtois du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé (01787).*

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

3.01 Peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente :

a) tout médecin de l'établissement qui détient des privilèges à l'urgence;
b) tout médecin exerçant dans la région de l'établissement et détenant une nomination d'un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;
c) tout médecin qui exerce dans une autre région et détenant une nomination d'un établissement avec des privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;
d) lorsqu'il rencontre certaines conditions, le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30 de l'entente générale.

3.02 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du mécanisme de dépannage, ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'un autre établissement si cet établissement doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.00 Période de désignation

4.01 Le comité paritaire désigne cet établissement pour une période de six (6) mois. Par la suite, cette désignation est renouvelable sur autorisation du comité paritaire.

5.00 Médecin de la région

5.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement, le médecin visé au paragraphe 3.01 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement;

5.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 3.01 b) se fait selon les modalités de la *Lettre d'entente n^{O} 127* du 1er juillet 2002.

AVIS : *Un avis de service (3547) doit être transmis pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement à tarif horaire (**002092**) prévu à la lettre d'entente concernant la desserte d'un établissement désigné par les effectifs médicaux de sa région sociosanitaire. Inscrire la période couverte par l'avis. Sous la section* Situation d'entente*, choisir la lettre d'entente (L.E. n^{O} 127) correspondant à la desserte de votre région.*

6.00 Médecin hors région

6.01 Le médecin visé aux alinéas c) ou d) du paragraphe 3.01 est, au regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

6.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager à effectuer des quarts de garde totalisant au moins quarante-huit (48) heures des services cliniques au sein de l'établissement au cours des six (6) mois en cause.

7.00 Modalités spécifiques de rémunération

7.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement, par un médecin visé à la présente lettre d'entente est majorée d'un pourcentage de 5 % applicable sur le tarif de base.

AVIS : *Pour les professionnels rémunérés à l'acte : utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et facturer vos services en **ajoutant 10 %** (à compter du 8 mai 2011) à vos honoraires. Utiliser le numéro d'établissement 07937 à compter du 1er octobre 2014. Pour les services facturés jusqu'au 30 septembre 2014 inclusivement, utiliser le numéro d'établissement 01787. Aucun modificateur n'est requis.*

8.00 Procédures

8.01 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) il transmet au comité paritaire la liste des médecins qui font partie de la liste de garde en indiquant s'il s'agit d'un médecin de l'établissement, d'un médecin de la région ou d'un médecin dépêché dans le cadre du mécanisme de dépannage avec ou sans l'engagement d'effectuer au moins quarante-huit (48) heures de garde;

b) il informe le comité paritaire de la date de début de désignation et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.02 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins qui peuvent se prévaloir des modalités de cette lettre d'entente, de la date de début de désignation ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mars 2011 et le demeure jusqu'au 31 août 2012.

AVIS : *Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 31 août 2015 par les parties négociantes.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de mars 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 238

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 238

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 20 juin au 4 septembre 2011 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Condition d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :
  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

TERMINÉE

b) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

c) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 3 985 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b) et c) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 620 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 3 985 $) ou le code* ***19042*** *(montant 4 620 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 13 juin 2011, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 315 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 10 juin 2011, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins au fur et à mesure de la réception de chaque candidature en tenant compte notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouée et des dates de disponibilité du médecin;

- Au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;

- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);

TERMINÉE

- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2011 et se termine le 4 septembre 2011.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8e jour de mars 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 239

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 239

Concernant la prise en charge du service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-des-Monts du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie.

CONSIDÉRANT que l'établissement a récemment subi une réduction de l'offre de services de ses médecins pour des raisons hors de leur contrôle;

CONSIDÉRANT que l'établissement compte trois (3) médecins détenant une nomination avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;

CONSIDÉRANT que ces médecins assument la moitié des quarts requis pour assurer une continuité de services au sein de l'établissement;

CONSIDÉRANT que l'établissement doit faire appel, sur une base régulière, à des médecins dépanneurs à son service d'urgence;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération des services de garde du service d'urgence de première ligne de l'Hôpital Sainte-Anne-des-Monts du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie dans le cadre d'une prise en charge de la couverture de ces services par un groupe de médecins.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

3.01 Peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente :

a) tout médecin de l'établissement qui détient des privilèges à l'urgence;

b) tout médecin exerçant dans la région de l'établissement et détenant une nomination d'un établissement avec privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans;

c) lorsqu'il rencontre certaines conditions, le médecin qui exerce dans une autre région et qui détient une nomination d'un établissement avec des privilèges à l'urgence ou en ayant détenu depuis moins de quatre (4) ans, de même que le médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30 de l'entente générale.

3.02 À défaut d'autorisation du comité paritaire responsable du mécanisme de dépannage, ne peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, un médecin qui exerce de façon régulière auprès d'un autre établissement si cet établissement doit faire appel au mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.00 Période de désignation

4.01 Le comité paritaire désigne cet établissement pour une période de trois (3) mois. Par la suite, cette désignation est renouvelable sur autorisation du comité paritaire.

5.00 Médecin de la région

5.01 Pour les services dispensés dans le service d'urgence de l'établissement, le médecin visé au paragraphe 3.01 b) de la présente lettre d'entente est rémunéré selon les modalités de rémunération qui s'appliquent dans l'établissement;

5.02 La compensation du temps et des frais de déplacement du médecin visé au paragraphe 3.01 b) se fait selon les modalités de la *Lettre d'entente n^{O} 148* du 1er juin 2003.

AVIS : *Un avis de service 3547 doit être transmis pour chaque médecin de la région pouvant bénéficier du temps de déplacement à tarif horaire (**002092**) prévu à la lettre d'entente concernant la desserte d'un établissement désigné par les effectifs médicaux de sa région sociosanitaire. Inscrire la période couverte par l'avis. Sous la section* Situation d'entente*, choisir la* Lettre d'entente n^{O} 148 *correspondant à la desserte de votre région.*

6.00 Médecin hors région

6.01 Le médecin visé à l'alinéa c) du paragraphe 3.02 est, en regard des conditions de rémunération et de la compensation du temps et des frais de déplacement, réputé exercer dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et est soumis à l'ensemble des conditions qui y sont spécifiées;

6.02 Pour se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente, il doit s'engager, au préalable à effectuer des quarts de garde totalisant au moins trente-six (36) heures de services cliniques au sein de l'établissement au cours des trois (3) mois en cause.

Seuls les services rendus pendant les quarts de garde effectués suite à cet engagement de trente-six (36) heures de services cliniques bénéficient de la majoration prévue aux présentes.

Exceptionnellement, et ce avec l'accord du comité paritaire, le médecin qui s'est engagé initialement à effectuer moins de trente-six (36) heures de services cliniques mais qui, en raison d'un changement significatif dans la situation des effectifs de l'établissement au cours de la période d'application, effectue au moins 36 heures de services cliniques pourrait se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente.

7.00 Modalités spécifiques de rémunération

7.01 La rémunération versée pour la dispensation des services au service d'urgence de l'établissement, par un médecin visé à la présente lettre d'entente est majorée d'un pourcentage de 15 % applicable sur le tarif de base.

AVIS : ***Pour les professionnels rémunérés à l'acte*** *: Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et facturer vos services en* ***ajoutant le 15 %*** *à vos honoraires. Aucun modificateur n'est requis.*

8.00 Procédures

8.01 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) il transmet au comité paritaire la liste des médecins qui font partie de la liste de garde en indiquant s'il s'agit d'un médecin de l'établissement, d'un médecin de la région ou d'un médecin dépêché dans le cadre du mécanisme de dépannage avec ou sans l'engagement d'effectuer au moins trente-six (36) heures de garde;

b) il informe le comité paritaire de la date de début de désignation et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.02 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) il transmet à la Régie le nom des médecins qui peuvent se prévaloir des modalités de cette lettre d'entente, de la date de début de désignation ainsi que de son renouvellement s'il y a lieu;

b) il fait le suivi de l'application de la présente lettre d'entente et fait des recommandations aux parties, le cas échéant.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2011 et le demeure jusqu'au 30 avril 2012.

AVIS : *Cette lettre d'entente est prolongée jusqu'au 30 avril 2015 par les parties négociantes.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 8^{e} jour de mars 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 240

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 240

Concernant le suivi de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec.

CONSIDÉRANT l'accord-cadre 2010-2015 intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT les efforts déployés dans cet accord-cadre pour réduire l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT que ce rajustement sera effectué sur une période s'échelonnant entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2017;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'assurer le suivi de l'écart de rémunération entre les deux groupes de professionnels en tenant compte notamment, de l'offre de service des médecins;

CONSIDÉRANT qu'au terme de ce suivi, les parties évalueront l'opportunité d'entreprendre des négociations afin d'assurer et maintenir un niveau de rémunération concurrentiel;

CONSIDÉRANT que les parties n'ont pas convenu de la méthode de comparaison concernant le suivi de l'écart.

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Comité conjoint

1.01 Afin d'assurer le suivi de l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes du Québec, et ce, postérieurement à 2009-2010, les parties s'engagent à mettre sur pied un comité conjoint.

1.02 Le comité est composé de quatre (4) personnes soit deux (2) de la FMOQ et deux (2) du MSSS auxquelles peuvent s'adjoindre des personnes ciblées selon les volets discutés.

2.00 Mandat du comité conjoint

2.01 Le comité a pour mandat de suivre l'évolution de la rémunération versée aux médecins omnipraticiens et aux médecins spécialistes pour la période débutant le 1er avril 2010.

2.02 Plus précisément, le comité a pour mandat de documenter, de valider et d'échanger sur les données pertinentes ainsi que, notamment, sur l'offre de service des médecins.

2.03 Les rencontres s'effectueront sur une base régulière entre les parties et le comité fera rapport à la table de négociation.

2.04 Aux fins de ces rencontres, le MSSS devra fournir aux représentants de la FMOQ, toutes les données pertinentes en respect de la législation.

3.00 Constat au 1er avril 2015

3.01 À la lumière des travaux effectués par le comité conjoint, les parties effectueront un constat, conjointement ou non, sur l'écart de rémunération existant au 1er avril 2015 entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes en tenant compte notamment, de l'offre de service des médecins.

3.02 Au terme des travaux effectués par le comité conjoint, ce comité présentera aux parties négociantes, conjointement ou non, ses constats et ses conclusions ainsi que, le cas échéant, les solutions qu'il propose.

3.03 À la lumière des travaux du comité, les parties négociantes évalueront l'opportunité d'entreprendre des négociations afin d'assurer et maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins omnipraticiens.

4.00 Mise en vigueur

La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le Ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9^{e} jour de novembre 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 241

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 241

Concernant la révision de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières (AMP).

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre 2010-2015 intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT la nécessité de valoriser la prise en charge et le suivi de la population québécoise en première ligne;

CONSIDÉRANT les problèmes de recrutement dans ce secteur d'activité ces dernières années;

CONSIDÉRANT que pour remédier à ces problèmes, il y a lieu notamment de revoir l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières (Entente) afin d'y reconnaître davantage les activités de prise en charge et de suivi en première ligne;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Engagement

1.01 Les parties s'engagent à négocier l'ensemble des conditions et modalités permettant de reconnaître des activités médicales particulières de prise en charge et de suivi en première ligne au même niveau que les secteurs d'activités ii) à iv) de l'Entente.

1.02 Les parties reconnaissent cependant que la dispensation de services médicaux dans un service d'urgence d'un centre hospitalier doit demeurer une activité médicale particulière prioritaire à toutes les autres.

2.00 Délai

2.01 Cette négociation sera entreprise dans les meilleurs délais suite à la conclusion de l'accord-cadre 2010-2015 avec l'objectif de se terminer au plus tard le 1er septembre 2011.

3.00 Mise en vigueur

La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le Ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9^{e} jour de novembre 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - Nº 242

LETTRE D'ENTENTE Nº 242

Concernant l'intégration de professionnels de la santé dans les milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi.

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre 2010-2015 intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT la nécessité de valoriser la prise en charge et le suivi de la population québécoise en première ligne;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de reconnaître la pratique interdisciplinaire en favorisant l'intégration de professionnels de la santé au sein des milieux de pratique où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Engagement

1.01 Les parties s'engagent à négocier l'ensemble des modalités permettant l'intégration de professionnels de la santé au sein des milieux de pratique où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi.

1.02 Ces modalités pourront prendre notamment la forme de forfaits, de banques d'heures ou de nouveaux actes dans la nomenclature, et ce, pour reconnaître les activités et la responsabilité assumées par le médecin envers son patient dans un contexte de travail interdisciplinaire.

2.00 Délai

2.01 Cette négociation sera entreprise dans les meilleurs délais suite à la conclusion de l'accord-cadre 2010-2015.

3.00 Mise en vigueur

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le Ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9e jour de novembre 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 243

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 243

Concernant le soutien à la pratique dans les milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi.

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre intervenu entre les parties;

CONSIDÉRANT la nécessité de valoriser la prise en charge et le suivi de la population québécoise en première ligne;

CONSIDÉRANT les problèmes de recrutement dans ce secteur d'activité ces dernières années;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de revoir le soutien à la pratique dans les milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi;

CONSIDÉRANT les lettres d'entente n^{os} 140, 231 et 232 intervenues entre les parties;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Engagement

1.01 Les parties s'engagent à examiner les conditions de pratique dans les différents milieux où s'effectuent des activités de prise en charge et de suivi et à revoir en respect de la législation l'ensemble des modalités permettant un soutien administratif, professionnel et technique adéquat en première ligne.

2.00 Délai

2.01 Les discussions relatives à la démarche mentionnée au paragraphe précédent seront entreprises dans les meilleurs délais suite à la conclusion de l'accord-cadre 2010-2015.

3.00 Mise en vigueur

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur à la date de sa signature par le Ministre.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 9^{e} jour de novembre 2011.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 244

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 244

Ayant trait à la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des étudiantes en pratique sage-femme.

CONSIDÉRANT la formation des étudiantes en pratique sage-femme dispensée par l'Université du Québec à Trois-Rivières comprend un stage clinique;

CONSIDÉRANT les médecins omnipraticiens sont appelés à assurer la supervision des stages effectués par les étudiantes en pratique sage-femme;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer la rémunération des médecins qui supervisent ces stages;

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Le médecin qui assure la supervision du stage d'une étudiante sage-femme pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de la section I de l'entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.

AVIS : *Veuillez facturer* ***quotidiennement****, par lieu de stage, le nombre de demi-*per diem *effectués. Au cours d'une journée, si la supervision est faite dans plus d'un lieu de stage, utiliser une demande de paiement différente par lieu de stage.*

Pour la facturation du forfait de formation, inscrire sur la **Demande de paiement – Médecin** ***(1200) :***

- *le code XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *la date de chaque formation réclamée;*
- *le lieu de stage, soit le numéro d'établissement dans la section* Établissement*;*
- *le code d'acte approprié au forfait de formation demandé dans la section* Actes*;*
- *le nombre de demi-*per diem *pour la supervision d'une étudiante sage-femme selon le code d'acte facturé, dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires demandés sur chaque ligne de service et le cumul des honoraires demandés dans la case* TOTAL*.*

S'il s'agit d'un lieu identifié ci-dessous, utiliser :

- *le code* ***19907*** *au tarif de* ***47,65 $***

  • *Centre hospitalier de St-Mary (0031X);*
  • *Hôpital de LaSalle (0014X);*
  • *Hôpital Fleurimont (0116X);*
  • *Hôpital Saint-Luc du CHUM (0030X);*
  • *Pavillon Sainte-Marie (0183X);*
  • *Hôpital de Gatineau (0769X);*
  • *Hôpital Pierre-Le Gardeur (0141X).*

S'il s'agit d'un lieu identifié ci-dessous, utiliser :

- *le code* ***19908*** *au tarif de* ***70,30 $***

  • *Hôpital du Haut-Richelieu (0042X).*

La facturation du code d'acte ***19908*** *est soumise aux majorations des annexes XII et XII-A.* ***Aucune autre majoration n'est applicable.***

Pour une même journée, si plus d'un même forfait est réclamé dans le même établissement, la facturation de ceux-ci doit être faite sur une seule demande de paiement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2.00 L'université informe le comité paritaire des lieux de stage reconnus pour la dispensation des stages supervisés par un médecin omnipraticien.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2012 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23e jour de janvier 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 245

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 245

Concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS.

CONSIDÉRANT que dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale se terminant le 31 mars 2010, les parties ont convenu de verser un montant supplémentaire au médecin qui accepte d'inscrire, de prendre en charge et de suivre tout patient vulnérable ou non vulnérable et sans médecin de famille;

CONSIDÉRANT que pour la période du 1er novembre 2011 au 31 octobre 2012, les mesures découlant des dispositions de la présente lettre d'entente ont engendré des coûts supérieurs à ceux prévus pour leur financement et qu'en conséquence, il y a lieu pour les parties, conformément à la Lettre d'entente n^{o} 246, de convenir de nouvelles modalités d'application afin de limiter les coûts des diverses mesures qui y sont prévues;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 En sus du forfait pour l'inscription générale et des forfaits déjà existants en vertu de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, un montant supplémentaire est payable à un médecin suite à l'inscription de chaque patient vulnérable ou non vulnérable qui n'est pas inscrit auprès d'un médecin de famille et qui est référé ou non par le médecin coordonnateur dans le cadre du guichet d'accès du CSSS selon les modalités apparaissant ci-après.

2.00 MONTANT SUPPLÉMENTAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI D'UN PATIENT NON RÉFÉRÉ PAR UN GUICHET D'ACCÈS D'UN CSSS

2.01 Pour chaque patient non vulnérable qui n'a pas fait l'objet d'une priorisation et d'une référence par le guichet d'accès du CSSS, le montant supplémentaire est de 25 $ en cabinet privé et de 20,75 $ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- *le* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- *le code d'acte* ***19954*** *dans la section* Actes *pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES *selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;*
- *le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient et sur la même demande de paiement.*

2.02 Pour chaque patient vulnérable qui n'a pas fait l'objet d'une priorisation et d'une référence par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant supplémentaire est de 52 $ en cabinet privé et de 43,15 $ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- *le* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- *le code d'acte* ***19955*** *dans la section* Actes *pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES *selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;*
- *le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique donnant lieu à l'inscription du patient et sur la même demande de paiement.*

ABROGÉE

3.00 MONTANT SUPPLÉMENTAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI D'UN PATIENT RÉFÉRÉ PAR UN GUICHET D'ACCÈS D'UN CSSS

3.01 Pour chaque patient non vulnérable qui est priorisé et référé par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant supplémentaire est de 100 $ en cabinet privé et de 83 $ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- *le* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- *le code d'acte* ***19952*** *dans la section* Actes *pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES *selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;*
- *inscrire dans la case* C.S. *la lettre « **A** »;*
- *inscrire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, *les renseignements obligatoires et tels que libellés dans l'ordre suivant :*
  - ***N^{O} CSSS** : le numéro du CSSS (**94XXX**)*
  - ***Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)*
  - ***N^{O} séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;*
- *le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique, et sur la même demande de paiement.*

3.02 Pour chaque patient vulnérable qui est priorisé et référé par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant supplémentaire est de 208,60 $ en cabinet privé et de 173,80 $ en CLSC ou en établissement. Il est payé lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- *le* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- *le code d'acte* ***19951*** *dans la section* Actes *pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES *selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;*
- *inscrire dans la case* C.S. *la lettre « **A** »;*
- *inscrire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, *les renseignements obligatoires et tels que libellés dans l'ordre suivant :*
  - ***N^{O} CSSS** : le numéro du CSSS (**94XXX**)*
  - ***Date réf.** : la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)*
  - ***N^{O} séq.** : le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;*
- *le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique, et sur la même demande de paiement.*

3.03 Pour chaque patient vulnérable qui est priorisé et référé par le guichet d'accès d'un CSSS, le montant est de 250 $ en cabinet privé et de 207,50 $ en CLSC ou en établissement dans l'un des cas suivants :

- le patient présente un ou des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 1 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle avec un des problèmes de santé décrits au sous-paragraphe 5.01 A) 3 de cette entente particulière;
- le patient présente un problème de santé décrit au sous-paragraphe 5.01 F) de l'entente particulière susmentionnée.

Le montant supplémentaire prévu par la présente disposition est payable lors de l'inscription à l'occasion d'un examen ou d'une intervention clinique.

PROGÉE

AVIS : *Pour facturer le montant supplémentaire, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement – Médecin *(1200) :*

- *le* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- *le code d'acte* ***19956*** *dans la section* Actes *pour le montant supplémentaire en cabinet privé, à domicile, en CLSC ou en établissement;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES *selon le lieu de dispensation des services;*
- *le code de cabinet, de localité ou d'établissement (CLSC, UMF-CH) selon le cas;*
- *inscrire dans la case* C.S. *la lettre «* ***A*** *»;*
- *inscrire dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, *les renseignements obligatoires et tels que libellés dans l'ordre suivant :*
  - ***N^{O} CSSS*** *: le numéro du CSSS (****94XXX****)*
  - ***Date réf.*** *: la date de référence du CSSS (AAAA-MM-JJ)*
  - ***N^{O} séq.*** *: le numéro séquentiel attribué au patient orphelin par le CSSS;*
- *le montant supplémentaire doit être facturé à la même date que l'examen ou l'intervention clinique, et sur la même demande de paiement.*

3.04 Les montants supplémentaires prévus aux paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03, associés à la prise en charge et au suivi d'un patient référé par un guichet, ne peuvent être octroyés à un médecin qui a lui-même ou par l'intermédiaire de son personnel, référé le patient au guichet d'accès (autoréférence). Ces montants supplémentaires sont payés uniquement au médecin qui accepte la prise en charge de patients sans médecin de famille priorisés et référés par le guichet d'accès. Conséquemment, le médecin coordonnateur et son personnel ne peuvent octroyer un numéro séquentiel pour un patient qui a fait l'objet d'une demande d'inscription et de référence par un médecin dans le cadre d'une autoréférence.

3.05 Un médecin coordonnateur ne peut référer sur la base d'une année civile plus de 150 patients à un médecin. Cette limite ne s'applique pas à un médecin au cours de ses quatre (4) premières années de pratique. L'année de pratique reconnue au médecin est celle prévalant au 1er janvier suivant l'obtention de son permis d'exercice. Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention.

Le médecin coordonnateur peut cesser de référer des patients à un médecin s'il a des doutes sérieux quant à l'accessibilité de ses services auprès de la clientèle.

3.06 Le guichet d'accès d'un CSSS transmet au médecin prêt à prendre en charge le patient qu'il lui réfère les informations suivantes :

- la date de référence;
- l'identification du patient;
- son numéro d'assurance maladie;
- les renseignements cliniques pertinents;
- le numéro séquentiel qu'il lui a attribué;
- ainsi que son numéro d'établissement.

Le guichet d'accès du CSSS doit conserver, en tout temps, ces informations ainsi que le nom du médecin qui a accepté la prise en charge du patient.

3.07 Sous réserve des dispositions du paragraphe 4.07 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, la Régie récupère la moitié du montant supplémentaire versé à la suite de l'inscription de ce patient si, dans les douze (12) mois qui suivent la date de l'inscription d'un patient :

- le médecin a modifié volontairement sa pratique de façon à cesser de faire de la prise en charge et du suivi de la clientèle. Le médecin doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- le médecin modifie, au plan géographique, son lieu de pratique de telle façon qu'il considère ne plus être en mesure d'assurer la prise en charge de patients inscrits. Le médecin doit aviser la Régie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de cette modification;
- le médecin prend sa retraite sans que cette décision ait été provoquée par un problème de santé subit ou une aggravation de son état de santé.

Ces patients cessent d'être inscrits auprès de ce médecin à compter de la date de la modification ou de la cessation de pratique.

ABROGÉE

3.08 Dans le cas où un patient déjà inscrit auprès d'un médecin, suite à une référence du coordonnateur du guichet, en vertu de la présente lettre d'entente, depuis moins de douze (12) mois, s'adresse au guichet pour demander d'être inscrit auprès d'un second médecin pour cause d'incompatibilité ou d'inaccessibilité des services dispensés par le premier médecin, le médecin coordonnateur peut considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille au sens de la présente lettre d'entente. Le médecin coordonnateur avise alors la Régie de sa décision et celle-ci récupère la moitié du montant supplémentaire réclamé en vertu des présentes par le premier médecin.

Tout patient inscrit auprès d'un médecin de famille et qui devient incapable de se déplacer au lieu de pratique du médecin, peut, dans le cas où ce médecin de famille n'assure pas de services à domicile du patient, s'adresser au guichet pour demander d'être inscrit auprès d'un autre médecin de famille. Le médecin coordonnateur peut, alors, considérer le patient comme étant un patient sans médecin de famille au sens de la présente lettre d'entente. Il en va de même pour le patient qui change de lieu de résidence à une distance trop éloignée, selon le jugement du médecin coordonnateur, du lieu de pratique du médecin auprès duquel il est inscrit.

4.00 DISPOSITIONS DIVERSES

4.01 Seules les inscriptions effectuées dans les lieux visés pour l'inscription des clientèles énumérées au paragraphe 3.01 A) de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle donnent droit aux montants supplémentaires prévus aux articles 2.00 et 3.00 de la présente lettre d'entente.

4.02 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

5.00 COMITÉ PARITAIRE

5.01 Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale peut faire aux parties les recommandations qu'il estime nécessaires face à toute situation qui pourrait lui être soumise en application de la présente lettre d'entente.

6.00 MISE EN VIGUEUR

6.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2013 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

AVIS : *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 octobre 2015 par l'Amendement n^{O} 140.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

LE - N^{o} 246

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 246

Concernant le suivi et le financement de la mesure relative à la prise en charge du patient sans médecin de famille sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'assurer un suivi régulier des coûts découlant de la Lettre d'entente n^{o} 245 en ce qui a trait à la prise en charge des patients non vulnérables et des patients vulnérables pour ce qui est du montant supplémentaire alloué pour leur prise en charge sur référence ou non du guichet d'accès du CSSS.

2. De financer, annuellement et sur une base récurrente, les coûts découlant de la Lettre d'entente n^{o} 245 jusqu'à concurrence de 24,3 M$.

3. Advenant que, pour une année d'application, les coûts de ces mesures dépassent les sommes prévues pour leur financement, les parties conviennent de mesures en vue d'assurer le financement des coûts non récurrents excédentaires à même les sommes dévolues dans le cadre de l'Entente se terminant le 31 mars 2015.

De plus, afin d'éviter tout autre dépassement ou advenant que, pour une année d'application, le montant alloué à l'article 2 ci-dessus n'est pas atteint, les parties conviennent de revoir les modalités d'application prévues à la Lettre d'entente n^{o} 245 et/ou de revoir la tarification des mesures prévues ou même, si nécessaire, de mettre fin à la mesure.

4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

AVIS : *Cette lettre d'entente est abrogée en date du 31 octobre 2015 par l'Amendement n^{o} 140.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ABROGÉE

LE - N^{o} 247

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 247

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 22 décembre 2011 au 4 janvier 2012 inclusivement, ainsi que la période du 27 février 2012 au 11 mars 2012 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir une (1) seule fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de trois (3) quarts de garde pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Période de désignation

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du jeudi au mercredi inclusivement pour la période des Fêtes ou soit du lundi au dimanche inclusivement pour la période de la relâche scolaire, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- à la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.
- Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 185 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa de l'article 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 855 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 185 $) ou le code* ***19042*** *(montant 4 855 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le mercredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 2 430 $ pour chaque semaine d'engagement non respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalité de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- en prévision de la période visée par la présente lettre d'entente il fera, jusqu'au 9 décembre 2011 pour la période des Fêtes et jusqu'au 3 février 2012 pour la période de relâche scolaire, un appel de candidatures des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins au fur et à mesure de la réception de chaque candidature en tenant compte notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouée et des dates de disponibilité du médecin;
- au plus tard deux (2) semaines suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- en collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2011 et se termine le 11 mars 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 23^{e} jour de janvier 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 248

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 248

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'Amendement n^{O} 121.

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2011, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'*Amendement n^{O} 121*.

Ce montant est versé selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Les montant forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le jour de sa signature et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 249

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 249

Concernant la rémunération des médecins formateurs et participants aux ateliers du programme de formation en accès adapté

ATTENDU que l'implantation de la méthode de l'accès adapté en première ligne peut permettre de réduire les délais d'attente pour une consultation auprès d'un médecin omnipraticien et d'optimiser l'environnement professionnel;

ATTENDU qu'il y a lieu de favoriser la formation des médecins eu égard à cette méthode;

ATTENDU la nécessité de recourir à des médecins omnipraticiens formateurs du Québec pour transmettre ce savoir-faire;

ATTENDU la nécessité de convenir de mesures de rémunération spécifiques afin de favoriser d'une part, la formation de l'ensemble des médecins qui pratiquent en première ligne et, d'autre part, l'intérêt des médecins formateurs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin omnipraticien qui pratique en première ligne et qui participe à une activité de formation de groupe dans le cadre de la méthode de l'accès adapté a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 547,44 $ au 30 novembre 2011 et de 570,72 $ au 1er juin 2013 pour chaque période d'au moins six (6) heures au cours de laquelle il participe à cette formation. Toute période de formation moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes effectuées par rapport au minimum de six (6) heures.

AVIS : *Pour facturer le forfait de médecin formé, utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *la date de la formation reçue;*
- *le code* ***19739*** *dans la section* Actes;
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS *(maximum six (6) heures);*
- *les honoraires sur base horaire (non soumis à la rémunération différente);*
- *le numéro du lieu de* ***pratique de première ligne habituel*** *(numéro de facturation du cabinet, de la localité, du CLSC ou de l'UMF-CH) dans la section* Établissement*;*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Le médecin à ***honoraires fixes*** *qui réclame l'allocation forfaitaire doit également remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le* ***code de congé 58*** *pour chaque demi-journée de formation (une demi-journée équivaut à trois (3) heures ou 3,5 heures) et inscrire :* Ateliers du programme de formation en accès adapté - Lettre d'entente n^{o} 249 *dans la partie* Renseignements complémentaires.

2. Le médecin omnipraticien du Québec qui est membre de l'équipe de médecins formateurs a droit au paiement d'une allocation forfaitaire de 821,40 $ au 30 novembre 2011 et de 856,20 $ au 1er juin 2013 pour chaque période d'au moins six (6) heures au cours de laquelle il participe à une activité de formation de groupe dans le cadre de la méthode de l'accès adapté ainsi que pour l'élaboration et la préparation à une telle activité. Toute période de formation, d'élaboration ou de préparation moindre est payée au prorata du nombre d'heures complètes effectuées par rapport au minimum de six (6) heures.

AVIS : *Pour facturer le forfait de médecin formateur, utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *la date de la formation donnée ou de sa préparation;*
- *le code* ***19740*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS *(maximum six (6) heures);*
- *les honoraires sur base horaire (non soumis à la rémunération différente);*
- *le numéro du lieu de* ***pratique de première ligne habituel*** *(numéro de facturation du cabinet, de la localité, du CLSC ou de l'UMF-CH) dans la section* Établissement*;*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

AVIS : *(Suite)*

Le médecin à ***honoraires fixes*** *qui réclame l'allocation forfaitaire doit également remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le* ***code de congé 58*** *pour chaque demi-journée de formation (une demi-journée équivaut à trois (3) heures ou 3,5 heures) et inscrire :* Ateliers du programme de formation en accès adapté - Lettre d'entente n^{O} 249 *dans la partie* Renseignements complémentaires*.*

3. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 2 de la présente lettre d'entente, les médecins formateurs doivent être désignés par les parties négociantes. Le comité paritaire en informe la Régie.

4. Pour le médecin qui bénéficie des mesures de ressourcement prévues au paragraphe 5.3 a) de la section II de l'annexe XII, l'allocation forfaitaire de la présente lettre d'entente remplace l'indemnité prévue à l'annexe XII. De plus, le nombre de jours de ressourcement prévu à cette annexe XII n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

Ce médecin a également droit au remboursement de ses frais selon les modalités suivantes :

a) le remboursement des frais de transport aller-retour du lieu de résidence au lieu de séjour de formation selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3 alinéa b) de la section II de l'annexe XII de l'Entente;

AVIS : *Le médecin qui réclame le remboursement de ses frais de déplacement doit remplir la partie* Déplacement *du formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) et inscrire :* Ateliers du programme de formation en accès adapté - Lettre d'entente n^{O} 249 *dans la partie* Renseignements complémentaires. *Seule la réclamation au regard de la* Lettre d'entente n^{O} 249 *doit être présente sur ce formulaire.*

b) l'allocation forfaitaire pour la compensation des frais de séjour (logement, repas et autres frais) selon les dispositions prévues au paragraphe 5.3 alinéa c) de la section II de l'annexe XII de l'Entente.

AVIS : *Le médecin qui réclame l'allocation forfaitaire en compensation des frais de séjour doit remplir la partie* Ressourcement et perfectionnement *du formulaire* Demande de remboursement des mesures incitatives *(3336) et inscrire :* Ateliers du programme de formation en accès adapté - Lettre d'entente n^{O} 249 *dans la partie* Renseignements complémentaires*. Seule la réclamation au regard de la* Lettre d'entente n^{O} 249 *doit être présente sur ce formulaire.*

5. Pour le médecin qui bénéficie du programme de formation continue, la présente lettre d'entente remplace l'allocation forfaitaire prévue au paragraphe 4.01 de l'annexe XIX. De plus, le nombre de jours de formation prévu à l'annexe XIX n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

6. Pour le médecin qui bénéficie des jours de perfectionnement, la présente lettre d'entente remplace la rémunération prévue au paragraphe 5.04 de l'annexe VI. De plus, le nombre de jours de perfectionnement prévu à l'annexe VI n'est pas affecté par la présente lettre d'entente.

Aux fins de l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe VI de l'entente générale, la journée pendant laquelle le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente est réputée être une journée de formation au sens du paragraphe 4.11 de l'annexe VI de l'entente générale.

7. Aucune majoration prévue à l'entente générale ou à une entente particulière ne s'applique à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente.

8. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 30 novembre 2011 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 250

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 250

Ayant trait à la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs en médecine de famille

CONSIDÉRANT l'importance de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en médecine de famille;

CONSIDÉRANT la nécessité d'améliorer les conditions de rémunération des chercheurs en cette matière;

CONSIDÉRANT la Lettre d'entente n^{O} 211 intervenue entre les parties concernant le financement de la recherche en médecine de famille;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. OBJET

1.1 La présente lettre d'entente a pour objet de mettre en place des modalités de rémunération particulières pour les médecins reconnus à titre de chercheurs en médecine de famille et de soutenir le développement de la carrière d'aspirants au statut de chercheur afin de favoriser l'essor et la valorisation de la recherche en santé au Québec et d'améliorer les conditions de rémunération des chercheurs en cette matière.

2. CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

2.1 Les médecins visés par la présente lettre d'entente sont les suivants :

i) Les médecins boursiers reconnus par le Fonds de recherche du Québec - Santé (ci-après appelé le « FRQS ») ou par un autre organisme subventionnaire en santé reconnu par le FRQS;

ii) Les médecins aspirants au statut de chercheur en médecine de famille.

Le comité paritaire peut, aux conditions qu'il détermine, permettre à un médecin clinicien non visé par les alinéas i) et ii) et qui participe à des activités de recherche reconnues par un département de médecine de famille, de se prévaloir des conditions de rémunération prévues par la présente lettre d'entente.

2.2 Le médecin doit s'engager à consacrer un pourcentage minimal de 20 % de ses activités professionnelles à la recherche.

3. PROCESSUS DE SÉLECTION DES CANDIDATS

3.1 Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, chacun des quatre (4) départements de médecine de famille soumet au comité paritaire prévu à l'article 5 de la présente lettre d'entente la liste des candidats qu'il a retenue et s'il y a plus d'un candidat précise l'ordre de priorité. La demande spécifie également le pourcentage minimal des activités professionnelles que le candidat médecin chercheur s'engage à consacrer à des activités professionnelles de recherche.

3.2 La sélection des candidats médecins chercheurs se fait par le comité paritaire selon des critères déterminés par un comité composé de représentants des quatre départements de médecine familiale.

3.3 Le candidat médecin chercheur s'engage à fournir au comité paritaire, toute l'information et la documentation nécessaires à l'analyse de sa demande. Il doit également autoriser le FRQS ou tout autre organisme subventionnaire dont il est boursier, à fournir au comité paritaire l'information requise pour l'analyse de sa demande.

3.4 Le comité paritaire chargé d'assurer l'application de la présente lettre d'entente transmet à la Régie les informations pertinentes à l'application des dispositions de la présente lettre d'entente et informe chaque département de médecine de famille concerné du nom des médecins chercheurs sélectionnés.

4. MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION

+ **4.1** Les activités visées par les présentes sont rémunérées sous la forme d'un forfait quotidien de sept (7) heures, divisibles en heures, au taux du tarif horaire. La rémunération forfaitaire versée au cours d'une année peut aller jusqu'à un maximum de 125 092 $, duquel est soustrait, le cas échéant, le montant de bourse quel que soit sa source, qui lui aurait été octroyée par ailleurs.

Cette rémunération forfaitaire est versée à un médecin pour une période maximale de quatre (4) ans.

AVIS : *La rémunération forfaitaire est versée sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1er juillet.*

+ **4.2** Malgré les dispositions du deuxième alinéa de l'article 4.1, un médecin qui a bénéficié des modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente est admissible à une deuxième période maximale de quatre (4) ans à la condition que sa nouvelle demande soit retenue aux termes du processus de sélection établi à l'article 3 de la présente lettre d'entente.

5. ANNEXE IX

5.1 La rémunération versée pour les activités visées au paragraphe 4.1 des présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

6. COMITÉ PARITAIRE

6.1 Le comité paritaire chargé de l'application de la présente lettre d'entente est formé de deux (2) représentants de la FMOQ et de deux (2) représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, auxquels peuvent s'adjoindre, au besoin, au maximum deux (2) représentants des quatre (4) départements de médecine de famille.

7. FINANCEMENT

7.1 Les coûts découlant de la présente lettre d'entente sont financés selon les modalités prévues à la *Lettre d'entente n^{O} 211*, lesquels sont répartis, le plus également possible, entre les quatre (4) départements de médecine de famille.

8. MISE EN VIGUEUR

8.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2012. Elle demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 251

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 251

CONCERNANT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRANT que l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée comprend l'ensemble des montants remboursés aux médecins omnipraticiens au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;

CONSIDÉRANT le renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle convenue par la FMOQ et le MSSS pour l'année 2012 et les modifications qui ont été apportées relativement à la contribution payable par les médecins omnipraticiens;

CONSIDÉRANT que les modifications apportées par le renouvellement de cette entente particulière entraîneront une diminution des coûts supportés par l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée au titre de l'assurance responsabilité professionnelle pour l'année 2012;

CONSIDÉRANT que la FMOQ et le MSSS souhaitent, avec la totalité du montant provenant de cette diminution des coûts, créer une réserve qui servira à compenser une future hausse du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2012 ou, pour toute année subséquente;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Compte tenu des modalités du renouvellement de l'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle intervenue pour l'année 2012, les parties négociantes conviennent de constituer une réserve de 0,84 M$ à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée afin de compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins omnipraticiens à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle, et ce, pour l'année 2012 ou pour toute année subséquente.

2. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2012 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 252

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 252

Concernant la prise en charge de l'unité de soins généraux pour les lits sous la responsabilité des médecins omnipraticiens par les médecins du Centre de santé et services sociaux d'Argenteuil.

CONSIDÉRANT que l'activité principale du Centre de santé et services sociaux d'Argenteuil est celle d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

CONSIDÉRANT la pénurie d'effectifs médicaux prévalant au Centre de santé et services sociaux d'Argenteuil particulièrement en ce qui concerne les services auprès des patients hospitalisés en soins de courte durée;

CONSIDÉRANT que la pénurie d'effectifs médicaux a des impacts majeurs sur le fonctionnement de l'unité de soins généraux;

CONSIDÉRANT que les médecins de l'unité de soins généraux devront participer à un processus de révision de leurs modes de fonctionnement actuels;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

La présente lettre d'entente a pour objet d'inciter les médecins de l'unité de soins généraux du Centre de santé et services sociaux d'Argenteuil à accroître leur prestation de services.

2.00 Conditions d'admissibilité

2.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

a) Il détient une nomination de membre actif ou de membre associé avec privilèges à l'unité de soins généraux, assure auprès de l'établissement une présence régulière et n'y prévoit pas de diminution importante de sa pratique à l'unité de soins généraux. Il y exerce à la fin de la période d'engagement;

b) Malgré ce qui précède, sur recommandation de l'établissement et avec l'approbation du comité paritaire, un médecin qui diminue sa pratique de façon importante ou un médecin en congé de maternité ou d'invalidité, peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente;

c) Il donne son consentement afin que le comité paritaire puisse avoir accès aux données sur sa rémunération.

3.00 Définitions

3.01 Aux fins des présentes, est considéré comme un départ de l'établissement la prise du congé de maternité, une période d'invalidité totale ou partielle empêchant le médecin d'exercer à l'unité de soins généraux un décès ou une démission de l'établissement;

3.02 Aux fins des présentes, est considéré comme médecin régulier de l'établissement celui qui a une nomination de l'établissement à la date de début de la période d'engagement ou, au plus tard, six (6) semaines après le début de la période d'engagement, et dont le départ n'est aucunement prévu au cours de cette même période. Le médecin habilité à se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente en vertu du paragraphe 2.01 b) est considéré comme médecin régulier;

3.03 Est considéré comme nouveau médecin celui qui obtient sa nomination dans l'établissement au cours de la période d'engagement, mais après les six (6) premières semaines suivant la date de début de la période d'engagement;

3.04 L'établissement transmet au comité paritaire le nom des médecins visés par les paragraphes 3.01, 3.02 et 3.03;

3.05 La période de référence est la période de six (6) mois de l'année précédente qui correspond en terme de date de début et de fin de la période d'engagement;

3.06 Sous réserve du paragraphe 3.07, aux fins de l'application du paragraphe 5.01 des présentes, le calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux au cours de la période de référence et d'engagement, se fait sur la base de la rémunération globale, selon les tarifs de la période de référence, versée à l'ensemble des médecins réguliers pour les services dispensés à l'unité de soins généraux. À ces fins, la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente n'est pas considérée.

TERMINÉE

Seuls sont considérés, dans le calcul de la rémunération de la période de référence, les médecins réguliers qui exerçaient à l'unité de soins généraux au début de la période de référence.

Le comité paritaire devra s'assurer que toute augmentation de la rémunération découle d'une augmentation de la charge de travail assumée par les médecins réguliers de l'établissement;

3.07 Dans le cas du médecin visé au paragraphe 2.01 b) des présentes, la rémunération le concernant qui est retenue aux fins du calcul de la prestation faite par l'ensemble des médecins réguliers au cours de la période de référence est celle qui lui est versée, au cours de la période d'engagement, pour les services dispensés à l'unité de soins généraux.

4.00 Engagement

4.01 La majorité des médecins réguliers de l'établissement qui exercent à l'unité de soins généraux s'engagent collectivement à accroître, pendant la période d'engagement, la part assumée par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux;

4.02 La période d'engagement est de six (6) mois et, sur approbation du comité paritaire, peut être prolongée pour une deuxième période de six (6) mois sur demande de l'établissement et des médecins concernés;

4.03 L'établissement informe le comité paritaire des dates de début et de fin de la période d'engagement.

5.00 Modalités de rémunération s'appliquant au médecin régulier

5.01 Un forfait global équivalent à une majoration de 50 % de la rémunération versée pour le surplus de tâches assumées par l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement à l'unité de soins généraux pendant la période d'engagement comparativement à la prestation totale des médecins réguliers dans ce même secteur d'activités pendant la période de référence est accordé à l'ensemble des médecins réguliers de l'établissement exerçant à l'unité de soins généraux;

5.02 Une partie du forfait découlant de l'application du paragraphe précédent est versée sous la forme d'une majoration de 5 % de la rémunération pour les services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement.

La somme résiduelle à savoir le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes moins les sommes déjà versées sous la forme de la majoration de 5 %, est versée, à titre de rajustement rétroactif, cinq (5) mois suivant la fin de la période d'engagement. La répartition entre les médecins réguliers qui ont exercé à l'unité de soins généraux pendant cette même période se fait selon la proportion que représente la rémunération totale versée à chacun pour les services dispensés à l'unité de soins généraux sur la rémunération totale versée à l'ensemble des médecins réguliers de l'unité de soins généraux pendant la même période.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (01272, 01273, 01276).*

Aucun modificateur n'est requis.

6.00 Modalités de rémunération s'appliquant au nouveau médecin et au médecin qui exerce dans le cadre du mécanisme de dépannage ou de la desserte intrarégionale

6.01 Le nouveau médecin voit sa rémunération versée pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée d'un pourcentage équivalent à celui qui s'appliquera à la rémunération des médecins réguliers de ce secteur d'activité, pourcentage découlant de l'application de l'article 5.00. Ce pourcentage inclut une majoration de 5 % applicable dès le début de sa pratique à l'unité de soins généraux;

6.02 Le médecin qui exerce à l'unité de soins généraux dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou dans le cadre de la desserte intrarégionale voit sa rémunération pour les services dispensés à l'unité de soins généraux majorée de 5 %.

AVIS : *Pour les médecins visés au paragraphe 6.01 et 6.02, utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et facturer vos services* ***en ajoutant le 5 %*** *à vos honoraires dans les secteurs visés par votre désignation (01272, 01273, 01276).*

Aucun modificateur n'est requis.

7.00 Procédures

7.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

a) Il informe la Régie des dates de début et de fin de la période d'engagement ainsi que, le cas échéant, du renouvellement de la période d'engagement;

TERMINÉE

b) Il détermine le forfait global découlant de l'application du paragraphe 5.01 des présentes selon la méthode suivante :

- Une fois connues les dates de début et de fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part des services dispensés à l'unité de soins généraux pendant la période de référence, par les médecins réguliers. Le comité valide ce calcul auprès de l'établissement et en informe la Régie;
- Au plus tard cinq (5) mois après la fin de la période d'engagement, le comité paritaire détermine la part assumée par les médecins réguliers de l'établissement aux services dispensés à l'unité des soins généraux pendant la période d'engagement, ainsi que l'accroissement de cette part relativement à celle de la période de référence;

c) Il informe l'établissement et la Régie du montant du forfait global;

d) Il informe la Régie du nom des médecins visés par l'application des paragraphes 5.02, 6.01et 6.02.

7.02 L'établissement assume les responsabilités suivantes :

a) Il informe le comité paritaire du nom des médecins réguliers et des nouveaux médecins visés par la présente lettre d'entente;

b) Il s'assure de l'application du paragraphe 2.01 c) des présentes et transmet les formules de consentement au comité paritaire;

c) Il informe le comité paritaire des dates de la période d'engagement et lui achemine, le cas échéant, la demande de renouvellement.

8.00 Mise en vigueur

8.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 19 mars 2012 et se termine le 30 septembre 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 253

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 253

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 18 juin au 2 septembre 2012 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;

- Suite à l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement;

5.02 Un forfait au montant de 4 185 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa de l'article 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 855 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 185 $) ou le code* ***19042*** *(montant 4 855 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 11 juin 2012, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 430 $ pour chaque semaine d'engagement non respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 1er juin 2012, un appel de candidature des médecins. Il distribuera les semaines de disponibilité aux médecins au fur et à mesure de la réception de chaque candidature en tenant compte notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouée et des dates de disponibilité du médecin;
- Dans les meilleurs délais suivant la date de réception de sa candidature, il informe le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2012 et se termine le 2 septembre 2012.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28e jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 254

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 254

Concernant le suivi du taux de prise en charge et de suivi des médecins omnipraticiens qui exercent leur profession dans les régions de Montréal, Laval et de leur couronne urbaine respective

CONSIDÉRANT que dans le cadre de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, les parties ont convenu de verser des bonifications au médecin qui assure un certain seuil de prise en charge et de suivi, à partir de son cabinet, du CLSC et de l'UMF-CH en fonction du volume de patients inscrits;

CONSIDÉRANT que les parties ont constaté dans le cadre des travaux ayant mené à la conclusion de cette mesure que le taux de prise en charge et de suivi observé auprès des médecins exerçant dans les régions de Montréal, Laval et de leur couronne urbaine respective diffère de façon significative de celui observé dans les autres régions;

CONSIDÉRANT qu'il y a nécessité de cerner plus précisément les facteurs qui expliquent cette situation particulière et de proposer des solutions;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De mettre sur pied un comité conjoint chargé d'analyser le taux de prise en charge et de suivi des médecins omnipraticiens exerçant dans les régions de Montréal, Laval et de leur couronne urbaine respective, composé, en nombre égal, de représentants du MSSS et de la FMOQ.

2. Le comité a pour mandat d'identifier et d'analyser les facteurs qui expliquent la situation particulière reliée au taux de prise en charge et de suivi observé dans ces régions et de proposer des solutions.

3. Plus précisément, le comité a pour mandat de documenter, valider et échanger les données pertinentes sur, notamment, l'organisation des soins de première ligne dans ces régions, le profil de pratique des médecins, l'accessibilité aux services sans rendez-vous, la mobilité interrégionale et intrarégionale des patients, les statistiques comparatives avec d'autres régions, l'âge des médecins, les habitudes d'utilisation des codes de localité pour les GMF et les cabinets en vue de la facturation.

4. Aux termes des travaux effectués, le comité présentera aux parties négociantes, conjointement ou non, ses constats et ses conclusions ainsi que les solutions qu'il propose pour tenir compte de la situation particulière des régions visées à la présente en ce qui a trait au taux de prise en charge et de suivi des clientèles inscrites.

5. Les parties conviennent que des modalités spécifiques applicables aux régions visées à la présente lettre d'entente pourront être envisagées pour chacune des années d'application de cette mesure et permettre ainsi l'atteinte des objectifs visés.

6. Les parties s'engagent à entreprendre ces travaux dans les meilleurs délais lesquels devront se terminer au plus tard le 1er octobre 2012.

7. La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er mai 2012 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 16^{e} jour de octobre 2012.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 255

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 255

Ayant trait à l'implantation et à l'utilisation du Dossier de santé du Québec et des dossiers médicaux électroniques par les médecins de CLSC et d'UMF en établissement

CONSIDÉRANT l'entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec (DSQ) et au programme québécois d'adoption de dossiers médicaux électroniques (Entente particulière);

CONSIDÉRANT qu'il appartient au Ministre de choisir un système électronique de tenue de dossiers de patients approprié pour les CLSC et les UMF en établissement;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu d'assurer que les médecins de CLSC et d'UMF en établissement aient accès au DSQ et au système électronique de tenue de dossiers de patients qui sera choisi par le Ministre;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le Ministre s'engage d'une part, à fournir aux médecins les équipements permettant l'utilisation du DSQ lors de son déploiement dans leur localité et, d'autre part, à déterminer et développer un système électronique de tenue de dossiers de patients.

2.00 Dans l'éventualité du déploiement du DSQ dans un CLSC ou une UMF en établissement, avant l'implantation du système électronique de tenue de dossiers de patients choisi par le Ministre, le Ministre s'engage à fournir aux médecins l'équipement nécessaire à l'utilisation du DSQ.

3.00 Si un système électronique de tenue de dossiers n'a pu être déterminé et développé au terme d'un délai de vingt-quatre (24) mois de la signature de la présente lettre d'entente, permettant ainsi aux médecins de CLSC ou d'UMF de bénéficier d'un tel outil selon le plan d'implantation prévu en établissement, les parties se rencontreront sans délai pour proposer des solutions donnant accès à un système électronique de tenue de dossiers de patients dans un délai raisonnable. À cet égard, un comité d'experts provenant des deux parties sera formé.

4.00 Au cours de ce délai de vingt-quatre (24) mois, le Ministre tient informé la Fédération de l'évolution du dossier sur une base régulière et lui transmet toute information qu'elle jugera pertinente d'obtenir.

5.00 Lors de l'implantation d'un système électronique de tenue de dossiers de patients, les médecins bénéficient des modalités de soutien à la gestion du changement et du forfait incitatif mentionnés à l'Entente particulière, étant entendu que les montants en cause sont versés à 75 %.

6.00 Les coûts reliés à la gestion du changement et les forfaits mentionnés à l'article 5.00 sont financés par les sommes allouées dans le cadre de l'Entente générale.

7.00 Il est entendu que suite à la réalisation de la présente lettre d'entente, les parties modifieront l'Entente particulière en conséquence pour y ajouter les nouvelles modalités visant les médecins de CLSC et d'UMF en établissement.

8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er août 2012 et le demeure jusqu'à la réalisation de son objet.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de août 2012.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 256

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 256

Concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec

ATTENDU que le Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») est un organisme sans but lucratif dont la mission est de venir en aide aux médecins, résidents et étudiants en médecine qui éprouvent des difficultés personnelles;

ATTENDU le principe fondamental du Programme d'aide qui vise à assurer la confidentialité des services de soutien offerts aux médecins, résidents et étudiants;

ATTENDU l'importance pour le Programme d'aide de bénéficier d'un financement stable et continu afin de pouvoir continuer à offrir ses services;

ATTENDU la volonté des parties négociantes de favoriser le financement stable et continu du Programme d'aide, tout en insistant sur la nécessité pour le Programme d'aide de poursuivre ses efforts de financement.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement stable et continu permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.

2. À cette fin, les parties négociantes conviennent d'affecter un montant annuel, à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins omnipraticiens, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec. Pour la période du 1er juillet 2011 au 31 mars 2015, ce financement est de 2,4 M$.

3. Le montant de la contribution annuelle est déterminé par les parties négociantes en fonction du budget de fonctionnement actuel du Programme d'aide et de la croissance de ce budget au cours des prochaines années. Le Programme d'aide transmet aux parties, sur demande, toute la documentation requise ainsi que les états financiers.

4. Les parties négociantes avisent la Régie du montant à être versé au Programme d'aide au cours de chaque année.

5. 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.

6. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er juillet 2011.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 257

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 257

CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CONSIDÉRANT que les parties négociantes ont convenu de renouveler l'Annexe XIII concernant la rémunération des services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*;

CONSIDÉRANT que dans le cadre de ce renouvellement, les parties ont convenu de normes d'application et de travaux d'évaluation des services médico-administratifs « Prise en charge de lombalgie » (code 09975) et « Rapport de suivi d'une lésion musculo-squelettique autre qu'une lombalgie » (code 09955), de même que du rapport d'évaluation médicale par le médecin qui a charge (code 09944);

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent s'entendre sur leurs responsabilités respectives dans ce partenariat;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

EU ÉGARD AU RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE (CODE 09944)

1. La Commission de la santé et de la sécurité du travail (la CSST) met en place une ligne de soutien 1 800 aux médecins de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (la FMOQ). Elle participera aux dépenses de location de salle de ces formations et fournira l'expertise de ses médecins-conseil à titre de formateurs.
2. La FMOQ prendra une part active dans la promotion de ce service et encouragera ses membres à suivre les formations et à fournir ce service à leurs patients travailleurs clients de la CSST.
3. La FMOQ et la CSST feront des bilans biannuels de la qualité et la quantité des rapports d'évaluation médicale effectués par les membres de la FMOQ et trouveront ensemble des solutions d'amélioration dans la perspective de réduire les délais de traitement du processus d'évaluation médicale des travailleurs clients de la CSST.

Eu égard au rapport de prise en charge de lombalgie (code 09975) et au rapport de suivi d'une lésion musculo-squelettique autre qu'une lombalgie (code 09955)

1. La FMOQ appuie la CSST dans l'analyse de la qualité des rapports des médecins : les informations demandées sur les rapports doivent permettre d'identifier le risque de chronicisation de la lésion des travailleurs, le cas échéant, et des évaluations pourront être faites de manière plus spécifiques à partir de rapports complétés, dans un but d'amélioration et de mieux répondre aux besoins de la Commission.
2. La FMOQ et la CSST feront des bilans biannuels de la qualité et la quantité des rapports remplis par les membres de la FMOQ et trouveront ensemble des solutions d'amélioration dans la perspective d'une lutte efficace contre la chronicité des travailleurs clients de la CSST.

AVIS : *Cette lettre d'entente est abolie à compter du 1er février 2016 par l'Amendement n^{o} 147.*

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5^{e} jour de décembre 2012.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

MICHEL DESPRÉS
Président du Conseil d'administration
Commission de la santé et de la sécurité du travail

APPROUVÉE

LE - N^{o} 258

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 258

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 21 décembre 2012 au 3 janvier 2013 inclusivement, ainsi que la période du 25 février 2013 au 17 mars 2013 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de quatre (4) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture de services visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir une (1) seule fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de trois (3) quarts de garde pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des quatre (4) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

TERMINÉE

a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du vendredi au jeudi inclusivement pour la période des Fêtes ou soit du lundi au dimanche inclusivement pour la période de la relâche scolaire, semaines dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures et/ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Pour les fins de l'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 185 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa de l'article 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 4 855 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 185 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 4 855 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le jeudi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Pour les fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 2 430 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 3 décembre 2012 pour la période des Fêtes et jusqu'au 4 février 2013 pour la période de relâche scolaire, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin des périodes d'appels de candidatures et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2012 et se termine le 17 mars 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 28^{e} jour de mai 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 259

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 259

Ayant pour objet des mesures de compensation pour les délais de mise en application de l'Amendement n^{O} 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes applicables à la rémunération des services dispensés en soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Mesures de compensation spécifiques au mode de l'acte

1.01 Pour le médecin rémunéré, de façon exclusive, selon le mode de l'acte, et qui exerce dans un établissement auprès d'un patient admis en soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation, la tarification de base actuelle pour la facturation des services décrits aux articles 2.2 et 2.4.7.8 du Préambule général des dispositions tarifaires est majorée et remplacée par la tarification apparaissant ci-après :

Type d'examen	Groupe d'âge	CHSGS Patient admis			CHSLD, CR, CHSGS (longue durée)		
		Code	Tarifs 1er janvier 2013	Tarifs 1er juin 2013	Code	Tarifs 1er janvier 2013	Tarifs 1er juin 2013
Supplément responsabilité à l'examen	Tous	00071	7,50 $	7,80 $			
Examen ordinaire							
- Sans déplacement	00 - 69 ans	00003	23,10 $	24,10 $	00068	19,40 $	20,20 $
	70 ans et +	09112	24,90 $	25,95 $	09121	20,35 $	21,20 $
Examen ordinaire							
- Unité gériatrique	00 - 69 ans	09083	23,10 $	24,10 $			
	70 ans et +	09082	24,90 $	25,95 $			
Examen complet							
- Sans déplacement	00 - 69 ans	00055	46,20 $	48,15 $	00069	38,90 $	40,55 $
	70 ans et +	09115	49,85 $	51,95 $	09122	40,50 $	42,20 $
Examen complet majeur							
- Sans déplacement	00 - 69 ans	00096	85,25 $	88,85 $	00070	71,70 $	74,75 $
	70 ans et +	09118	91,20 $	95,05 $	09126	74,10 $	77,25 $

1.02 Cette mesure de compensation s'applique sur la facturation des actes énumérés au paragraphe 1.01 ci-dessus et elle est accordée à compter du 1er janvier 2013 jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'Amendement n^{o} 127.

AVIS : *Les dispositions de cet article prennent fin le 30 septembre 2013.*

2.00 Mesures de compensation spécifiques au mode du tarif horaire et au mode des honoraires fixes

2.01 Le médecin qui est rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire ou selon le mode des honoraires fixes en vertu de l'une des ententes particulières énumérées à l'alinéa b) ci-dessous, et qui exerce dans un établissement auprès d'un patient admis en soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation, reçoit un montant forfaitaire équivalent à 20 % applicable sur la rémunération versée des heures facturées et de la prime de responsabilité en découlant facturée avec les codes d'activités correspondant aux services cliniques et aux rencontres multidisciplinaires dans ces secteurs d'activités, si les conditions suivantes sont rencontrées :

a) Le médecin, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination dans un établissement, doit opter pour le mode de rémunération à l'acte et cette option doit avoir été exercée au cours des trois (3) mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'Amendement n^{O} 127. L'établissement doit alors en informer la Régie.

b) Les heures d'activités professionnelles retenues aux fins du calcul de la compensation prévue au paragraphe 2.01 ci-dessus, doivent avoir été facturées par un médecin détenteur d'une nomination, selon le mode du tarif horaire ou selon le mode des honoraires fixes, auprès d'un établissement ayant adhéré à une entente particulière ci-après énumérée :

- *Entente particulière relative à la rémunération de la prestation de certains services professionnels dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques;*

- *Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie exploité par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;*

- *Entente particulière relative de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, dans certains établissements offrant un programme de toxicomanie;*

- *Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans ou auprès d'une unité ou d'un service de gériatrie visés aux présentes exploités par un établissement dont la fonction principale est la gestion d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée;*

- *Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui dispense des services à l'intérieur d'un programme en adaptation-réadaptation auprès d'une clientèle ayant une déficience physique;*

- *Entente particulière relative aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux ou spécialisés ou dans une maison privée liée par une entente de services avec un établissement, dispense des services professionnels en soins palliatifs;*

- *Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant en ce qui concerne exclusivement les heures d'activités professionnelles facturées pour les soins dispensés en malades admis telles que spécifiées au paragraphe 3.02 de la section II de cette entente particulière.*

2.02 Cette mesure de compensation s'applique sur l'ensemble de la rémunération visée par la présente disposition facturée par un médecin et elle couvre la période du 1er janvier 2013 jusqu'à la date où le médecin a exercé l'option pour le mode de rémunération à l'acte le tout conformément aux conditions apparaissant au paragraphe 2.01 a) de la présente lettre d'entente.

Les modalités de versement du montant forfaitaire seront convenues, par lettre administrative, ultérieurement entre les parties.

2.03 Sous réserve de l'alinéa suivant, les dispositions du présent article s'appliquent au médecin rémunéré à honoraires fixes qui opte pour le régime B décrit au paragraphe 3.03 de l'annexe XXII de l'entente générale et qui respecte les conditions spécifiées ci-dessus.

La mesure de compensation couvre également la période allant de la date à laquelle le médecin a opté pour le régime B jusqu'au 24 janvier 2014 inclusivement.

Malgré que le médecin ait opté pour le régime B, les modalités de rémunération du régime A s'appliquent jusqu'au 24 janvier 2014.

2.04 Le médecin qui s'est prévalu de la compensation accordée en vertu de la présente lettre d'entente et qui, pour les activités visées par la compensation, se prévaut par la suite et avant le 1er octobre 2015, des dispositions relatives au changement de mode de rémunération telles que prévues au paragraphe 1.03 de l'annexe XXII de l'entente générale, devra rembourser la compensation reçue en vertu de la présente lettre d'entente.

Ces dispositions s'appliquent :

- au médecin rémunéré à honoraires fixes qui a opté pour le régime B ou pour l'acte s'il revient au régime A ou au tarif horaire avant le 1er octobre 2015;
- au médecin rémunéré à tarif horaire et qui a opté pour le mode de l'acte s'il revient au mode du tarif horaire avant le 1er octobre 2015.

3.00 La mise en vigueur

3.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25e jour de octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministre de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 260

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 260

Concernant le financement et le suivi des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n^{O} 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et réadaptation.

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de l'Amendement n^{O} 127, d'implanter des nouvelles nomenclatures des actes applicables à la rémunération des services dispensés dans les unités de soins généraux de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation;

ATTENDU que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation des nouvelles nomenclatures des actes ainsi qu'à certaines ententes particulières;

ATTENDU qu'en raison du remplacement des nomenclatures existantes, il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation des nouvelles nomenclatures des actes telles que précisées par l'Amendement n^{O} 127 et dès lors, un suivi de l'évolution des coûts de ces mesures doit être assuré;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement

1. Un montant de 55,25 M$ récurrent provenant des sommes allouées dans l'Accord-cadre 2010-2015 est retenu pour financer les coûts supplémentaires découlant des modifications apportées par l'Amendement n^{O} 127 ainsi qu'à certaines ententes particulières.

II- Suivi

2. Afin d'assurer le respect des coûts de l'Amendement n^{O} 127 selon les évaluations effectuées par les parties par secteurs d'activités, les parties conviennent d'effectuer un suivi de l'évolution de ces mesures par secteurs d'activités, sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 25^{e} jour de octobre 2013.

RÉJEAN HÉBERT
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 261

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 261

Concernant le versement des montants découlant de l'*Amendement n^{O} 124*

ATTENDU que les parties ont convenu dans le cadre de l'Amendement n^{o} 124 d'introduire trois mesures d'efficience, soit celle relative au nombre de journées de pratique significatives travaillées, celle relative au supplément au volume de patients inscrits et celle ayant trait à la majoration relative à la pratique polyvalente;

ATTENDU qu'il a été convenu que les montants découlant de ces trois mesures d'efficience sont versés par la Régie sur la base de l'année civile au cours du mois de juin suivant la fin d'année d'application;

ATTENDU que pour la première année d'application de ces mesures, soit pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, les parties veulent s'assurer du respect de leur engagement relatif au délai prévu pour le versement au médecin par la Régie des montants découlant des mesures spécifiées à l'Amendement n^{o} 124;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De verser, pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, les montants découlant des trois mesures d'efficience spécifiées dans l'Amendement n^{o} 124.
2. Ces montants sont déterminés selon les modalités convenues par les parties. Ils sont versés au plus tard le 30 juin 2013.
3. Lors de l'implantation finale par la Régie des dispositions des amendements n^{os} 124 et 128, en février 2014, les mesures suivantes s'appliquent :

   a) si nécessaire, le montant du forfait versé au médecin en vertu de l'article 1 relativement au nombre de journées de pratique significatives travaillées fera l'objet d'un ajustement monétaire par la Régie.

   b) de verser, pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, les montants découlant de l'application du paragraphe 16.04 de l'Entente particulière relative à la médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle. Ils sont versés au plus tard le 28 février 2014.
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{O} 262 ET L'ANNEXE

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 262

Concernant l'expérimentation de certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin enseignant qui exerce sa profession auprès de l'unité de médecine familiale implantée à la Clinique de santé Jacques-Cartier

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 OBJET

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet la mise en place d'un projet pilote à l'UMF-Clinique de santé Jacques-Cartier et comprend la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession auprès de l'unité de médecine familiale visée par la présente lettre d'entente, y effectue des activités professionnelles liées au programme de formation en médecine familiale et y dispense des services médicaux.

1.02 Ce projet pilote vise l'expérimentation de modalités particulières d'exercice et de rémunération applicables au médecin enseignant pour les activités professionnelles exercées dans le cadre de l'unité de médecine familiale implantée à la Clinique de santé Jacques-Cartier.

2.00 MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE RÉMUNÉRATION

2.01 À l'exclusion des paragraphes 5.02 et 5.03, toutes les dispositions de la section I de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant (ci-après désignée « Entente particulière relative à la rémunération du médecin enseignant ») concernant les modalités spécifiques de rémunération des activités liées à l'encadrement d'un résident ou d'un externe s'appliquent au médecin qui exerce sa profession au sein de l'UMF-Clinique de santé Jacques-Cartier.

2.02 L'ensemble des services médicaux dispensés aux patients à la Clinique de santé Jacques-Cartier, dans le cadre ou non de l'unité de médecine familiale, sont rémunérés selon le mode de l'acte selon les conditions prévues à l'entente générale.

Toutefois, malgré ce qui précède, les activités de supervision et les activités académiques, selon la définition apparaissant au paragraphe 3.01 de la section II de l'Entente particulière relative au médecin enseignant, sont rémunérées selon les dispositions suivantes :

a) Pour les activités de supervision, le médecin opte, pour l'ensemble de la demi-journée (3,5 heures), pour le mode de l'acte ou pour l'intervention de supervision :

   i) s'il opte pour le mode de l'acte, les conditions prévues à l'entente générale s'appliquent sous réserve de ce qui suit. Durant la demi-journée où le médecin supervise un ou plusieurs résidents, il peut lorsque requis, réclamer un seul acte d'intervention clinique à l'égard d'un des patients vus par les résidents. La durée de l'intervention clinique est alors celle qu'il aurait lui-même facturée. Par ailleurs, il réclame les autres services qu'il a effectués avec le concours des résidents durant cette même demi-journée selon l'entente générale. Le médecin doit identifier sur une demande de paiement le résident qui a vu le patient pour lequel le médecin réclame les services.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *l'initiale du prénom et le nom complet du résident dans la case* PROFESSIONNEL RÉFÉRANT *ainsi que le numéro d'inscription à la Régie dans la case* SON NUMÉRO*. Le numéro d'inscription d'un résident comporte six (6) chiffres et débute par le chiffre cinq (5) qui représente la classe (5-XXXXX).*

   ii) s'il opte pour l'intervention de supervision, le tarif applicable est de 114,20 $ par heure pour un maximum de 3,5 heures par demi-journée peu importe le nombre de résidents ou d'externes qui font l'objet d'une supervision par le médecin.

AVIS : *Pour la facturation du forfait d'intervention de supervision, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement - Médecin *(1200) :*

- *le code XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19835*** *en matinée ou* ***19836*** *en après-midi ou en soirée au tarif de 114,20 $ de l'heure divisible par période de 15 minutes dans la section* Actes*;*
- *le nombre de périodes de 15 minutes complètes dans la case* UNITÉS *(maximum de 14 unités par demi-journée);*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement* ***54065*** *dans la section* Établissement*.*

Pour réclamer ce service, s'il est rendu au cours de la journée en partie durant l'horaire régulier et en partie durant une période d'horaire défavorable (annexe XX), utiliser deux lignes distinctes sur la même demande de paiement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

b) Les activités académiques sont rémunérées par l'intervention académique selon les modalités suivantes :

i) le médecin doit consacrer à ces activités au moins quinze (15) minutes consécutives. Les activités professionnelles ci-dessus sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un tarif de 28,55 $ pour chaque période de quinze (15) minutes.

AVIS : *Pour la facturation du forfait d'intervention académique, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement - Médecin *(1200) :*

- *le code XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19837*** *en matinée ou* ***19838*** *en après-midi ou en soirée au tarif de 28,55 $ par période de 15 minutes dans la section* Actes*;*
- *le nombre de périodes de 15 minutes complètes dans la case* UNITÉS *(maximum de 14 unités par demi-journée);*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement* ***54065*** *dans la section* Établissement.

Pour réclamer ce service, s'il est rendu au cours de la journée en partie durant l'horaire régulier et en partie durant une période d'horaire défavorable (annexe XX), utiliser deux lignes distinctes sur la même demande de paiement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

ii) les activités académiques réalisées au cours d'une demi-journée (3,5 heures) de supervision sont rémunérées distinctement si le médecin a opté pour le mode de l'acte.

Dans le cas où le médecin opte pour l'intervention de supervision durant la demi-journée (3,5 heures), les activités académiques effectuées pendant cette période sont incluses et sont rémunérées à titre d'activités de supervision. Au-delà de la demi-journée (3,5 heures) d'intervention de supervision, si le médecin poursuit ses activités académiques, le médecin réclame alors l'intervention académique durant la période de prolongation concernée.

2.03 En faisant les adaptations nécessaires, les modalités relatives à la formation continue prévues à l'article 7.00 de la section II de l'Entente particulière relative à la rémunération du médecin enseignant s'appliquent au médecin enseignant visé par la présente lettre d'entente.

AVIS : *Pour la facturation du forfait de formation continue, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement - Médecin *(1200) :*

- *le code XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code d'acte* ***19839*** *au tarif de 174 $ pour une demi-journée ou* ***19840*** *au tarif de 388 $ pour une journée complète dans la section* Actes*;*
- *le nombre de forfaits dans la case* UNITÉS;
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement* ***54065*** *dans la section* Établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

AVIS : *Les pièces justificatives relatives à la formation réclamée dans le cadre de la présente lettre d'entente* ***ne doivent pas être transmises*** *avec la facturation de la formation. Elles doivent être conservées pendant cinq ans par le médecin concerné et pourront lui être demandées ultérieurement aux fins de vérification.*

2.04 En faisant les adaptations nécessaires, les modalités relatives à la rémunération des activités médico-administratives applicables au médecin visé par la présente lettre d'entente sont celles mentionnées à l'article 8.00 de la section II de l'Entente particulière relative à la rémunération du médecin enseignant.

AVIS : *Pour la facturation du forfait des activités médico-administratives, inscrire les données suivantes sur la* Demande de paiement - Médecin *(1200) :*

- le code XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code d'acte ***19841*** *au tarif de 67,65 $ dans la section* Actes*;*
- le nombre de ***forfaits hebdomadaires*** *dans la case* UNITÉS;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES*;*
- le numéro d'établissement ***54065*** *dans la section* Établissement.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, ***vous devez facturer un montant inférieur à 3000 $*** *sur votre demande de paiement. Vous pouvez répartir votre facturation* ***sur plus d'une journée*** *pour respecter cette limite.*

Le comité paritaire informe la Régie du nom du médecin qui agit à titre de chef de l'unité de médecine familiale ainsi que du nom de tout médecin appelé à se prévaloir de la rémunération prévue par la présente disposition.

2.05 L'annexe I fait état de la banque de journées de formation et précise le groupe d'appartenance de l'unité de médecine familiale visée par la présente lettre d'entente.

2.06 Les dispositions du paragraphe 6.02 D) iii) b) de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle s'appliquent à l'UMF-Clinique de santé Jacques-Cartier. À cet effet, le chef de l'unité de médecine familiale transmet à la Régie la liste des médecins visés.

AVIS : *Le chef de l'unité de médecine familiale doit faire parvenir au Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie le formulaire* Consentement à la pratique de groupe aux fins du paiement du forfait de responsabilité *(4060) dûment rempli et signé.*

À la section 1 du formulaire, cocher la case UMF.

2.07 Le chef de l'unité de médecine familiale informe la Régie de l'identité des médecins autorisés à se prévaloir des mesures prévues par la présente lettre d'entente.

AVIS : *Le chef de l'unité de médecine familiale de la Clinique de santé Jacques-Cartier (****54065****) doit faire parvenir par lettre au Service de l'admissibilité et du paiement de la Régie, la liste des médecins (nom et numéro de pratique) qui exercent dans l'unité de médecine familiale, et préciser pour chacun la date de début de la période visée et, le cas échéant, celle de fin. Il doit également informer la Régie de toute modification subséquente apportée à cette liste.*

La lettre doit être transmise par la poste au :

Service de l'admissibilité et du paiement
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

ou *par* ***télécopieur*** *au* ***418 646-8110***

2.08 La rémunération versée pour les activités visées aux paragraphes 2.02, 2.03 et 2.04 des présentes est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.00 COMITÉ PARITAIRE

Outre les fonctions qui lui sont dévolues par l'article 32.00 de l'entente générale, le comité paritaire est responsable d'évaluer la mise en œuvre de la présente lettre d'entente, d'en faire le suivi et l'analyse.

4.00 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministre de la Santé et des
Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{o} 262)*

Lettre d'entente n^{O} 262 - Identification du groupe auquel appartient l'UMF ainsi que le nombre de jours de formation

Région 05 : Estrie

		Groupe (article 2.04)	**Jours de formation** (article 2.03)
54065	**UMF - Clinique de santé Jacques-Cartier**	1	

	Du 1er juillet 2013 au 31 décembre 2013		11
	Du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014		25
	À partir du 1er janvier 2015		28

LE - Nº 263

LETTRE D'ENTENTE Nº 263

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'Amendement nº 138.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2015 au 11 mai 2015, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'Amendement nº 138, à l'exception de ceux prévus aux articles 1 A) a) ii), 1 A) c) et 2 de cet amendement.

2.00 Ces montants sont déterminés selon les modalités à convenir entre les parties. Ils sont versés le ou vers le 1er décembre 2015.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 19e jour de juin 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 264

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 264

Concernant l'implantation d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile et ayant trait au paiement de montants forfaitaires rétroactifs

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile;

CONSIDÉRANT qu'une telle démarche nécessite l'échelonnement de travaux sur une période de deux (2) ans;

CONSIDÉRANT que pour assurer le financement des coûts récurrents d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile, certains tarifs des actes en cabinet privé et à domicile ne seront pas majorés à compter du 1er avril 2013 et 2014;

CONSIDÉRANT que pour compenser ce gel, un montant forfaitaire rétroactif trimestriel sera versé au médecin;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties entreprennent les travaux visant à implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile.

2. Cette implantation devrait être réalisée d'ici le 1er avril 2015.

3. Pour la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2013 et se terminant le 31 mars 2014 ainsi que pour celle débutant le 1er avril 2014 et se terminant le 31 mars 2015, certains actes applicables à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile ne feront pas l'objet des augmentations tarifaires octroyées dans le cadre de l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2015 ainsi que de l'Entente sur l'application de la Lettre d'entente n^{o} 138.

4. Les sommes provenant de l'application des dispositions de l'article 3 ci-dessus sont consacrées à assurer le financement complet des coûts récurrents découlant de la nouvelle nomenclature des actes applicable à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile que les parties souhaitent implanter, d'ici le 31 mars 2015, dans ces deux secteurs d'activités.

5. Durant les deux périodes visées par les dispositions de l'article 3 ci-dessus, les mesures de compensation suivantes s'appliquent :

a) à compter du 1er avril 2013 jusqu'au 30 juin 2013, et par la suite, pour chaque trimestre subséquent, un montant forfaitaire rétroactif est versé au médecin. Ce montant forfaitaire rétroactif est calculé sur la base de la facturation, au cours d'un trimestre donné, des actes en cabinet privé et à domicile qui n'ont pas fait l'objet des augmentations tarifaires telles que précisées à l'article 3 de la présente lettre d'entente.

b) pour la période du 1er avril 2013 au 31 mars 2014, le taux de majoration applicable à la rémunération visée à l'alinéa a) ci-dessus est de 4,24 %.

c) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, pour la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, le taux de majoration applicable sera de 7,62 %.

d) les modalités de versement du montant forfaitaire rétroactif prévues par la présente disposition seront convenues entre les parties mais leur versement devra être sur une base trimestrielle.

e) cette mesure est accordée à compter du 1er avril 2013 et se termine le 31 mars 2015. Toutefois, dans l'éventualité où avant le 31 mars 2015 la nouvelle nomenclature des actes applicable à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile est implantée, cette mesure se terminera à compter de sa date d'implantation.

TERMINÉE

6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2013 et se termine le 31 mars 2015, sauf si les parties en décident autrement.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 265

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 265

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application de l'Amendement N^{O} 130.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er avril 2013 au 31 mai 2013, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés par chacun des articles de l'Amendement n^{o} 130, à l'exception de ceux prévus aux articles 1 A) (1er alinéa), 1 B), 1 D), 1 F), 2 A), 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 A), 14 A), 16, 24 A) et 24 B), 26 B, 28 A) et 47 de cet amendement.

2.00 Ces montants sont déterminés selon les modalités à convenir entre les parties. Ils sont versés le ou vers le 1er décembre 2013.

3.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 266

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 266

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période suivante : du 22 juin au 6 septembre 2013 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

TERMINÉE

b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures ou selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes.
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 365 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 365 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 5 060 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 10 juin 2013, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 530 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 31 mai 2013, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin de la période d'appels de candidatures et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2013 et se termine le 6 septembre 2013.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 267

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 267

Ayant trait au versement d'un montant forfaitaire découlant de l'application de certaines dispositions de l'Amendement N^{O} 125

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, un montant forfaitaire est versé pour les services spécifiés au paragraphe 1 B) a) ii) de l'Amendement n^{o} 125.

Ce montant est versé le ou vers le 15 juin 2013 selon des modalités à convenir entre les parties.

2.00 Le montant forfaitaire ainsi versé est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2013 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17e jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 268

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 268

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : du 21 décembre 2013 au 3 janvier 2014 inclusivement ainsi que du 24 février au 9 mars 2014 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture de service visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir une (1) seule fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de trois (3) quarts de garde pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement pour la période des Fêtes ou du lundi au dimanche inclusivement pour la période de la relâche scolaire, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui sera choisie par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à quatorze (14) heures selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 365 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa de l'article 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 365 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 5 060 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

TERMINÉE

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 530 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 2 décembre 2013 pour la période des Fêtes et jusqu'au 3 février 2014 pour la période de la relâche scolaire, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin des périodes d'appels de candidatures et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2013 et se termine le 9 mars 2014.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 17^{e} jour de octobre 2014.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 269

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 269

Concernant certaines modalités de rémunération applicables en période de grippe saisonnière

CONSIDÉRANT que le virus de la grippe saisonnière peut faire croître de façon importante les besoins de soins de première ligne et qu'il y a lieu de prévoir des modalités qui permettront d'assurer à la population le meilleur accès possible aux soins de santé dans ce contexte;

CONSIDÉRANT qu'il y a donc lieu de convenir des conditions de pratique et de rémunération des médecins omnipraticiens qui accepteront de travailler dans les cliniques d'accueil de grippe;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Modalités de rémunération

1.1 À compter de la date de mise en opération d'une clinique d'accueil de grippe dans un territoire, le médecin affecté aux activités de cette clinique est rémunéré selon les modalités suivantes :

a) les services dispensés dans un cabinet privé désigné comme une clinique d'accueil de grippe seront rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

   i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en cabinet;

   ii) ou pour le forfait horaire de 178 $ auquel s'ajoute, si le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, une compensation horaire de 60 $.

   AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin (*1200) et inscrire les données suivantes :*

   - *le code **XXXX01010112**, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
   - *dans la section* Actes *:*
     - *le code **19680** (forfait horaire);*
     - *le code **19681** (compensation horaire pour les frais de cabinet), s'il y a lieu;*
   - *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
   - *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
   - *le numéro d'établissement de la clinique d'accueil de grippe désignée (**54XXX**, **55XXX** ou **57XXX**).*

   Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

b) les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe dans un établissement sont rémunérés selon l'option exercée quotidiennement par le médecin. Le médecin peut opter :

   i) pour le mode de l'acte selon la nomenclature des services applicables en CLSC ou en clinique externe d'un CHSGS;

   ii) ou pour le forfait horaire de 178 $;

   AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

   - *le code **XXXX01010112**, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
   - *le code **19680** (forfait horaire) dans la section* Actes*;*
   - *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
   - *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
   - *le numéro d'établissement (**CLSC**, **clinique externe** du CHSGS (**0XXX1**) ou **UMF** (**4XXX1**)) de la clinique d'accueil de grippe désignée.*

   Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

c) dans le cas où, pendant une journée de dispensation de services dans la clinique d'accueil de grippe d'un établissement, le médecin doit fermer son cabinet ou continuer d'en assumer les frais, les modalités suivantes s'appliquent :

i) lorsque les services sont rémunérés selon le mode de l'acte, les suppléments suivants s'ajoutent:

- examen ordinaire tout groupe d'âge (codes 00005, 08882, 08883) : supplément de 7,30 $;
- examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code 00056) : supplément de 12,75 $;
- examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code 09116) : supplément de 20,50 $;

AVIS : *Pour facturer un des suppléments, utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE *de la personne assurée;*
- *le code* ***15300***, ***15301*** *ou* ***15302*** *dans la section* Actes*;*
- *le numéro d'établissement (****CLSC****,* ***clinique externe*** *du CHSGS (****0XXX1****) ou* ***UMF*** *(****4XXX1****)) de la clinique d'accueil de grippe désignée;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES *et reporter ce montant dans la case* TOTAL*;*

Le code d'examen doit être facturé sur la même demande de paiement que le supplément.

Examen admissible	***Code du supplément***	***Tarif ($)***
Examen ordinaire, tout groupe d'âge (code ***00005****,* ***08882*** *ou* ***08883****)*	***15300***	*7,30*
Examen complet pour le patient de moins de 70 ans (code ***00056****)*	***15301***	*12,75*
Examen complet pour le patient de 70 ans ou plus (code ***09116****)*	***15302***	*20,50*

ii) lorsque les services sont rémunérés selon le forfait horaire, la compensation horaire de 60 $ s'ajoute.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19681*** *(compensation horaire pour les frais de cabinet) dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement (****CLSC****,* ***clinique externe*** *du CHSGS (****0XXX1****) ou* ***UMF*** *(****4XXX1****)) de la clinique d'accueil de grippe désignée.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

d) Le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut maintenir le même mode. Il est rémunéré selon ce mode à partir de la nomination qu'il détient dans son établissement d'origine.

AVIS : ***Si vous choisissez de maintenir votre mode habituel de rémunération****, remplir une* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216) si vous êtes un médecin à honoraires fixes et une* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation (*1215) si vous êtes un médecin à tarif horaire.*
Inscrire le numéro d'établissement correspondant à votre nomination *et pour la facturation de vos activités, utiliser votre nature de service habituelle avec l'emploi de temps suivant :*

- ***XXX158*** *Services cliniques (grippe)*

Sans égard au mode de rémunération pour lequel il opte lorsqu'il pratique en clinique d'accueil de grippe, le médecin qui, pour sa pratique régulière, est rémunéré selon le mode des honoraires fixes conserve le bénéfice de ses avantages sociaux prévus à l'annexe VI de l'entente générale.

AVIS : *Le médecin à honoraires fixes* ***qui ne maintient pas*** *ce mode de rémunération lorsqu'il pratique en clinique d'accueil de grippe doit également remplir la* Demande de paiement, honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le* ***code de congé 61*** *pour chaque journée ou demi-journée rémunérée sous un autre mode de rémunération et inscrire « Période de grippe saisonnière » dans la case* RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

1.2 Autres dispositions

a) À l'exception de la rémunération prévue à l'alinéa c) de la présente disposition, les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe sont sujets à l'application des majorations déjà prévues à l'article 4.00 de l'annexe XX de l'entente générale.

AVIS : ***Rémunération à honoraires fixes et à tarif horaire :*** *lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, vous référer à l'article 4.00 de l'annexe XX pour connaître les secteurs de dispensation permis selon l'établissement, la journée et la plage horaire en utilisant le code d'activité* ***XXX158****.*

b) Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à la rémunération prévue à la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services. Pour les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe, le médecin est réputé satisfaire aux conditions spécifiées au paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII.

AVIS : *Il est important que le médecin réclame ses services au taux habituel de rémunération majorée auquel il a droit selon les dispositions des annexes XII et XII-A en tenant compte du lieu de dispensation des services.*

Exceptionnellement, le médecin ne répondant pas aux conditions spécifiques du paragraphe 1.2 de la section I de l'annexe XII est réputé satisfaire aux conditions spécifiées. Il doit donc tenir compte du taux de majoration applicable selon le lieu désigné, soit celui sous la colonne « cabinet » (CLSC ou cabinet privé) dans le calcul des honoraires demandés pour les services rendus dans le cadre de la grippe saisonnière. Toutefois, pour les services rendus en établissement (clinique externe d'un CHSGS), vous référer au paragraphe 1.1 de la section I de l'annexe XII.

c) Un forfait par quart de quatre (4) heures est payé au médecin pour les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe du lundi au vendredi de 18 h à 24 h ou, en tout temps, le samedi, dimanche et journée fériée. Le montant du forfait est de 135 $. Il est divisible sur une base horaire.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *le code* ***XXXX01010112****, dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19683*** *dans la section* Actes*;*
- *le nombre d'heures dans la case* UNITÉS*;*
- *les honoraires sur base horaire (33,75 $/heure);*
- *le montant réclamé dans la case* HONORAIRES*;*
- *le numéro d'établissement de la clinique d'accueil de grippe désignée;*
- *l'heure de début et de fin de la période dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

Si le site de la clinique d'accueil de grippe est déjà reconnu comme clinique réseau, la présente disposition remplace l'article 4.00 de l'entente particulière relative aux services dispensés dans une clinique réseau.

AVIS : *Le forfait codifié* ***19683*** *doit être réclamé durant cette période. Vous ne devez pas réclamer le forfait codifié* ***19100*** *(de 18 h à 22 h du lundi au vendredi) et le forfait codifié* ***19101*** *(de 8 h à 16 h les samedi, dimanche ou jour férié), prévus à l'entente particulière relative à une clinique réseau pour les horaires défavorables durant la période où la clinique réseau est désignée comme clinique d'accueil de grippe.*

d) Les services dispensés dans une clinique d'accueil de grippe sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale concernant le calcul du revenu brut trimestriel du médecin pour la période en cause.

e) Le comité paritaire désigne les cliniques d'accueil de grippe et informe la RAMQ de :

i) la liste des cliniques d'accueil de grippe de chacun des territoires de CSSS;

ii) la date de début et de fin du fonctionnement de chaque clinique d'accueil de grippe.

La RAMQ attribuera un numéro de cabinet aux cliniques non déjà codifiées en tant que GMF, clinique réseau ou cabinet en pratique de groupe.

La clinique d'accueil de grippe en établissement est réputée, aux fins de la rémunération, être un point de service du CLSC ou une clinique externe d'un CHSGS.

2. Soutien en cabinet privé

2.1 À compter de la désignation d'une clinique d'accueil de grippe en cabinet privé, l'agence de la région concernée apporte à ce cabinet le soutien nécessaire à l'exercice de leurs activités, dont notamment le personnel administratif et professionnel suffisant ainsi que les fournitures et les équipements, le cas échéant.

2.2 Toute mésentente à cet égard sera soumise au comité paritaire.

3. Durée de la lettre d'entente

3.1 La présente lettre d'entente est renouvelable annuellement, si besoin est. Les parties déterminent les dates d'application de la présente lettre d'entente et en informent la Régie.

\# ***AVIS :*** *Pour l'hiver 2014-2015, la période d'application de la lettre d'entente a été du 20 novembre 2014 au 1er février 2015.*

Pour l'hiver 2015-2016, la période d'application de la lettre d'entente a été du 21 décembre 2015 au 6 mars 2016.

Pour l'hiver 2016-2017, la période d'application de la lettre d'entente est du 21 décembre 2016 au 6 mars 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de mars 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 270

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 270

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période du 30 juin au 7 septembre 2014 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du lundi au dimanche inclusivement ou du vendredi au jeudi inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures ou selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 365 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 365 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 5 060 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le jeudi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 6 juin 2014, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

TERMINÉE

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 530 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 30 mai 2014, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin de la période d'appels de candidatures et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouée et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2014 et se termine le 7 septembre 2014.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de mars 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 271

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 271

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : du 22 décembre 2014 au 4 janvier 2015 inclusivement, ainsi que du 2 mars au 15 mars 2015 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture de services visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir une (1) seule fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de trois (3) quarts de garde pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;

TERMINÉE

- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du samedi au vendredi inclusivement ou du lundi au dimanche inclusivement pour la période des Fêtes ou du lundi au dimanche inclusivement pour la période de la relâche scolaire, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui sera choisie par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à quatorze (14) heures selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 365 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa de l'article 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 365 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 5 060 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le vendredi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 2 530 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

TERMINÉE

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 5 décembre 2014 pour la période des Fêtes et jusqu'au 2 février 2015 pour la période de la relâche scolaire, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin des périodes d'appels de candidatures et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'agence régionale concernée et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2014 et se termine le 15 mars 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 13^{e} jour de mars 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 272

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 272

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise la période du 29 juin au 7 septembre 2015 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou via la desserte intra-régionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture d'effectifs visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir au maximum deux (2) fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde pendant la période visée par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du lundi au dimanche inclusivement ou du vendredi au jeudi inclusivement, semaine dont les dates seront fixées à l'avance et qui seront choisies par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures ou selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes.
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 365 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 365 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 5 060 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le dimanche ou le jeudi selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine, au plus tard le 5 juin 2015, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

TERMINÉE

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 530 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de la période visée par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 29 mai 2015, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin de la période d'appels de candidatures et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec le CISSS régional, qui assume dorénavant la mission autrefois dévolue à l'agence régionale, et tenant compte prioritairement des besoins des CHSGS, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2015 et se termine le 7 septembre 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

TERMINÉE

LE - N^{o} 273

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 273

Concernant le financement et le suivi des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'entente générale introduisant le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique désignés

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu, dans le cadre de l'Annexe XXIII de l'entente générale, d'implanter le mode de rémunération mixte dans certains secteurs de pratique;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts récurrents découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique identifiés à l'article 3.00 de l'Annexe XXIII de l'entente générale;

CONSIDÉRANT qu'il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts récurrents découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte pour chacun des secteurs de pratiques admissibles et dès lors, un suivi de l'évolution des coûts de ce mode de rémunération doit être assuré par secteurs;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Financement

1.1 Pour l'année 2015-2016, un montant additionnel non récurrent de 32,5 M$ et à compter du 1er avril 2016, un montant additionnel de 38,1 M$ est consacré annuellement et, sur une base récurrente, au financement des coûts découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique identifiés à l'article 3.00 de l'Annexe XXIII de l'Entente.

1.2 Les modalités de financement des coûts de l'implantation du mode de rémunération mixte sont les suivantes :

a) Pour les secteurs de pratique admissibles au mode de rémunération mixte de l'Annexe XXIII autres que ceux définis à l'article 2.00 de l'Annexe XXII de l'entente générale, les modalités de financement sont les suivantes :

   i) D'abord, par le montant de 6,4 M$ de non-atteinte non récurrente liée à la Lettre d'entente n^{o} 259 dégagée pour l'année 2012-2013;

   ii) Ensuite, par le montant de 23,3 M$ de non-atteinte non récurrente dégagée pour l'année 2013-2014;

   iii) Par la suite, à compter de l'année 2014-2015 par le montant de non-atteinte observé au cours d'une année qui pourrait, le cas échéant, se dégager le la Lettre d'entente n^{o} 260;

   iv) Enfin, par les montants récurrents accordés selon l'échéancier de versements prévus dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale MSSS-FMOQ 2010-2015 et ayant trait à certains montants consentis dans le cadre de l'Entente MSSS-FMOQ relative à l'application de la Lettre d'entente n^{o} 138.

b) Les coûts découlant de l'implantation du mode de rémunération mixte de l'Annexe XXIII dans les secteurs de pratique définis à l'article 2.00 de l'Annexe XXII de l'entente générale sont financés à même la somme prévue à l'article 1.00 de la Lettre d'entente n^{o} 260 concernant le financement et le suivi des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n^{o} 127 introduisant des nouvelles nomenclatures des actes en soins de courte durée, en soins de longue durée et en réadaptation.

   Advenant que, pour une année d'application, les coûts découlant des nouvelles nomenclatures et de l'implantation du mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique identifiés à l'article 2.00 de l'Annexe XXII dépassent la somme prévue à l'article 1.00 de la Lettre d'entente n^{o} 260 les parties conviennent d'assurer le financement du dépassement constaté à même la somme prévue à l'article 1.1 de la présente lettre d'entente et, si nécessaire, le financement du remboursement de ce dépassement est assuré à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis aux médecins.

2. Suivi

2.1 Afin d'assurer le respect des coûts de l'Annexe XXIII de l'entente générale selon les évaluations des parties pour chacun des secteurs de pratique désignés où sera implanté le mode de rémunération mixte, les parties conviennent d'effectuer un suivi de l'évolution de la mesure par secteurs de pratique, sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant.

2.2 Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, au cours des trois années suivant l'implantation du mode de rémunération mixte dans un secteur de pratique dans lequel le mode de rémunération mixte est implanté, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées étant toutefois entendu que toute non-atteinte dégagée, au cours d'une de ces années, sera versée selon des modalités identifiées par la Fédération, lesquelles seront entérinées par les parties.

Le remboursement d'un dépassement constaté, au cours d'une de ces années, est assuré à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins. Ce remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement.

3. Mise en vigueur

3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 29^{e} jour de juillet 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 274

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 274

Concernant le financement et le suivi des coûts supplémentaires découlant de l'Amendement n^{O} 144 introduisant une nouvelle nomenclature des actes applicables à la rémunération des soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée

ATTENDU que les parties ont convenu, dans le cadre de l'Amendement n^{O} 144, d'implanter une nouvelle nomenclature des actes applicables à la rémunération des soins psychiatriques dispensés en centre hospitalier de courte durée;

ATTENDU que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation de la nouvelle nomenclature des actes;

ATTENDU qu'en raison de l'implantation d'une nomenclature des actes en soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée, il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts supplémentaires récurrents découlant de l'implantation de la nouvelle nomenclature des actes telle que précisée par l'Amendement n^{O} 144 et dès lors, un suivi de l'évolution des coûts de cette mesure doit être assuré;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

I- Financement

1. Le financement des coûts supplémentaires découlant de la mise en vigueur de la nomenclature des actes pour les soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée introduite par l'Amendement n^{O} 144 provient des sommes allouées au paragraphe 1.1 de la *Lettre d'entente n^{O} 273*.

II- Suivi

2. Les mesures de suivi prévues à la *Lettre d'entente n^{O} 273* s'appliquent en regard du respect des coûts supplémentaires découlant de l'introduction de la nomenclature des actes applicable à la rémunération des soins psychiatriques en centre hospitalier de courte durée.

3. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27^{e} jour de novembre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 275

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 275

Ayant pour objet des modalités supplémentaires de rémunération pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte à instaurer au sein du programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et du programme de santé mentale d'un CLSC

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Modalités générales

1.01 Sous réserve des conditions prévues par la présente lettre d'entente, le médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes en vertu de l'*Entente particulière relative aux médecins qui exercent leur profession dans ou auprès d'un centre local de services communautaires* et qui exerce sa profession dans un programme identifié au paragraphe 1.02 ci-dessous peut se prévaloir des modalités de rémunération supplémentaires prévues par la présente lettre d'entente.

1.02 Les modalités de rémunération supplémentaires accordées en vertu de la présente lettre d'entente s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus lorsqu'il exerce sa profession dans le cadre des programmes suivants lorsqu'offerts au sein d'un centre local de services communautaires (CLSC) :

a) le programme de soutien à domicile incluant le soutien à domicile pour les soins palliatifs;

b) le programme de santé mentale adulte ainsi que le programme de santé mentale jeunesse.

AVIS : *Les modalités décrites ne s'appliquent pas dans le cadre des activités d'une UMF située en CLSC.*

1.03 Le médecin, sans attendre la date de renouvellement de sa nomination, peut opter pour les modalités de rémunération prévues par la présente lettre d'entente. L'établissement transmet à la Régie l'avis de service précisant l'option exercée par le médecin.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien *(1897) ou (3547) pour chaque médecin concerné, inscrire la situation d'entente* Lettre d'entente n^{O} 275*, préciser le programme choisi (soutien à domicile incluant le soutien à domicile pour les soins palliatifs ou santé mentale adulte ainsi que santé mentale jeunesse) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

La date de fin de période de l'avis de service pour la Lettre d'entente n^{O} 275 *peut correspondre à la date de fin de période de la nomination actuelle du médecin pour l'entente particulière en CLSC. Les deux nominations pourront donc être renouvelées pour la même date, si la lettre d'entente est toujours en vigueur à ce moment-là. Si la* Lettre d'entente n^{O} 275 *prend fin avant cette date, la Régie mettra fin d'emblée à toutes les nominations inscrites en vertu de celle-ci.*

Les formulaires 1897 et 3547 peuvent être remplis par le service en ligne Établissements du réseau de la santé de la Régie.

1.04 Le médecin qui adhère à la présente lettre d'entente réclame les activités effectuées dans chacun des programmes identifiés au paragraphe 1.02 ci-dessus en utilisant les codes spécifiques à chaque programme.

AVIS : *Pour la rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes :*

- Lorsque le médecin réalise les activités professionnelles suivantes, il doit utiliser le code « Services cliniques » selon le programme où les services ont été rendus :

- *les services cliniques*
- *l'étude de dossiers*
- *les rencontres multidisciplinaires*
- *les activités de planification, programmation et évaluation*
- *les communications avec les proches, les tiers ou les intervenants du réseau et de la justice*

Utiliser le code d'activité selon le programme visé :

Programme de soutien à domicile
***259276** : Services cliniques – selon LE 275*

Programme pour les soins palliatifs à domicile
***260276** : Services cliniques – selon LE 275*

Programme de santé mentale adulte
***261276** : Services cliniques – selon LE 275*

Programme de santé mentale jeunesse
***262276** : Services cliniques – selon LE 275*

- Lorsque le médecin réalise des tâches médico-administratives, il doit utiliser le code « Tâches médico-administratives et hospitalières », selon le programme visé :

Programme de soutien à domicile
***259277** : Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275*
Programme pour les soins palliatifs à domicile
***260277** : Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275*
Programme de santé mentale adulte
***261277** : Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275*
Programme de santé mentale jeunesse
***262277** : Tâches médico-administratives et hospitalières – selon LE 275*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les codes d'activité permis ainsi que les secteurs de dispensation à utiliser.

1.05 Les parties conviennent que, pour la période visée par la présente lettre d'entente, les modalités supplémentaires de rémunération accordées en vertu de la présente lettre d'entente constituent la seule mesure de compensation applicable pour les délais de mise en application du mode de rémunération mixte à instaurer au sein du programme de soutien à domicile incluant les soins palliatifs et du programme de santé mentale d'un CLSC.

2.00 Modalités de rémunération supplémentaires

2.01 La rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre du programme de soutien à domicile incluant le soutien à domicile pour les soins palliatifs offerts par un CLSC couvre les activités professionnelles qu'il y dispense à laquelle s'ajoutent des suppléments d'honoraires dont la nomenclature et la tarification apparaissent à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

AVIS : *Pour facturer les suppléments d'honoraires prévus à l'annexe I, utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les codes d'acte appropriés.*

2.02 La rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes du médecin qui exerce dans le cadre du programme de santé mentale adulte ou dans le cadre du programme de santé mentale jeunesse offerts par un CLSC couvre les activités professionnelles qu'il y dispense à laquelle s'ajoutent des suppléments d'honoraires dont la nomenclature et la tarification apparaissent à l'annexe II de la présente lettre d'entente.

AVIS : *Pour facturer les suppléments d'honoraires prévus à l'annexe II, utiliser la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire les codes d'acte appropriés.*

AVIS : *Le médecin qui facture dans l'établissement où il a adhéré dans le cadre de la* Lettre d'entente n^{O} 275 *doit remplir la* Demande de paiement – Médecin *(1200) et inscrire la plage horaire durant laquelle le service a été rendu dans la case* P.H. *:*

De 0 h à 8 h (nuit), la plage horaire (P.H.) = ***5***
De 8 h à 12 h (a.m.), la plage horaire (P.H.) = ***6***
De 12 h à 18 h (p.m.), la plage horaire (P.H.) = ***7***
De 18 h à 24 h (soir), la plage horaire (P.H.) = ***8***

Le médecin autorisé à facturer selon les modalités de la Lettre d'entente n^{O} 275 *doit* ***inscrire la plage horaire*** *pendant laquelle chaque service est rendu, et ce, pour tous les services rendus dans l'établissement où il détient une nomination, qu'ils soient visés ou non par cette lettre d'entente.*

3.00 AUTRES DISPOSITIONS

3.01 Les dispositions de l'annexe XX de l'entente générale traitant des majorations applicables à la rémunération des services dispensés en horaires défavorables s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente.

3.02 Les majorations applicables en vertu des annexes XII et XII-A de l'entente générale concernant la rémunération différente s'appliquent à l'ensemble de la rémunération prévue par la présente lettre d'entente selon le lieu de dispensation des services.

3.03 Les dispositions de la présente lettre d'entente ne s'appliquent pas aux médecins rémunérés en vertu de l'*Entente particulière relative au Grand-Nord*, de l'*Entente particulière relative aux régions 17 et 18* ainsi qu'au *Centre de santé de la Basse-Côte-Nord*, de l'*Entente particulière relative au Centre de Santé Chibougamau*, ainsi que l'*Entente particulière relative au Centre de santé et de services sociaux des Îles*.

4.00 Modalités de financement et suivi

Financement

4.01 Les coûts découlant des suppléments d'honoraires prévues au paragraphe 2.01 et au paragraphe 2.02 de la présente lettre d'entente sont financés à même les sommes allouées au paragraphe 1.1 de la *Lettre d'entente n^{O} 273* concernant le financement et le suivi des coûts découlant de l'Annexe XXIII de l'entente générale introduisant le mode de rémunération mixte dans les secteurs de pratique.

Suivi

4.02 Les parties conviennent d'effectuer un suivi sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant. Les correctifs pouvant être apportés seront convenus dans une lettre d'entente ultérieure.

5.00 Entrée en vigueur et durée

5.01 Les modalités supplémentaires de rémunération prévues par la présente lettre d'entente s'appliquent à compter du 1er novembre 2015 et prennent fin à compter de la date d'entrée en vigueur du mode de rémunération mixte instauré dans les programmes identifiés à l'article 1.02 des présentes.

5.02 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{o} 275)*

Nomenclature et tarif des suppléments d'honoraires visés par le paragraphe 2.01 de la Lettre d'entente n^{O} 275

15725 *(1)*	Examen d'urgence à domicile, premier patient	11,60 $
15726 *(1)*	Examen sauf urgence à domicile, premier patient	7,95 $
15727 *(1)*	Examen ordinaire à domicile, patient supplémentaire	3,90 $
15728 *(1)*	Examen complet à domicile patient supplémentaire	7,85 $
15729 *(1)*	Examen à domicile, premier patient en perte sévère d'autonomie, en tout temps	13,65 $
15730 *(1)*	Examen à domicile patient additionnel en perte sévère d'autonomie	10,50 $
15731 *(2)*	Consultation mineure sans urgence	6,50 $
15732 *(2)*	Consultation ordinaire sans urgence	9,50 $
15733 *(2)*	Consultation majeure sans urgence	13,15 $
15734	Intervention clinique (individuelle) première période complète de 30 minutes (réf. : préambule général règle 2.2.6 B)	10,55 $
15735	Intervention clinique (individuelle) période complète de 15 minutes supplémentaires	5,30 $
15736	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période complète de 15 minutes) (réf. : préambule général règle 2.2.6 E (6))	5,30 $

AVIS : *Vous référer au* P.G. 2. Règles particulières de rémunération *:*

(1) Voir la règle 2.2 du préambule général.

(2) Voir la règle 2.1 du préambule général.

ANNEXE II *(Lettre d'entente n^{o} 275)*

Nomenclature et tarif des suppléments d'honoraires visés par le paragraphe 2.02 de la Lettre d'entente n^{O} 275

15737 *(3)*	Examen psychiatrique complet	7,05 $
15738 *(3)*	Examen psychiatrique complet majeur	11,15 $
15739 *(4)*	Consultation psychiatrique ordinaire	11,35 $
15740 *(4)*	Consultation psychiatrique	15,55 $
15741	Intervention clinique (individuelle) première période complète de 30 minutes (réf. : préambule général règle 2.2.6 B)	10,55 $
15742	Intervention clinique (individuelle) période complète de 15 minutes supplémentaires	5,30 $
15743	Échanges interdisciplinaires ou avec les proches du patient (par période complète de 15 minutes) (réf. : préambule général règle 2.2.6 E (6))	5,30 $
15744	Psychothérapie (individuelle) première période complète de 30 minutes (réf. : préambule général règle 2.3)	10,55 $
15745	Psychothérapie (individuelle) période complète de 15 minutes supplémentaires	5,30 $

AVIS : *Vous référer au* P.G. 2. Règles particulières de rémunération *:*

(3) Voir la règle 2.2 du préambule général.

(4) Voir la règle 2.1 du préambule général.

LE - Nº 276

LETTRE D'ENTENTE Nº 276

Concernant le versement d'un montant forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte dans le secteur de la santé publique et santé et sécurité au travail

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 des présentes, et ce, en fonction de certaines conditions énoncées par la présente lettre d'entente.

2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et la première des deux dates suivantes soit, à la date d'adhésion du médecin au mode de rémunération mixte ou au plus tard le 31 août 2015, et ce, à la condition que le médecin adhère au mode de rémunération mixte au plus tard le 30 septembre 2015 dans le secteur de pratique en cause.

Advenant que le médecin soit temporairement absent entre le 1er juillet 2015 et le 30 septembre 2015 du fait qu'il est en invalidité, en congé de maternité ou en congé autorisé par l'établissement, la date limite du 30 septembre 2015 prévue au paragraphe précédent est prolongée de la durée de l'absence de façon à lui accorder trois (3) mois pour adhérer, sans toutefois dépasser le 30 septembre 2016.

3.00 Le montant forfaitaire est fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin dans le ou les secteurs visés par son option durant la période visée.

4.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour ce secteur, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

5.00 Le montant forfaitaire est de 19,60 $ par heure et est payé au médecin rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes sur l'ensemble des heures travaillées en vertu de l'Entente particulière relative à la santé publique et en vertu de l'article 17.00 de l'entente générale.

Toutefois, les codes d'activités correspondant à la garde en disponibilité et aux tâches médico-administratives ne sont pas considérés.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er février 2016.

7.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

8.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juillet 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 277

+

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 277

Concernant le versement d'un forfaitaire découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte dans certains secteurs de pratique en CLSC et dans le secteur de pratique de l'UMF-CH

ATTENDU que le mode de rémunération mixte en CLSC dans les secteurs de services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le cadre du programme jeunesse, interruption volontaire de grossesse, en unité de médecine familiale ainsi qu'en unité de médecine familiale en milieu hospitalier est élaborée sur la base de la nomenclature des actes en cabinet;

ATTENDU la mise en application éventuelle d'une nouvelle nomenclature à l'acte en cabinet et à domicile qui aura pour conséquence de rehausser la rémunération globale des services rémunérés en vertu de cette nouvelle nomenclature;

ATTENDU que les suppléments d'honoraires applicables au mode de rémunération mixte en CLSC dans les secteurs visés et en unité de médecine familiale en milieu hospitalier ont été établis de façon à produire un résultat inférieur à celui attendu et ce, tant que la nouvelle nomenclature des actes en cabinet n'est pas en vigueur, tout en permettant d'intégrer ultérieurement la nouvelle nomenclature des actes sans exiger l'ajout de financement supplémentaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin ayant adhéré au mode de rémunération mixte pour la période écoulée entre la date d'adhésion à ce mode dans l'un des secteurs visés par la présente lettre d'entente et la date de mise en vigueur d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet qui sera applicable en CLSC et en UMF.

2.00 Le montant forfaitaire correspond à 5,85 % de la valeur des actes qui sont visés par le supplément d'honoraires prévu aux paragraphes 2.06 et 2.07 de l'annexe XXIII excluant, l'acte médico-administratif apparaissant à l'article 6 de la section B-1 de l'annexe I à l'annexe XXIII, excluant l'acte médico-administratif apparaissant à l'article 7 de la section B-2 de l'annexe I de l'annexe XXIII, de même que les services décrits à l'onglet P « Gynécologie » de l'Annexe V de l'entente générale et les services de l'onglet J « Ultrasonographie » du Manuel des services de laboratoire en établissement. Les montants forfaitaires sont sujets à l'application des paragraphes 2.09 et 2.14 de l'annexe XXIII.

3.00 Pour bénéficier du montant forfaitaire prévu à la présente, le 31 mars 2016, selon les modalités à convenir en vertu de l'Entente de principe transmises au plus tard trois (3) mois après la mise en vigueur de la nouvelle nomenclature, le médecin doit compter au moins 500 patients inscrits à son nom selon le paragraphe 3.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle*. Advenant l'interruption de la pratique du médecin à la date d'évaluation, pour une période de plus de treize semaines consécutives, l'évaluation du nombre de patients inscrits s'effectue le dernier jour précédant la date d'interruption de sa pratique, à la condition que cette date de référence soit antérieure au 31 mars 2016.

4.00 Le montant forfaitaire est versé au médecin environ cinq (5) mois après la mise en vigueur de la nouvelle nomenclature des actes en cabinet qui sera applicable en CLSC et en UMF-CH.

5.00 Les montants forfaitaires sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 5^{e} jour de octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 278

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 278

Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte en CLSC dans les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le programme jeunesse, dans les services d'interruption volontaire de grossesse, dans l'unité de médecine familiale ainsi qu'en unité de médecine familiale en milieu hospitalier

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte en CLSC dans les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le programme jeunesse, dans les services d'interruption volontaire de grossesse, dans l'unité de médecine familiale ainsi qu'en unité de médecine familiale en milieu hospitalier;

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ces secteurs proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans les secteurs visés par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération en CLSC dans les services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle, dans le programme jeunesse ou dans les services d'interruption volontaire de grossesse au plus tard le 31 janvier 2016 ou, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération auprès d'une unité de médecine familiale en CLSC ou en CH au plus tard le 31 mars 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 31 janvier 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour ce secteur, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente,

Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrites à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein des installations où le médecin exerçait dans au moins un programme visé par les présentes au sein d'une installation d'un CLSC et d'une UMF en centre hospitalier entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, où :

A = l'ensemble des forfaits horaires selon le mode de la rémunération mixte et des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes suite à l'adhésion au mode de rémunération mixte dans un programme visé par les présentes au sein d'une installation d'un CLSC et d'une UMF en centre hospitalier où exerce le médecin entre le 1er novembre 2015 et le 29 février 2016, et

B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des installations de CLSC ou d'une UMF en centre hospitalier retenus en A durant la même période qu'en A.

Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités durant la période du 1er novembre 2015 au 29 février 2016, cette période est prolongée de façon à cumuler quatre (4) semaines d'activité avant le 31 janvier 2017. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à la suite de la période additionnelle de six (6) mois, le calcul des alinéas précédents se fait sur la base des activités existantes.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures d'activités de fonctionnement en GMF, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Outre les cas d'exceptions prévus au cinquième alinéa du paragraphe 4.00, le montant forfaitaire est versé le ou vers le 31 juillet 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 279

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 279

Ayant pour objet un montant forfaitaire à verser découlant de la nouvelle modalité de rémunération dans le programme d'itinérance ou de toxicomanie au sein d'un CLSC introduite dans le cadre de l'Amendement n^{O} 142

ATTENDU la nouvelle modalité de rémunération dans le cadre du programme d'itinérance ou de toxicomanie d'une installation CLSC opérée par un CISSS ou un CIUSSS et de sa mise en vigueur le 1er novembre 2015;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire pour la période décrite au paragraphe 2.00 de la présente lettre d'entente et ce, en fonction de certaines conditions énoncées à la présente lettre d'entente.

2.00 Un montant forfaitaire est versé à chaque médecin visé pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015.

3.00 Le montant forfaitaire est en fonction de la rémunération selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes pour les activités professionnelles du médecin durant la période visée dans les secteurs visés par la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 20 $ par heure travaillée par le médecin et est payable sur 95 % des heures exercées dans le secteur de l'itinérance ou de toxicomanie en CLSC durant la période visée.

Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrits à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein des installations où le médecin exerçait dans un programme d'itinérance ou de toxicomanie au sein d'une installation d'un CLSC entre le 1er avril 2015 et le 31 octobre 2015, où :

A = l'ensemble des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes et du tarif horaire au sein d'un programme d'itinérance ou de toxicomanie au sein d'une installation d'un CLSC où exerce le médecin entre le 1er novembre 2015 et le 29 février 2016, et

B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des installations de CLSC retenus en A durant la même période qu'en A.

Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités durant la période du 1er novembre 2015 au 29 février 2016, cette période est prolongée de façon à cumuler quatre (4) semaines d'activité avant le 31 janvier 2017. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à cette date, le calcul des alinéas précédents se fait sur la base des activités existantes.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes, les heures de fonctionnement en GMF, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Outre les situations d'exceptions évoquées au cinquième alinéa du paragraphe 4.00, le montant forfaitaire est versé le ou vers le 31 juillet 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 280

+

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 280

Concernant le financement et le suivi des coûts découlant d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet et à domicile découlant de l'Amendement n^{o} 151

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu dans le cadre de l'Amendement n^{o} 151 d'implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet et à domicile;

CONSIDÉRANT que les parties conviennent d'établir les modalités de financement des coûts récurrents découlant de la mise en œuvre de l'Amendement n^{o} 151;

CONSIDÉRANT qu'il est difficile de prévoir avec exactitude les coûts récurrents découlant de l'implantation de cette nouvelle nomenclature et en conséquence, un suivi de cette mesure doit être assuré;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Financement

1.1 Le financement des coûts récurrents en cabinet et à domicile (incluant les coûts des paragraphes 2.2.2 et 2.2.3) découlant des modifications et bonifications prévues dans le cadre de l'Amendement n^{o} 151 est assuré comme suit :

a) Pour la période comprise entre le 1er juin 2016 et le 31 mars 2017, par le montant de 71,7 M$ non récurrent et par un montant de 79,5 M$ récurrent au 1er avril 2017 accordé dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale MSSS-FMOQ 2010-2015 et ayant trait à certains montants consentis dans le cadre de l'Entente relative à l'application de la Lettre d'entente n^{o} 138.

   Étant toutefois entendu, qu'une somme non récurrente de 13,9 M$ provenant d'une non-atteinte non récurrente disponible pour l'année 2014-2015 dégagée de la Lettre d'entente n^{o} 260 et identifiée au paragraphe 1.2 a) iii) de la Lettre d'entente n^{o} 273 est incluse dans le montant de 71,7 M$.

b) Pour la période comprise entre le 1er novembre 2016 et le 31 mars 2017, par le montant de 0,5 M$ non récurrent et par un montant de 1,3 M$ récurrent au 1er avril 2017 prévus dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins dans le cadre de l'Accord-cadre ayant trait au renouvellement de l'entente générale MSSS-FMOQ 2010-2015 et ayant trait à certains montants consentis dans le cadre de l'Entente relative à l'application de la Lettre d'entente n^{o} 138.

c) À compter du 1er juin 2016, par le montant de 26,3 M$ récurrent dégagé suite à la terminaison de la Lettre d'entente n^{o} 286;

d) À compter du 1er juin 2016, par le montant de 5,9 M$ récurrent disponible suite à l'abolition du code d'acte 15161 relatif au soutien médical à l'abandon du tabagisme;

e) À compter du 1er juin 2016, par le montant de 1,5 M$ récurrent dégagé suite à l'abolition des codes d'acte 15153, 15154 et 15155 relatifs à la discussion de cas;

f) À compter du 1er novembre 2016, par le montant de 19,1 M$ récurrent dégagé suite à l'abolition de la condition de vulnérabilité des personnes âgées de 70 ans et plus;

2. Suivi

2.1 Sous réserve des dispositions du paragraphe 2.3 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent d'assurer le respect des coûts récurrents en cabinet et à domicile de l'Amendement n^{o} 151 et d'effectuer un suivi de l'évolution de cette mesure de façon régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires, le cas échéant. Les coûts récurrents annuels sont estimés à 834,6 M$ excluant les coûts récurrents annuels liés à l'article 1 A) x) et à l'article 5 D) de l'amendement susmentionné.

Les coûts prévus à l'alinéa qui précède seront réévalués annuellement pour refléter l'évolution de pratique réelle et observée par rapport à ce qui avait été convenue lors de l'évaluation des coûts effectuées par les parties.

2.2 Sous réserve des dispositions du paragraphe 2.3 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent également d'assurer un suivi de l'évolution des coûts des mesures ci-après identifiés sur une base régulière et d'y apporter tous les correctifs jugés nécessaires le cas échéant :

2.2.1 Un montant récurrent maximal annuel de 10 M$ est affecté pour le financement de la rémunération des communications avec un médecin spécialiste et pour les communications avec d'autres professionnels de la santé en cabinet et à domicile selon les dispositions prévues à l'article 1 A) vii) c) 13 et de l'article 1 A) vii) c) 14 de l'Amendement n^{o} 151;

2.2.2 Un montant récurrent maximal annuel de 1 M$ est affecté pour le financement de l'indemnité de kilométrage selon les dispositions prévues à l'article 1 A) x) de l'Amendement n^{O} 151;

2.2.3 Un montant récurrent estimé à 130,1 M$ est affecté pour le financement de la rémunération des forfaits de prise en charge selon les dispositions prévues à de l'article 5 D) de l'Amendement n^{O} 151. Ces coûts seront réévalués annuellement pour refléter l'évolution de pratique réelle et observée par rapport à ce qui avait été convenue lors de l'évaluation des coûts effectués par les parties.

2.3 Advenant que les parties constatent un dépassement ou une non-atteinte des coûts, au cours des trois années suivant la mise en vigueur de l'Amendement n^{O} 151, celles-ci introduisent immédiatement les mesures correctrices appropriées étant toutefois entendu que toute non-atteinte dégagée, au cours d'une de ces années, sera versée selon des modalités identifiées par la Fédération, lesquelles seront entérinées par les parties.

Le remboursement d'un dépassement constaté, au cours d'une de ces années, est assuré à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins. Ce remboursement doit être effectué au cours de l'année budgétaire suivante à celle où l'on a observé le dépassement.

3. Mise en vigueur

3.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 281

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 281

Concernant la rémunération du médecin pour assurer les services dispensés auprès des Anciens Combattants hébergés en soins de longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

CONSIDÉRANT QUE le gouvernement du Canada a cédé, à compter du 1er avril 2016, au gouvernement du Québec l'Hôpital Sainte-Anne lequel hôpital offre notamment des soins et des traitements aux Anciens Combattants en vertu du Règlement sur les soins de santé pour les Anciens Combattants (DORS/90-594) pris en vertu de la Loi sur le ministère des Anciens Combattants (L.R.C., 1985, ch. V-1);

CONSIDÉRANT QUE suite à cette cession par le gouvernement du Canada de l'Hôpital Sainte-Anne au gouvernement du Québec, cet hôpital sera intégré au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et il continuera à héberger les Anciens Combattants et à leur offrir des soins de longue durée et plus particulièrement, à assurer au bénéfice des Anciens Combattants notamment une présence médicale sur place durant certaines périodes de la semaine;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Modalités de rémunération

1. Le médecin qui pratique à l'Hôpital Sainte-Anne est rémunéré selon l'un des modes de rémunération permis en CHSLD et prévus au paragraphe 1.01 de l'annexe XXII pour les soins rendus auprès de la clientèle spécifique que sont les Anciens Combattants et ce, entre 8 h et 18 h du lundi au vendredi sauf un jour férié.

AVIS : *Rémunération à l'acte ou selon le mode mixte, utiliser le numéro d'établissement* ***08154****.*

AVIS : *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) si vous détenez une nomination à tarif horaire ou la* Demande de paiement – Honoraires fixes *(1216) si vous détenez une nomination à honoraires fixes. Inscrire le numéro d'établissement* ***08154*** *et utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***266015*** *Examens relatifs à l'hépatite C*
- ***266030*** *Services cliniques*
- ***266032*** *Rencontres multidisciplinaires*
- ***266043*** *Tâches médico-administratives et hospitalières*
- ***266055*** *Communications (proches, tiers, intervenants du réseau et de la justice)*
- ***266080*** *Participation du médecin de famille (TH seulement)*
- ***266097*** *Plan d'intervention pour le patient*
- ***266098*** *Services de santé durant le délai de carence*

Les plages permises pour les services rendus sont :

Jours concernés	***Heures concernées***
Lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié	*8 h à 18 h*

AVIS : *Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal doit faire parvenir à la Régie un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien *(3547) ou (1897),* ***version papier****, pour chaque médecin concerné. Il doit inscrire la situation d'entente* Lettre d'entente n^{o} 281*, cocher le mode de rémunération choisi par le médecin et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

2. Au bénéfice des Anciens Combattants, les services de garde sur place requis par l'établissement, sont rémunérés de façon exclusive, à honoraires fixes ou à tarif horaire les fins de semaine et les jours fériés ainsi que de 18 h à 8 h du lundi au vendredi sauf un jour férié, et ce, même lorsque le médecin, pour les services rendus à la clientèle en cause opte pour le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte. Durant la garde sur place, le médecin a droit à une prime de responsabilité qui s'ajoute à 95 % de toutes les heures d'activités professionnelles payées pour les services rendus aux fins de l'application du présent paragraphe. Cette prime est de 15,55 $ par heure.

AVIS : *Médecin qui a opté pour le **mode de l'acte**, pour le **mode mixte** ou pour le **mode mixte combiné aux honoraires fixes** et qui facture la garde sur place à tarif horaire, utiliser le code d'activité suivant :*

- ***266270*** *Garde sur place obligatoire (tarif horaire seulement)*

*Médecin rémunéré **à tarif horaire**, utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***266063*** *Garde sur place*
- ***266071*** *Garde sur place à même les 35 premières heures d'activités professionnelles hebdomadaires. Pour les médecins se prévalant des dispositions du paragraphe 5.10 de l'annexe XIV, aucune limitation d'heures.*

*Médecin rémunéré **à honoraires fixes,** utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***266063*** *Garde sur place*
- ***266132*** *Garde sur place effectuée à même la période régulière d'activités professionnelles*

Les plages permises pour la garde sur place sont :

Jours concernés	***Heures concernées***
Lundi au vendredi, à l'exception d'un jour férié	*18 h à 8 h*
Samedi, dimanche ou jour férié	*0 h à 24 h*

Lorsque les services sont rendus en horaires défavorables, veuillez vous référer à l'annexe XX pour connaître les secteurs de dispensation à utiliser.

AVIS : *Pour le médecin rémunéré à l'acte qui rend des services de garde sur place, le CIUSSS doit faire parvenir à la Régie un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien *(3547) ou (1897), **version papier**, inscrire la situation d'entente* Lettre d'entente n^{O} 281 *(garde sur place), cocher le mode de rémunération choisi par le médecin pour cette garde (tarif horaire ou honoraires fixes) et inscrire la période couverte par l'avis de service.*

*Pour le médecin qui a opté pour le mode de rémunération mixte et qui rend des services de garde sur place, le CIUSSS peut faire parvenir **un seul avis de service**, inscrire la situation d'entente* Lettre d'entente n^{O} 281 *(garde sur place) et cocher les 2 modes de rémunération choisis :*

- MIXTE (annexe XXIII, paragr. 2.12) *et* HONORAIRES FIXES*, sur le formulaire 1897;*
- MIXTE (annexe XXIII, paragr. 2.03) *et* TARIF HORAIRE*,sur le formulaire 3547.*

3. Le nombre de médecins devant assurer les services médicaux auprès de la clientèle spécifique du CHSLD constituée par les Anciens Combattants, est déterminé par un ratio convenu dans le cadre de l'entente de cession de l'Hôpital Sainte-Anne.

Financement

4. Sous réserve de l'article 5 suivant, sur une base annuelle, l'enveloppe budgétaire globale est rajustée à la hausse de la façon ci-après précisée :

a) d'un montant égal à la dépense réelle supplémentaire versée pour le ratio requis pour la présence médicale de jour, du lundi au vendredi, de un (1) médecin par quatre-vingt-cinq (85) résidents par rapport au ratio de certains CHSLD comparables;

ET,

b) d'un montant égal à la dépense réelle découlant de la rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes versée pour la garde sur place effectuée auprès des Anciens Combattants au sein de l'Hôpital Sainte-Anne durant les périodes suivantes: en semaine, de 18 h à 8 h du lundi au vendredi et en tout temps la fin de semaine et les jours fériés.

Mise en vigueur

5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016 et elle prend fin à la date où l'Hôpital Sainte-Anne cessera définitivement d'héberger et d'offrir des soins de longue durée aux Anciens Combattants admissibles, et ce, jusqu'au dernier Ancien Combattant admissible aux termes des articles 2 et 21 du Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants (DORS/90-594) dans sa version en vigueur à la date de cession du gouvernement du Canada de l'Hôpital Sainte-Anne au gouvernement du Québec.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce e jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - Nº 282

LETTRE D'ENTENTE Nº 282

Concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec

CONSIDÉRANT la Lettre d'entente nº 256;

CONSIDÉRANT le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.

2. À cette fin, les parties négociantes conviennent de verser un montant de 700 000 $, financé à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins omnipraticiens pour l'année 2015-2016, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016.

3. Les parties négociantes avisent la Régie du montant à verser au Programme d'aide.

4. Le maintien du financement du programme d'aide pour les années subséquentes fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'entente générale.

5. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er juillet 2015.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour d'octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 283

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 283

Concernant le financement et le suivi des coûts des suppléments de l'article 4.12 et de l'article 13.01 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. De financer, annuellement et sur une base récurrente, jusqu'à concurrence de 24,3 M$, les coûts découlant du supplément alloué pour le premier examen ou la première intervention clinique faite lors de la prise en charge et de suivi d'un patient sans médecin de famille prévu à l'article 4.12 et à l'article 13.01 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et suivi de la clientèle*.
2. Afin d'assurer le respect des coûts découlant de ces mesures, les parties conviennent d'effectuer un suivi régulier et d'y apporter tous les correctifs nécessaires, le cas échéant.
3. Advenant que, pour une année d'application, les coûts de ces mesures dépassent la somme prévue à l'article 1 de la présente lettre d'entente, les parties conviennent de mesures en vue d'assurer le financement des coûts non récurrents excédentaires à même les montants accordés dans le cadre du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement de certains montants consentis pour la rémunération des médecins.
4. Afin d'éviter tout autre dépassement ou advenant que, pour une année d'application, le montant alloué à l'article 1 de la présente lettre d'entente n'est pas atteint, les parties conviennent de revoir les modalités d'applications prévues pour ces mesures et/ou de revoir la tarification des mesures prévues ou même, le cas échéant de mettre fin à cette mesure.
5. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de octobre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - Nº 284

LETTRE D'ENTENTE Nº 284

Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les soins psychiatriques en milieu hospitalier

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les soins psychiatriques en milieu hospitalier;

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 30 novembre 2015, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 29 février 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 28 février 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour ce secteur, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 22,00 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente,

Pour les fins du présent paragraphe, les heures décrites à l'alinéa précédent sont réputées être celles établies selon la méthode prospective suivante, soit la proportion que représente A/B par rapport à l'ensemble des heures rémunérées selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes pour l'ensemble des activités du médecin au sein des centres hospitaliers où le médecin exerçait en soin psychiatriques entre le 1er avril 2015 et le 30 novembre 2015, où :

A = l'ensemble des forfaits horaires selon le mode de la rémunération mixte et des heures travaillées selon le mode des honoraires fixes suite à l'adhésion au mode de rémunération mixte pour les activités visées par les présentes au sein d'un centre hospitalier où exerce le médecin entre le 1er décembre 2015 et le 31 mars 2016, et

B = l'ensemble des heures travaillées, selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes, et des forfaits horaire selon le mode de rémunération mixte au sein des centres hospitaliers retenus en A durant la même période qu'en A.

Dans le cas du médecin visé par la présente lettre d'entente qui ne cumule pas au moins quatre (4) semaines d'activités durant la période du 1er décembre 2015 au 31 mars 2016, cette période est prolongée de façon à compter quatre (4) semaines d'activité avant le 28 février 2017. Si le médecin n'a pas cumulé quatre (4) semaines d'activités à cette date, il se voit allouer une période additionnelle de six (6) mois aux fins du calcul de la proportion que représente A/B. À défaut de cumuler quatre (4) semaines d'activités à la suite de la période additionnelle de six (6) mois, le calcul des alinéas précédents se fait sur la base des activités existantes.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Outre les cas d'exceptions prévus au cinquième alinéa du paragraphe 4.00, le montant forfaitaire est versé le ou vers le 31 juillet 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er décembre 2015 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 27e jour de novembre 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - Nº 285

LETTRE D'ENTENTE Nº 285

Concernant des modalités spécifiques de compensation du temps de déplacement dans le cadre de la desserte par les effectifs médicaux de l'ensemble d'une région socio-sanitaire d'une ou de plusieurs installations désignées d'un établissement.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de compenser le temps de déplacement d'un médecin qui accepte de dispenser des services sur une base temporaire dans une ou plusieurs installation(s) désignée(s) par les parties d'un établissement d'une région socio-sanitaire admissible.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Activités professionnelles

Les activités professionnelles visées couvrent les services assurés suivants :

a) Les services professionnels dispensés auprès des patients d'un centre hospitalier (CH), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans le service d'urgence de première ligne d'un CLSC d'un point du réseau de garde intégré;

b) Les services professionnels dispensés dans le cadre d'un programme de maintien à domicile d'un CLSC et, exceptionnellement, des services médicaux courants dispensés auprès de la clientèle du CLSC ou d'une clinique médicale;

c) Les services professionnels dispensés auprès de patients admis dans un centre de réadaptation (CR) pour une clientèle ayant une déficience physique.

4. Région socio-sanitaire admissible et installation désignée

Sur la base d'une pénurie significative d'effectifs médicaux dans une ou des installations d'un centre intégré de services de santé et de services sociaux ou, selon le cas, d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux et de l'étendue du territoire à couvrir, une région socio-sanitaire est admissible aux dispositions de la présente lettre d'entente suite à sa désignation par le comité paritaire. L'annexe I à la présente lettre d'entente fait état des régions désignées et de la durée de la désignation.

Le département régional de médecine générale (DRMG) recommande au comité paritaire l'installation ou les installations en pénurie d'effectifs médicaux devant être l'objet de la desserte par des effectifs de la région socio-sanitaire, le nombre de semaines visées par cette recommandation ainsi que la nature des services concernés par la recommandation.

Le comité paritaire analyse cette recommandation en tenant compte de la pénurie d'effectifs médicaux dans le territoire en cause. Si le comité agrée cette recommandation, il transmet les informations requises à la Régie.

AVIS : *L'établissement doit faire parvenir à la Régie un formulaire* Avis de service – Médecin omnipraticien *(3547) pour chaque médecin concerné, sélectionner la situation d'entente* Lettre d'entente nº 285 – Temps de déplacement *et inscrire la période couverte par l'avis de service. La période de l'avis ne doit pas dépasser la période de désignation de l'installation visée à la* Lettre d'entente nº 285*.*

Sur demande du DRMG, le comité paritaire peut mettre fin en tout temps à cette désignation.

5. Banque d'heures

Le comité paritaire évalue pour chaque installation désignée aux fins des dispositions de la présente lettre d'entente le nombre d'heures requis pour le déplacement des effectifs médicaux en considérant, notamment, l'ampleur de la pénurie d'effectifs médicaux et les caractéristiques géographiques du territoire à desservir relativement à l'ensemble de la région socio-sanitaire.

La banque d'heures est allouée pour toute la période visée par la recommandation.

Le comité paritaire en informe le DRMG ainsi que la Régie de l'assurance maladie du Québec.

6. Conditions d'admissibilité du médecin

Le médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il y est autorisé par le chef du département régional de médecine générale et s'il répond à une des situations suivantes :

a) son lieu de pratique principal se situe dans la région socio-sanitaire du DRMG qui fait la demande et son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'installation désignée. La pratique principale est définie aux fins des présentes comme étant le lieu où il réalise plus de 75 % de la totalité de sa pratique;

b) Dans le cas d'un médecin à la retraite qui accepte de revenir en pratique active, son lieu de résidence est situé à plus de quarante (40) kilomètres de l'installation désignée. Si ce médecin s'est prévalu du programme de départ assisté ou d'allocation de fin de carrière, il doit être habilité à revenir à la pratique active en vertu de la Lettre d'entente n^{O} 154.

Dans tous les cas, le médecin ne doit pas diminuer sa prestation de services dans l'installation exploitée par l'établissement où il exerce habituellement ni, autrement que dans le cadre du mécanisme de dépannage, pratiquer dans une installation (exploitée par un établissement) qui a recours au mécanisme du dépannage au cours de la période concernée.

7. Modalités de rémunération

La compensation du temps de déplacement du domicile ou du lieu de pratique principal, selon le cas, à l'installation désignée se fait sur la base du tarif horaire selon les dispositions de l'annexe XIV de l'entente générale, en se limitant, le cas échéant, au déplacement effectué à l'intérieur de la région socio-sanitaire dans laquelle se situe l'installation. Le remboursement des frais de déplacement à l'intérieur de la région socio-sanitaire et de séjour, s'il y a lieu, est à la charge de l'établissement.

La compensation versée en vertu des présentes n'est pas considérée aux fins d'application des annexes IX et XIV de l'entente générale.

AVIS : *Utiliser le formulaire* Demande de paiement - Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215), en inscrivant les renseignements suivants :*

- *sous **numéro** : le numéro de l'installation désignée de la région visée;*
- *sous **quantième** : la journée du déplacement;*
- *sous **mode de rémunération** : le mode TH;*
- *sous **plage horaire** : la ou les plages horaires concernées;*
- *sous **code d'activité** : le code **002092** (temps de déplacement);*
- *sous **secteur de disp.** : ne rien inscrire;*
- *sous **heures travaillées** : le nombre d'heures de déplacement;*
- *sous **total des heures travaillées** : le total des heures de déplacement.*

La demande de paiement doit être signée par le médecin et par le chef du DRMG ou son représentant.

8. Présomption

Le médecin qui se prévaut de la présente lettre d'entente pour dispenser des services médicaux est présumé répondre aux exigences de l'article 1.2 de la Section I de l'annexe XII de l'entente générale, lorsque applicable.

9. Répartition et procédures

Le chef du département régional de médecine générale est responsable de la répartition des heures allouées dans le cadre de la présente lettre d'entente aux médecins autorisés à s'en prévaloir. Il doit contresigner les demandes de paiement.

10. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er janvier 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 2e jour de février 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{o} 285)*

Régions socio-sanitaires admissibles et durée de la désignation

Région 01 : Bas-St-Laurent

Région 02 : Saguenay-Lac-St-Jean

Région 03 : Capitale-Nationale

Région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec

Région 05 : Estrie

Région 07 : Outaouais

Région 08 : Abitibi-Témiscamingue

Région 09 : Côte-Nord

Région 11 : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Région 12 : Chaudière-Appalaches

Région 14 : Lanaudière

Région 15 : Laurentides

Région 16 : Montérégie

LE - N^{o} 286

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 286

Concernant l'implantation d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile et ayant trait au paiement de montants forfaitaires rétroactifs.

CONSIDÉRANT la volonté des parties d'implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile;

CONSIDÉRANT la *Lettre d'entente n^{o} 264* et son échéance au 31 mars 2015;

CONSIDÉRANT la nécessité de prolonger les travaux;

CONSIDÉRANT que pour assurer le financement des coûts récurrents d'une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile, certains tarifs des actes en cabinet privé et à domicile ne seront pas majorés à compter du 1er avril 2013, 2014 et 2015;

CONSIDÉRANT que pour compenser ce gel, un montant forfaitaire rétroactif trimestriel sera versé au médecin;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties poursuivent les travaux visant à implanter une nouvelle nomenclature des actes en cabinet privé et à domicile.
2. Cette implantation doit être réalisée au 1er avril 2016.
3. Pour la période annuelle d'application débutant le 1er avril 2013 et se terminant le 31 mars 2016, certains actes applicables à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile ne feront pas l'objet des augmentations tarifaires octroyées dans le cadre de l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2015 ainsi que de l'Entente sur l'application de la *Lettre d'entente n^{o} 138*.
4. Les sommes provenant de l'application des dispositions de l'article 3 ci-dessus sont consacrées à assurer le financement complet des coûts récurrents découlant de la nouvelle nomenclature des actes applicable à la rémunération des services dispensés en cabinet privé et à domicile que les parties souhaitent implanter, d'ici le 31 mars 2016, dans ces deux secteurs d'activités.
5. Durant la période visée par l'article 3 ci-dessus, la mesure de compensation suivante s'applique :
   a) À compter du 1er avril 2015 jusqu'au 30 juin 2015, et par la suite, pour chaque trimestre subséquent, un montant forfaitaire est versé au médecin. Ce montant forfaitaire rétroactif est calculé sur la base de la facturation, au cours d'un trimestre donné, des actes en cabinet privé et à domicile qui n'ont pas fait l'objet des augmentations tarifaires telles que précisées à l'article 3 de la présente lettre d'entente.
   b) Aux fins de l'application de la présente lettre d'entente, pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016, le taux de majoration applicable sera de 4,24 %.
   c) Les modalités de versement du montant forfaitaire rétroactif prévues par la présente disposition seront convenues entre les parties mais leur versement devra être sur une base trimestrielle.
   d) Cette mesure est accordée à compter du 1er avril 2015 et se termine le 31 mars 2016.
6. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2015 et se termine le 31 mars 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - Nº 287

LETTRE D'ENTENTE Nº 287

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence d'un établissement confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs. Elle vise les périodes suivantes : du 23 décembre 2015 au 3 janvier 2016 inclusivement ainsi que du 29 février au 13 mars 2016 inclusivement.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'établissement

3.01 Un établissement peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination de l'établissement avec privilèges au service d'urgence et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles pour le service d'urgence de sorte que l'établissement est confronté à une pénurie très importante d'effectifs;
- Il n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs dans le cadre du mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intrarégionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'établissement et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période de rupture de service visée par la présente lettre d'entente, ses effectifs médicaux sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis plus d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique de l'établissement quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- Il doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci;
- Il établit, à la satisfaction du comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente, avoir pris les moyens afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis.

3.02 Un établissement peut se prévaloir une (1) seule fois des dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de trois (3) quarts de garde pendant chacune des périodes visées par la présente lettre d'entente sauf en cas de situation exceptionnelle préalablement autorisée par le comité paritaire.

TERMINÉE

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'établissement ou les établissements où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, soit du mercredi 23 décembre 2015 au mardi 29 décembre 2015 inclusivement ou du lundi 28 décembre 2015 au dimanche 3 janvier 2016 inclusivement pour la période des Fêtes ou du lundi 29 février 2016 au dimanche 6 mars 2016 inclusivement ou du lundi 7 mars 2016 au dimanche 13 mars 2016 pour la période de la relâche scolaire, semaine qui sera choisie par le comité paritaire parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à quatorze (14) heures selon le mode d'organisation de l'établissement, et ce, auprès d'un ou de plusieurs établissements désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire.

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin ne peut pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente dans un ou des établissements, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'établissement.

5.02 Un forfait au montant de 4 365 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa de l'article 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

AVIS : *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire les données suivantes :*

- *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- *le code* ***19041*** *(montant de 4 365 $) ou le code* ***19042*** *(montant de 5 060 $) dans la section* Actes *(montants soumis à la rémunération majorée);*
- *reporter le montant dans la case* TOTAL*;*
- *la date de service correspondant* ***au dernier jour de la semaine de disponibilité*** *(le mardi ou le dimanche selon la semaine retenue);*
- *le code de localité de votre lieu de pratique principal.*

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

TERMINÉE

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant 2 530 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision des périodes visées par la présente lettre d'entente, il fera, jusqu'au 4 décembre 2015 pour la période des Fêtes et jusqu'au 31 janvier 2016 pour la période de la relâche scolaire, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin des périodes d'appels de candidatures et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er novembre 2015 et se termine le 13 mars 2016.

TERMINÉE

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2015.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 288

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 288

Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en gériatrie dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en gériatrie dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS;

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 14 février 2016, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 14 mai 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 14 mai 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour l'installation en cause, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er octobre 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{e} jour de avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 289

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 289

Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en soins palliatifs dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en soins palliatifs dans les secteurs de pratique désignés en CHSGS;

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 14 février 2016, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 14 mai 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 14 mai 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour l'installation en cause, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er octobre 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{e} jour de avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 290

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 290

Concernant les montants forfaitaires à verser découlant de l'introduction du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en établissement de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP

ATTENDU les délais de mise en vigueur du mode de rémunération mixte pour les services médicaux rendus en établissement de longue durée désignée d'un CHSGS, d'un CHSLD ou d'un CHSP

ATTENDU la volonté des parties d'accorder une compensation aux médecins qui adhèrent au mode de rémunération mixte dans ce secteur proportionnelle à l'impact attendu de l'introduction de ce nouveau mode;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 De verser un montant forfaitaire à chaque médecin pour la période écoulée entre le 1er avril 2015 et le 14 février 2016, date précédant la mise en vigueur du mode de rémunération mixte dans le secteur visé par la présente lettre d'entente, dans la mesure où le médecin adhère à ce mode de rémunération pour ces activités au plus tard le 14 mai 2016.

Advenant l'absence temporaire du médecin à la date de mise en vigueur pour une des raisons prévues au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, la période de calcul du montant forfaitaire n'est pas modifiée. Toutefois, la date limite d'adhésion au mode de rémunération mixte permettant de recevoir le montant forfaitaire est prolongée de la façon prévue au deuxième alinéa du paragraphe 4.01 de l'Annexe XXIII de l'entente générale, dans la mesure où l'absence depuis la date de mise en vigueur ne dépasse pas le 14 mai 2017.

2.00 Le montant forfaitaire est établi en fonction de la rémunération du médecin selon le mode du tarif horaire ou des honoraires fixes dans les secteurs visés par son option durant la période en cause.

3.00 Le médecin qui a reçu un montant forfaitaire suite à son adhésion au mode de rémunération mixte et qui, dans les vingt-trois mois suivant son adhésion se retire de ce mode à la faveur du tarif horaire ou des honoraires fixes dans le même secteur doit, pour l'installation en cause, rembourser la totalité du montant forfaitaire reçu en vertu de la présente lettre d'entente.

4.00 Le montant forfaitaire est de 22 $ par heure travaillée par le médecin selon le mode du tarif horaire et des honoraires fixes dans les secteurs visés par son adhésion au mode de rémunération mixte au sein des milieux visés par la présente.

Sont exclues des heures retenues aux fins des présentes les heures de garde sur place effectuées la fin de semaine ou un jour férié de même qu'entre 18 h et 8 h en semaine, les heures de garde en disponibilité et les activités de formation continue, le cas échéant.

5.00 Le montant forfaitaire est sujet à l'application du paragraphe 5.3 de l'Annexe IX de l'entente générale.

6.00 Le montant forfaitaire est versé le ou vers le 1er octobre 2016.

7.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 15 février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 1^{e} jour de avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 291

LETTRE D'ENTENTE N^{o} 291

Concernant la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS dans les établissements de santé du Québec

CONSIDÉRANT le niveau de participation et les résultats obtenus par la formation AMPRO^{OB}, laquelle vise la mise en place de procédures de soins sécuritaires adaptées aux besoins des services d'obstétrique des centres hospitaliers;

CONSIDÉRANT la possibilité pour les médecins et les centres hospitaliers de poursuivre la mise en valeur de leur potentiel en matière de sécurité des patientes par la formation AMPRO^{OB} PLUS, laquelle vise à implanter et à maintenir des pratiques de sécurité dans l'infrastructure de travail ainsi que d'accroître la capacité à identifier et à résoudre les risques liés à la sécurité des patientes;

CONSIDÉRANT la nécessité pour les centres hospitaliers d'avoir accès aux ressources des médecins omnipraticiens qui pratiquent en obstétrique, à titre de membres de l'équipe de base de médecins formateurs participants au programme AMPRO^{OB} PLUS;

CONSIDÉRANT la nécessité de convenir de mesures de rémunération afin de favoriser la formation de l'ensemble des médecins omnipraticiens qui pratiquent en obstétrique;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Le médecin omnipraticien qui pratique en obstétrique et qui participe à une activité de formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS a droit au paiement d'un montant horaire de 95,12 $ pour un maximum de neuf (9) heures par année civile.

   Le médecin qui réclame le paiement de ce montant horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette période, à l'exception du médecin qui est assigné de garde lequel peut être rémunéré lorsqu'il doit s'absenter momentanément afin de répondre à une urgence.

   AVIS : *Remplir la* Demande de paiement – Médecin *(1200) en inscrivant :*

   - *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
   - *le code d'acte* ***19970*** *dans la section* Actes*;*
   - *le nombre d'heures complétées dans la case* UNITÉS*;*
   - *le numéro d'établissement* ***(0XXX3)****;*
   - *les honoraires (soumis à la rémunération majorée) 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 : *Le médecin à* ***honoraires fixes*** *qui facture la rémunération prévue à la lettre d'entente doit de plus remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le* ***code de congé 58*** *pour chaque activité de formation et en inscrivant :*

   - *0,5 journée lorsque la formation dure jusqu'à 3,5 heures;*
   - *1 journée lorsque la formation dure plus de 3,5 heures;*
   - *Formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS – Lettre d'entente n^{o} 291 dans la case* RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*.*

2. Le médecin omnipraticien qui pratique en obstétrique et qui est membre de l'équipe de base de médecins formateurs a droit au paiement d'un montant horaire de 142,70 $ pour un maximum de quarante-neuf (49) heures par année civile.

   Le médecin qui réclame le paiement de ce montant horaire ne peut réclamer d'autres honoraires de la Régie au cours de cette période d'activités où il dispense une formation et facture le montant horaire, à l'exception du médecin qui est assigné de garde lequel peut être rémunéré lorsqu'il doit s'absenter momentanément afin de répondre à une urgence.

   AVIS : *Remplir la* Demande de paiement – Médecin *(1200) en inscrivant :*

   - *XXXX01010112 dans la case* NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
   - *le code d'acte* ***19971*** *dans la section* Actes*;*
   - *le nombre d'heures complétées dans la case* UNITÉS*;*
   - *le numéro d'établissement* ***(0XXX3)****;*
   - *les honoraires (soumis à la rémunération majorée) 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 : *Le médecin à* ***honoraires fixes*** *qui facture la rémunération prévue à la lettre d'entente doit de plus remplir la* Demande de paiement - Honoraires fixes et salariat *(1216) en utilisant le* ***code de congé 58*** *pour chaque activité de formation et en inscrivant :*

   - *0,5 journée lorsque la formation dure jusqu'à 3,5 heures;*
   - *1 journée lorsque la formation dure plus de 3,5 heures;*
   - *Formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS – Lettre d'entente n^{o} 291 dans la case* RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

3. Pour bénéficier de la rémunération prévue à l'article 2 de la présente lettre d'entente, les médecins membres de l'équipe de base des médecins formateurs doivent être désignés par les parties négociantes. Le comité paritaire en informe la Régie.

4. À l'exception des majorations prévues aux annexes XII et XII-A, aucune autre majoration prévue à l'entente générale ou à une entente particulière ne s'applique à la rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente.

5. Aux fins de l'application des paragraphes 1.12 et 1.24 de l'annexe VI de l'entente générale, les heures pendant lesquelles le médecin rémunéré selon le mode des honoraires fixes se prévaut des dispositions de la présente lettre d'entente sont réputées être une formation au sens du paragraphe 4.11 de l'annexe VI de l'entente générale.

6. La présente lettre d'entente remplace la Lettre d'entente n^{o} 208 concernant la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} dans les établissements de santé du Québec signée le 21 octobre 2009. Elle s'applique à compter du 1er février 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15^{e} jour de avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - Nº 292

LETTRE D'ENTENTE Nº 292

Concernant le financement des mesures prévues à la Lettre d'entente nº 291 concernant la rémunération des médecins pour la formation dans le cadre du programme AMPRO^{OB} PLUS dans les établissements de santé du Québec

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période s'échelonnant du 1er février 2016 jusqu'au 31 mars 2019, le financement non récurrent des mesures prévues à la Lettre d'entente nº 291 est assuré de la façon suivante :

i) d'abord, par le montant de non atteinte non récurrente dégagée de la Lettre d'entente nº 210;

ii) ensuite, par le montant de non atteinte non récurrente découlant de la Lettre d'entente nº 195;

iii) par la suite, par le solde restant de la réserve dégagée par la Lettre d'entente nº 224.

2.00 La présente Lettre d'entente entre en vigueur le 1er février 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 15e jour de avril 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 294

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 294

Concernant la rémunération du médecin pour assurer les services dispensés auprès de la clientèle d'un établissement de détention ayant fait l'objet d'un transfert de responsabilité des services de santé par le ministère de la Sécurité publique au ministère de la Santé et des Services sociaux

CONSIDÉRANT que le ministère de la Sécurité publique transfère, à compter du 1er avril 2016, au ministère de la Santé et des Service sociaux la responsabilité des services de santé des établissements de détention de Baie-Comeau, Hull, New-Carlisle, Leclerc de Laval, Percé, Rimouski, Sherbrooke, Saint-Jérôme et Trois-Rivières;

CONSIDÉRANT qu'à la suite de ce transfert, il y a lieu d'assurer auprès des personnes incarcérées de ces établissements de détention la continuité des services médicaux, des services administratifs ainsi que des services de garde en disponibilité qui étaient offerts avant le transfert;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

Modalités de rémunération

1. La présente lettre d'entente couvre la période s'étalant du 1er avril 2016 au 31 mars 2017.

2. Les services médicaux dispensés aux personnes incarcérées sont rémunérés selon les dispositions de l'entente générale ou, lorsque l'établissement est adhérent à l'Accord n^{o} 206, selon les dispositions prévues à l'Accord n^{O} 206 et à l'Entente.

AVIS : *Pour la facturation des services médicaux, inscrire le numéro d'établissement (7XXX6) attribué à l'établissement de détention où les services ont été rendus.*

3. Pour les services qui ne sont pas visés par l'Accord n^{o} 206, la présente lettre d'entente tient lieu de nomination autorisant la rémunération à tarif horaire.

AVIS : *Remplir la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215) et utiliser les codes d'activité suivants :*

- ***267285*** *Garde en disponibilité en établissement de détention*
- ***267286*** *Services administratifs en établissement de détention*

Pour la facturation de ces services, inscrire le numéro d'établissement (7XXX6) attribué à l'établissement de détention où les services ont été rendus.

Rémunération de la garde en disponibilité :

Pour l'établissement de détention de Hull (70106), inscrire ***1,00*** *dans la case* HEURES TRAVAILLÉES *par période de garde de 8 heures complétée. Cocher la plage horaire à laquelle débute la période de garde.*

Pour les autres établissements de détention, inscrire le nombre d'heures correspondant aux heures travaillées.

4. Pendant la période visée par la présente lettre d'entente, aux fins de l'application de la rémunération du médecin pour assurer les services administratifs et les services en garde en disponibilité auprès d'un établissement de détention visé par le transfert, les modalités suivantes s'appliquent :

a) Le comité paritaire transmet à la Régie les informations ci-après précisées :

i) le nom du médecin désigné et autorisé à assurer les services ci-haut mentionnés ainsi que la période visée et le nom de l'établissement de détention concerné;

ii) de façon distincte de ce qui prévaut pour les services médicaux, le montant annuel maximal d'honoraires facturables pour la réalisation des services administratifs et des services de garde en disponibilité que le médecin autorisé par la présente doit assurer auprès de l'établissement de détention ainsi que le nombre d'heures par semaine que le médecin doit réaliser, et ce, dans chacun des deux domaines;

\+ b) Malgré les modalités prévues au paragraphe 3.02 de l'annexe XIV de l'Entente, les informations précisées aux paragraphes 4 a) i) et ii) ci-dessus et transmises à la Régie par le comité paritaire remplacent l'avis de service autrement requis pour chaque médecin autorisé selon l'établissement de détention désigné.

c) Le relevé d'honoraires du médecin doit être contresigné par un représentant autorisé du CIUSSS ou du CISSS concerné.

AVIS : *Le CISSS ou le CIUSSS doit faire parvenir à la Régie le formulaire* Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé *(1907) afin d'autoriser les représentants à attester de l'exactitude des demandes de paiement pour les établissements de détention de leur territoire.*

+ **5.** La rémunération des services administratifs et de la garde en disponibilité visée par la présente lettre d'entente n'est pas comptabilisée aux fins du paragraphe 5.02 de l'Annexe XIV de l'Entente. De plus, cette rémunération ainsi versée est sujette à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'Entente.

6. Les parties s'engagent à convenir, d'ici le 31 mars 2017, des modalités afférentes aux conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui exerceront auprès des établissements de détention du Québec.

Financement

7. L'enveloppe budgétaire globale est rajustée à la hausse pour l'année 2016-2017 d'un montant égal à la dépense réelle découlant des dispositions de l'article 4 de la présente lettre d'entente.

Mise en vigueur

8. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016 et elle prend fin le 31 mars 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 295

+ **LETTRE D'ENTENTE N^{O} 295**

Concernant certaines modalités de rémunération applicables, de façon transitoire, aux services rendus en centre de détention

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

La présente lettre d'entente a pour objet de prévoir, pour le médecin rémunéré selon le mode de l'acte, la nomenclature et la tarification spécifiques de certains actes applicables aux services rendus dans un centre de détention à compter du 1er juin 2016 jusqu'à leur remplacement par les modalités qui seront convenues par les parties au plus tard le 31 mars 2017.

2. Champ d'application

Les dispositions de l'entente générale s'appliquent sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3. Modalités de rémunération

Le médecin qui rend des services médicaux dans un centre de détention ne peut se prévaloir des modalités des paragraphes 2.2.6 A) et 2.2.6 B) du Préambule général de l'annexe V de l'entente générale. La nomenclature et la tarification des actes couverts par ces paragraphes sont remplacées par la nomenclature et la tarification paraissant à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

Les libellés de ces actes se retrouvent au Préambule général de l'annexe V de l'entente générale. La caractérisation de ces examens, le cas échéant, est fonction des conditions décrites à son paragraphe 2.2. L'encadrement de l'intervention clinique individuelle est, avec les adaptations requises, celui qui est énoncé à son paragraphe 2.2.6 B).

AVIS : *Lorsque l'intervention clinique est effectuée pour un problème de santé mentale, un problème de toxicomanie ou auprès d'une personne présentant les caractéristiques d'une des catégories de problèmes de santé,* ***inscrire*** *:*

- *la lettre « **A** » dans la case* C.S.*;*
- *la **raison** dans la case* DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES*, afin que ces services **ne soient pas** comptabilisés dans la durée quotidienne maximale prévue.*

4. Mise en vigueur et durée

La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2016 et se termine le 31 mars 2017.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce e jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

+ **ANNEXE I** *(Lettre d'entente n^{o} 295)*

NOMENCLATURE ET TARIF DES EXAMENS ET INTERVENTION CLINIQUE INDIVIDUELLE VISÉS PAR LE PARAGRAPHE 3 DE LA LETTRE D'ENTENTE N^{O} 295

Code d'acte	Libellé	Type de lieu	Tarif ($)
	Premier patient		
00002	En tout temps, sauf pour un examen d'urgence d'un patient de moins de 70 ans	D	47,85
00012	En tout temps, pour un examen d'urgence d'un patient de moins de 70 ans	D	72,30
09247	En tout temps, sauf pour un examen d'urgence d'un patient de 70 ans ou plus	D	52,95
09110	En tout temps, pour un examen d'urgence d'un patient de 70 ans ou plus	D	79,55
	Patient supplémentaire		
08873	Examen ordinaire d'un patient de moins de 60 ans	D	20,70
00022	Examen ordinaire d'un patient de 60 à 69 ans	D	21,95
08878	Examen ordinaire d'un patient de 70 à 79 ans	D	25,25
08880	Examen ordinaire d'un patient de 80 ans ou plus	D	26,30
08874	Examen complet d'un patient de moins de 60 ans	D	41,70
00074	Examen complet d'un patient de 60 à 69 ans	D	43,85
08879	Examen complet d'un patient de 70 à 79 ans	D	50,65
08881	Examen complet d'un patient de 80 ans ou plus	D	52,95
08855	Examen psychiatrique complet d'un patient de moins de 70 ans	D	49,10
08856	Examen psychiatrique complet d'un patient de 70 ans ou plus	D	56,10
	Intervention clinique individuelle		
08857	Première période de 30 minutes	D	57,05
08859	Période de 15 minutes supplémentaire	D	28,55

LE - N^{o} 296

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 296

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application du Protocole d'accord sur le réaménagement de certains montants consentis à l'article 2 du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, un montant forfaitaire est versé sur la base des services dispensés au cours de l'année 2015-2016, à l'exception de ceux prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, de ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, et, des montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) un montant forfaitaire équivalent à 1 % de la rémunération est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé le ou vers le 30 juin 2016;

b) un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Le taux du pourcentage applicable aux fins du calcul de ce montant forfaitaire correspond à la différence entre 23,9 M$ et le montant versé à l'alinéa a) ci-dessus divisée par le montant des services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016. Ce montant est versé le ou vers le 31 décembre 2016.

2.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 296

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 296

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application du Protocole d'accord sur le réaménagement de certains montants consentis à l'article 2 du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, un montant forfaitaire est versé sur la base des services dispensés au cours de l'année 2015-2016, à l'exception de ceux prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, de ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, et, des montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) un montant forfaitaire équivalent à 1 % de la rémunération est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé le ou vers le 30 juin 2016;

b) un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Le taux du pourcentage applicable aux fins du calcul de ce montant forfaitaire correspond à la différence entre 23,9 M$ et le montant versé à l'alinéa a) ci-dessus divisée par le montant des services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016. Ce montant est versé le ou vers le 31 décembre 2016.

2.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 296

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 296

Ayant trait au versement de montants forfaitaires découlant de l'application du Protocole d'accord sur le réaménagement de certains montants consentis à l'article 2 du Protocole d'accord ayant trait à l'étalement

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Pour la période comprise entre 1er avril 2015 et le 31 mars 2016, un montant forfaitaire est versé sur la base des services dispensés au cours de l'année 2015-2016, à l'exception de ceux prévus à l'Annexe XXI de l'Entente, de ceux prévus aux articles 15.00 et 16.00 de l'Entente particulière relative aux services de médecine de famille, du montant de remboursement relatif à la prime d'assurance responsabilité professionnelle prévu à l'Entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle, et, des montants de remboursement des frais de déplacements, de séjours ainsi que de déménagements.

Ce montant est versé selon les modalités suivantes :

a) un montant forfaitaire équivalent à 1 % de la rémunération est versé au médecin pour les services dispensés durant la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Ce montant est versé le ou vers le 30 juin 2016;

b) un montant forfaitaire est versé au médecin pour les services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016 et relativement aux services spécifiés au premier alinéa de la présente disposition. Le taux du pourcentage applicable aux fins du calcul de ce montant forfaitaire correspond à la différence entre 23,9 M$ et le montant versé à l'alinéa a) ci-dessus divisée par le montant des services dispensés durant la période allant du 1er janvier 2016 au 31 mars 2016. Ce montant est versé le ou vers le 31 décembre 2016.

2.00 Les montants forfaitaires ainsi versés sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er avril 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à , ce ^{e} jour de 2016.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - Nº 297

+

LETTRE D'ENTENTE Nº 297

Concernant certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès d'un service d'urgence durant certaines périodes de l'année

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente entente a pour objet certaines modalités de rémunération afin d'assurer l'accessibilité auprès du service d'urgence de l'installation d'un CISSS ou CIUSSS ci-après nommé « établissement » confronté à une menace de rupture due à une pénurie d'effectifs.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le Ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'admissibilité de l'installation d'un établissement

3.01 Durant la période estivale, du temps des Fêtes ou de la relâche scolaire, un établissement peut, au bénéfice d'un service d'urgence d'une installation avec mission CHSGS sous sa responsabilité, se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente si l'établissement répond aux conditions suivantes :

- Il compte dix (10) médecins ou moins détenant une nomination avec privilèges au service d'urgence de l'installation visée et qui y exercent régulièrement;
- Plusieurs de ses médecins ne sont pas disponibles de sorte que l'installation est confrontée à une rupture de services;
- L'établissement n'a pas réussi à trouver des médecins dépanneurs via le mécanisme de dépannage prévu par l'entente générale ou par l'entremise de la desserte intra régionale convenue entre les parties;
- Les médecins exerçant à moins de soixante-quinze (75) kilomètres de l'installation visée et ayant exercé dans une salle d'urgence ou détenant leur permis d'exercice depuis moins de trois (3) ans ont été sollicités;
- Durant la période visée par la présente lettre d'entente, les effectifs médicaux de l'installation sont en nombre insuffisant de façon importante et depuis près d'un an. À cette fin, le comité paritaire est responsable d'évaluer l'ampleur de la pénurie des effectifs en se fondant, notamment, sur l'historique quant aux effectifs en place et sur la charge de travail globale des médecins;
- L'établissement doit adresser une demande, dans le cadre de la présente entente, au comité paritaire selon les délais prescrits par celui-ci en regard du service d'urgence de l'installation concernée, et ce, pour la période estivale, pour la période du temps de Fêtes ou pour la période de la relâche scolaire;
- L'établissement démontre au comité paritaire, en prévision de la période d'application de la présente lettre d'entente en cause, les moyens pris afin que ses effectifs médicaux réguliers assurent le maximum possible des quarts de garde requis, et ce, à la satisfaction du comité paritaire.

3.02 Un établissement peut, pour une installation visée, par année financière, se prévaloir des modalités suivantes :

a) avoir recours au maximum deux (2) fois durant la période estivale, aux dispositions de la présente lettre d'entente pour combler, à chaque fois, un maximum de cinq (5) quarts de garde;

b) recourir une (1) seule fois à chaque période, aux dispositions de la présente lettre d'entente pour combler un maximum de trois (3) quarts de garde pour la période du temps des Fêtes ou pour la période de la relâche scolaire.

Toutefois, le comité paritaire peut dans des cas où la situation est jugée exceptionnelle autoriser davantage de quarts.

4.00 Conditions d'admissibilité du médecin

4.01 Pour se prévaloir de la présente lettre d'entente, un médecin doit répondre aux conditions ci-après énumérées :

- Il détient des privilèges pour exercer dans un service d'urgence d'un établissement ou en a détenu au cours des trois (3) dernières années;
- Tant durant la période visée par la présente lettre d'entente qu'au cours de l'année précédant le moment où il manifeste sa disponibilité, l'installation ou les installations où le médecin exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs médicaux selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire;
- Il souscrit un engagement écrit suivant lequel il s'engage spécifiquement :

  a) à se rendre disponible durant une semaine complète, selon le calendrier spécifique des semaines retenues pour chaque période d'application et identifiées à l'avance par le comité paritaire et qui seront choisies par celui-ci parmi les semaines de disponibilité indiquées par le médecin;

  b) pendant sa semaine de disponibilité, à être joignable en tout temps par le comité paritaire au cas où les besoins nécessitent qu'il soit dépêché dans un très court délai;

  c) à assumer, selon les besoins pour chaque semaine de disponibilité, cinq (5) quarts de garde échelonnés sur une période de cinq (5) jours non nécessairement consécutifs, d'une durée de huit (8) à douze (12) heures selon le mode d'organisation de l'établissement et ce, auprès d'une ou de plusieurs installations d'un même établissement ou d'établissements différents préalablement désignés par le comité paritaire;

  d) à assumer les quarts de garde selon l'horaire qui lui sera assigné par l'établissement demandeur et tel qu'entériné par le comité paritaire;

- Durant sa semaine d'engagement, le médecin s'engage aussi à ne pas effectuer de dépannage autrement que dans le cadre de la présente lettre d'entente, à moins d'y avoir été préalablement autorisé par le comité paritaire prévu aux présentes;
- À la suite de l'acceptation de sa candidature, le médecin transmet au comité paritaire un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux fins de la présente lettre d'entente.

Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, un médecin peut souscrire un engagement pour plus d'une (1) semaine de disponibilité.

5.00 Modalités spécifiques de rémunération

5.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le médecin dépêché auprès d'une installation d'un établissement désigné est rémunéré selon les modalités relatives au mécanisme du dépannage prévues à l'article 30.00 et à l'annexe XVIII de l'entente générale. Il ne peut se prévaloir de lettres d'entente prévoyant une rémunération bonifiée pour la prise en charge de l'urgence par les médecins de l'installation.

\# ***AVIS :*** *Pour facturer les frais de déplacement, utiliser la* Facture de frais de déplacement*. Consulter les instructions de facturation de l'article 30.00 de l'entente.*

5.02 Un forfait au montant de 4 365 $ par semaine de disponibilité sera versé au médecin s'il respecte l'ensemble des obligations prévues aux paragraphes a), b), c) et d) du troisième alinéa du paragraphe 4.01 et s'il effectue un ou des quarts de garde. Toutefois, ce forfait est fixé à 5 060 $ par semaine de disponibilité si le médecin engagé n'est pas dépêché par le comité paritaire pour effectuer un ou des quarts de garde durant sa semaine de disponibilité.

\# ***AVIS :*** *Utiliser la* Demande de paiement - Médecin *(1200) et inscrire :*

- XXXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE*;*
- le code d'acte ***19041*** *(4 365 $) ou* ***19042*** *(5 060 $) dans la section* Actes *(montant soumis à la rémunération majorée);*
- le montant dans la case TOTAL*;*
- la date de service correspondant ***au dernier jour de la semaine de disponibilité****;*
- le code de localité de votre lieu de pratique principal.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

5.03 La rémunération versée en vertu de la présente lettre d'entente est sujette au paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

6.00 Banque

6.01 Aux fins d'application de la présente lettre d'entente, le comité paritaire détermine pour chaque période d'application, la banque maximale de semaines de disponibilité allouée au total.

7.00 Respect de l'engagement

7.01 Sauf si le médecin trouve lui-même un médecin pour le remplacer répondant aux critères d'admissibilité prévus aux présentes ou sauf cas fortuits soumis à l'approbation du comité paritaire, le médecin qui met fin unilatéralement à son engagement ou qui ne respecte pas son engagement est passible d'une pénalité au montant de 2 530 $ pour chaque semaine d'engagement non-respectée.

8.00 Modalités de fonctionnement

8.01 Le comité paritaire remplit les fonctions suivantes :

- En prévision de chacune des périodes visées au paragraphe 3.01 de la présente lettre d'entente, il fera à une date précise, un appel de candidatures des médecins. Il attribuera les semaines de disponibilité aux médecins sans attendre la fin de la période d'appels de candidatures visée et en tenant compte, notamment, de la banque de semaines de disponibilité allouées et des dates de disponibilité des médecins;
- Suivant la date de réception de sa candidature, il informe, dans un délai raisonnable, le médecin de la semaine ou des semaines de disponibilité qui lui sont attribuées et lui transmet un exemplaire de l'engagement écrit prévu aux présentes;
- Il transmet à la Régie pour chaque période d'application annuelle, le nom des médecins sélectionnés et leur(s) semaine(s) de disponibilité attribuée(s);
- Il informe la Régie des autorisations de dépannage en vertu de la présente entente s'il y a lieu, le tout selon la procédure habituelle;
- En collaboration avec l'établissement et en tenant compte des besoins des autres installations visées, le comité paritaire procédera à la désignation du ou des médecins ainsi que du nombre de quarts de garde attendus;
- Il décide de l'application de la pénalité prévue à l'article 7.00 et il transmet à la Régie le nom du médecin sujet à la pénalité.

9.00 Entrée en vigueur et durée

9.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er juin 2016 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'Entente. Les parties déterminent les dates et les semaines de disponibilité visées pour chaque période, si besoin est.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^{e} jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 299

+ ## LETTRE D'ENTENTE N^{O} 299

Concernant la rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services à la clientèle d'un centre de pédiatrie sociale en communauté

CONSIDÉRANT que le gouvernement du Québec a approuvé lors du discours du budget du 26 mars 2015, une contribution financière étalée sur quatre ans pour le développement d'un réseau de centres de pédiatrie sociale en communauté;

CONSIDÉRANT que les services rendus dans un centre de pédiatrie sociale en communauté s'apparentent aux services offerts dans le cadre d'un programme de santé maternelle et infantile ou d'un programme jeunesse en centre local de services communautaire;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Objet

1.01 La présente lettre d'entente a pour objet certaines modalités de rémunération du médecin omnipraticien qui dispense des services cliniques dans un centre de pédiatrie sociale en communauté reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux et/ou le ministère de la Famille et qui est désigné par les parties et inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente. Le comité paritaire informe la Régie de cette désignation.

2.00 Champ d'application

2.01 L'entente générale intervenue le 1er septembre 1976 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'applique sous réserve des dispositions d'application de la présente lettre d'entente.

3.00 Conditions d'application

3.01 Pour les fins de la rémunération du médecin qui dispense des services dans un centre de pédiatrie sociale en communauté, celui-ci est réputé être un CLSC. Le médecin qui y exerce peut choisir d'y être rémunéré, de façon exclusive, selon le mode du tarif horaire, le mode des honoraires fixes, le mode de l'acte ou selon le mode de rémunération mixte, et ce, sans égard au mode de rémunération choisi dans une autre installation de l'établissement où il est nommé.

AVIS : *Pour le médecin qui détient une nomination à tarif horaire, utiliser la* Demande de paiement – Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation *(1215). Pour le médecin qui détient une nomination à honoraires fixes, utiliser la* Demande de paiement – Honoraires fixes et salariat *(1216).*

Inscrire :

- le numéro d'établissement ***selon l'annexe I de la présente LE n^{o} 299****;*
- le code d'activité ***268030*** *Services cliniques.*

Pour les secteurs de dispensation applicables en horaires défavorables, consulter les instructions de facturation à l'annexe XX de l'Entente.

3.02 Les dispositions de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* ne s'appliquent pas dans un tel centre.

3.03 Les modalités pour la rémunération des activités liées à la supervision d'un résident ou d'un externe prévues à la Section I de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant s'appliquent dans un centre désigné.

3.04 Les services rendus dans un centre de pédiatrie sociale en communauté sont sujets aux majorations de l'annexe XII et aux majorations en horaires défavorables en CLSC prévues au paragraphe 4.01 de l'annexe XX.

3.05 Les honoraires des services rendus dans un centre désigné sont sujets à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX.

3.06 Pour y exercer, le médecin doit détenir une nomination du CISSS ou du CIUSSS du territoire où un centre de pédiatrie sociale en communauté reconnu est implanté.

L'établissement informe la Régie de la nomination du médecin omnipraticien dans un centre désigné et du mode de rémunération choisi par le médecin.

AVIS : *Le CISSS ou le CIUSSS doit transmettre à la Régie l'un des formulaires suivants en version* ***papier*** *pour chaque médecin exerçant dans un centre de pédiatrie sociale en communauté désigné :*

- Avis de service – Médecin omnipraticien – Honoraires fixes et rémunération mixte *(1897);*
- Avis de service – Médecin omnipraticien – Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte *(3547).*

Il doit :

- *inscrire la situation d'entente* Lettre d'entente n^{o} 299*;*
- *cocher le mode de rémunération choisi par le médecin;*
- *indiquer la période couverte par l'avis de service.*

4.00 Mise en vigueur

4.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2016 et se termine le 31 mars 2020 à moins d'avis contraire des parties.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^{e} jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 300

\+ **LETTRE D'ENTENTE N^{O} 300**

Concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés

CONSIDÉRANT que le ministère de la Santé en collaboration avec l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) a pris l'initiative de mettre en place un Projet vitrine portant sur l'évaluation de l'intégration des IPS-SPL en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);

CONSIDÉRANT que le CMQ et l'OIIQ ont convenu que les modalités d'exercice des IPS-SPL en soins de première ligne, telles que décrites dans les lignes directrices conjointes du CMQ et de l'OIIQ, seraient applicables à l'exercice des IPS-SPL en CHSLD pendant la durée du projet vitrine;

CONSIDÉRANT que les IPS-SPL qui participent au projet vitrine doivent convenir d'une entente de partenariat avec un ou plusieurs médecins omnipraticiens;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Conditions d'application

1.01 Un médecin peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente s'il a convenu d'une entente de partenariat avec une IPS-SPL.

Le CHSLD doit être reconnu comme lieu de Projet vitrine par le ministère de la Santé et des Services sociaux et inscrit à l'annexe I de la présente lettre d'entente.

1.02 Le médecin partenaire qui peut se prévaloir des dispositions de la présente lettre d'entente est celui dont le nom a été transmis par le comité paritaire à la Régie comme médecin partenaire exerçant sa profession dans l'un des CHSLD visé par la présente lettre d'entente et qui collabore avec une IPS-SPL.

1.03 Le médecin partenaire d'une IPS-SPL informe le comité paritaire du mois pendant lequel l'IPS-SPL commence à travailler dans un CHSLD visés par la présente. Il l'informe également de toute modification importante à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, l'arrivée d'une autre IPS-SPL ou encore le départ, ou absence pour toute période, de l'une d'entre elles. Le comité paritaire en informe la Régie.

De même, le CISSS ou le CIUSSS est responsable d'aviser le comité paritaire du nombre d'heures convenues et de toute modification de la convention de partenariat prévue au paragraphe 1.01 de la présente lettre d'entente concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL, son départ ou absence pour toute période ou encore le non-renouvellement de la convention.

2.00 Modalités de rémunération du médecin partenaire

2.01 Les activités du médecin partenaire reliées à la surveillance générale des activités médicales de l'IPS-SPL ou de l'observance des normes poursuivant ces finalités reliées à l'exercice des activités médicales de l'IPS-SPL et, y incluant les discussions de cas, les rencontres d'équipes et la révision de dossiers, sont rémunérées selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant le paiement d'un ou de plusieurs forfaits hebdomadaires.

Les modalités suivantes s'appliquent :

a) Le montant du forfait est de 49,25 $ lorsque le médecin est rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique en soins de longue durée. Le montant du forfait est de 22,30 $ lorsque le médecin est rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes au sein du CHSLD.

\# ***AVIS :*** *Inscrire l'un des codes de facturation suivants :*

- ***19789*** *pour la facturation selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte dans le secteur de pratique de longue durée;*
- ***19790*** *pour la facturation en CHSLD d'un médecin à tarif horaire ou à honoraires fixes.*

Indiquer le nombre de forfaits.

b) À compter de la date d'entrée en vigueur de la présente lettre d'entente, le médecin partenaire rémunéré selon le mode de l'acte ou le mode de rémunération mixte au sein du CHSLD visé ne peut réclamer en sus du forfait prévu à l'alinéa a) ci-dessus l'acte d'échanges interdisciplinaires (code d'acte 15620 et code d'acte 15621) pour les activités décrites au premier alinéa de la présente disposition.

c) La banque de forfaits est de quarante-deux (42) forfaits par mois allouée sur la base de l'intégration d'une IPS-SPL à temps plein en CHSLD. Dans le cas où l'entente de partenariat prévoit un nombre d'heures moindre que trente-cinq (35) heures par semaine, la banque de forfaits est allouée selon le prorata des heures convenues sur trente-cinq (35) heures.

d) La banque de forfaits peut être répartie entre les médecins partenaires qui collaborent avec l'IPS-SPL. Elle ne peut être dépassée sur une base mensuelle.

e) Sur la base des critères apparaissant au sous-paragraphe c), le comité paritaire alloue le nombre de forfaits au CHSLD. L'inscription de ce lieu de dispensation de services à l'annexe I de la présente lettre d'entente fait mention du nombre de forfaits alloués.

Le comité paritaire peut rajuster le nombre de forfaits alloués pour tenir compte de toute modification à l'entente de partenariat concernant le nombre d'heures de travail de l'IPS-SPL ou encore son départ ou pour toute autre raison.

2.02 La rémunération prévue au présent article est sujette à l'application des annexes XII et XII-A de l'entente générale. Elle n'est pas sujette aux majorations prévues pour les services dispensés en horaires défavorables.

3.00 Autre disposition

3.01 Les sommes versées en vertu de la présente lettre d'entente sont sujettes à l'application du paragraphe 5.3 de l'annexe IX de l'entente générale.

4.00 Financement

4.01 Les coûts découlant de l'article 2.00 de la présente lettre d'entente sont financés à même les sommes prévues au paragraphe 8.01 de la Lettre d'entente n^{O} 229.

5.00 Rétroactivité

5.01 Pour la période comprise entre le 1er mai 2015 et le 30 septembre 2016 une rétroactivité découlant de l'article 2.00 de la présente lettre d'entente sera versée aux médecins partenaires répondant aux conditions prévues par la présente lettre d'entente, selon les modalités à convenir entre les parties.

6.00 Mise en vigueur et durée

6.01 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er octobre 2016 et elle se termine à compter de la date où le Projet vitrine visé par la présente lettre d'entente prendra fin.

6.02 Les parties conviennent que le maintien ou non de la présente lettre d'entente fera l'objet de discussions entre les parties dans le cadre de négociations entourant le renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 10^{e} jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

+

ANNEXE I *(Lettre d'entente n^{o} 300)*

Liste CHSLD désignés aux fins de l'application de la Lettre d'entente N^{O} 300 concernant certaines conditions d'exercice et de rémunération applicables au médecin dans le cadre du Projet vitrine portant sur l'intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-SPL) dans certains CHSLD désignés

CHSLD RECONNU FORFAITS MENSUELS DATE DE MISE EN APPLICATION

Régions

- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04) : CHSLD Christ-Roi (02784)
- CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06-1) : Centre d'hébergement de Saint-Henri (10075)
- CISSS Nord-de-l'Île-de-Montréal (06-4) : CHSLD Paul-Lizotte (16395)
- CISSS de Chaudière-Appalaches (12) : CHSLD Paul-Gilbert (02854)
- CISSS des Laurentides (15) : CHSLD D'Youville (04554)
- CISSS de la Montérégie-Centre (16-1) : CHSLD de la MRC de Champlain (15475)

LE - Nº 301

+

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 301

Concernant la protection civile et professionnelle du médecin qui participe au Dossier de santé du Québec (DSQ)

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Objet

1.1 La présente entente a pour objet de déterminer la protection civile et professionnelle applicable au médecin qui participe au Dossier de santé du Québec (DSQ).

1.2 Cette entente s'applique à tout médecin qui participe au régime d'assurance maladie du Québec sans égard à son milieu de pratique pour autant que le DSQ soit disponible dans sa localité.

2. Intervenant habilité

2.1 Le médecin qui désire se prévaloir de la présente entente en devenant un intervenant habilité doit obtenir un certificat d'authentification de personne et compléter le formulaire d'adhésion prescrit par les parties.

2.2 Le médecin qui accepte volontairement de participer au DSQ ainsi que les membres de son personnel qu'il autorise deviennent les intervenants habilités.

3. Responsabilité civile et professionnelle

3.1 Le ministre garantit l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin par le biais du DSQ, à savoir que ces renseignements sont identiques à ceux émis ou produits par les producteurs de services autorisés à alimenter les domaines du DSQ.

3.2 Le ministre est responsable de tout dommage causé aux patients d'un médecin ou à des tiers par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

3.3 Le ministre est responsable de tout dommage causé aux biens appartenant au médecin ou au cabinet privé par ses employés, représentants, agents, sous-traitants ou autres mandataires découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

3.4 Le ministre est responsable de tout dommage causé aux patients ou autres tiers par le médecin, le cabinet privé ou ses représentants et découlant de l'installation défectueuse ou du mauvais fonctionnement du DSQ.

3.5 Le ministre, ses mandataires et ses représentants n'engagent envers les patients et autres tiers, aucune responsabilité découlant d'une utilisation professionnelle par le médecin des renseignements contenus dans le DSQ, sous réserve d'une atteinte à l'intégrité des renseignements cliniques auxquels a accès le médecin tel que le mentionne la présente lettre d'entente.

3.6 Le ministre doit prendre fait et cause pour le médecin pour toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées contre ces derniers et découlant des articles 3.1 à 3.4.

3.7 Le ministre renonce à tous ses droits et recours contre le médecin ou le cabinet privé pour tout dommage aux composantes logicielles du DSQ causé par le médecin et, le cas échéant, par son personnel dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de la présente lettre d'entente.

3.8 Le ministre doit indemniser le médecin ou le cabinet privé pour tous les dommages subis par ce dernier à la suite d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 3.1 à 3.4.

3.9 Le ministre doit indemniser et rembourser tous les frais encourus aux fins de préparer et d'assurer la défense du médecin ou du cabinet privé dans le cadre d'une demande, action, poursuite ou autre procédure découlant des articles 3.1 à 3.4.

3.10 Le médecin doit aviser promptement le ministre de toute demande, action, poursuite ou autre procédure intentées eu égard à la présente lettre d'entente.

4. Obligations des parties

4.1 Le médecin qui adhère au DSQ doit :

a) devenir un intervenant habilité;

b) utiliser le DSQ dans l'exercice de ses activités cliniques et s'abstenir de toute manœuvre susceptible de nuire au bon fonctionnement du DSQ;

c) participer au programme de formation visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DSQ;

d) utiliser le DSQ dans le respect de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels auxquels il a ainsi accès;

e) garder sous son contrôle le dispositif d'accès au DSQ et ne pas divulguer son numéro d'identification personnel;

f) utiliser les composantes du DSQ selon les procédures, conditions et normes élaborées et fournies par le ministre;

g) s'assurer que les obligations précédentes sont respectées par son personnel;

h) aviser le ministre de toutes irrégularités dans le fonctionnement du DSQ.

4.2 Afin de favoriser la participation au DSQ du médecin ayant adhéré à la présente lettre d'entente, le Ministre s'engage à :

a) rendre le DSQ accessible progressivement à l'ensemble des médecins de famille œuvrant en première ligne, sans égard à leur lieu ou leur modèle de pratique, pour autant que le médecin y adhère;

b) fournir au médecin le soutien technique permettant d'assurer le bon fonctionnement du DSQ;

c) mettre en place les mesures requises relatives à l'authentification du médecin et de son personnel ainsi que les mesures de sécurité requises afin d'assurer la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'irrévocabilité des renseignements en provenance directement du DSQ, sous réserve du sous-paragraphe b) de l'article 4.1;

d) fournir tout l'encadrement et l'assistance nécessaires au médecin et à son personnel pour permettre l'utilisation du DSQ;

e) fournir également au médecin et à son personnel la formation adéquate pour permettre l'utilisation du DSQ excluant celle relative à l'utilisation et le fonctionnement de base d'un ordinateur et des logiciels d'usage courant (ex. courriel, Internet, etc.).

5. Mise en vigueur

5.1 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1er septembre 2016 et remplace l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de santé du Québec et au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques signée le 17 août 2012.

5.2 La présente lettre d'entente demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'Entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10e jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 302

+

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 302

Concernant la rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable

CONSIDÉRANT que les parties ont manifesté la volonté de revoir les modalités applicables à la rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable;

CONSIDÉRANT que les parties ont convenu de mettre en place une modalité temporaire de rémunération du médecin qui participe à une séance de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable du 16 octobre 2016 au 30 août 2017;

CONSIDÉRANT que la période de vaccination contre la grippe saisonnière débute dès le mois octobre, les parties conviennent qu'il est dès lors nécessaire d'introduire dans la nomenclature, un acte spécifique pour le médecin qui évalue un patient dans le cadre d'une séance de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties s'engagent à convenir d'ici, le 30 août 2017, des modalités afférentes aux conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui participe à des séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable.
2. Les modalités de rémunération à convenir pourront prendre notamment la forme de nouveaux actes qui permettront d'optimiser l'organisation de services dans le cadre de séances de vaccination antigrippale de masse à l'exclusion d'un groupe identifiable.
3. Cette négociation sera entreprise dans les meilleurs délais.
4. La présente lettre d'entente entre en vigueur le 16 octobre 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 10^{e} jour de janvier 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LE - N^{o} 303

+

LETTRE D'ENTENTE N^{O} 303

Concernant le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec

CONSIDÉRANT la Lettre d'entente n^{o} 282;

CONSIDÉRANT le financement du Programme d'aide aux médecins du Québec (ci-après « le Programme d'aide ») pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Les parties négociantes conviennent de mettre en place un financement permettant d'assurer le maintien et la continuité des services offerts aux médecins, résidents et étudiants en médecine par le Programme d'aide aux médecins du Québec.
2. À cette fin, les parties négociantes conviennent de verser un montant de 700 000 $, financé à même l'enveloppe budgétaire globale allouée aux médecins omnipraticiens pour l'année 2016-2017, afin de contribuer au financement du Programme d'aide aux médecins du Québec pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017.
3. Les parties négociantes avisent la Régie du montant à verser au Programme d'aide.
4. Le maintien du financement du programme d'aide pour les années subséquentes fera l'objet de discussions entre les parties négociantes dans le cadre des négociations entourant le renouvellement de l'entente générale.
5. La présente lettre d'entente s'applique à compter du 1er avril 2016.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à ce ^{e} jour de 2017.

GAÉTAN BARRETTE
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

LOUIS GODIN, M.D.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

2.1 LETTRES D'INTENTION

+ **LETTRE D'INTENTION**

AYANT POUR OBJET L'ANNEXE XIII DE L'ENTENTE RELATIVE À L'ASSURANCE MALADIE ET À L'ASSURANCE HOSPITALISATION ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

En ce qui a trait au remplacement de l'annexe XIII de l'Entente, tel qu'édicté par les dispositions de l'Amendement No 92, les parties conviennent, quant à la nouvelle annexe, peu importe la catégorie de médecins visés (omnipraticiens ou spécialistes), des matières suivantes :

1. la grille de rémunération qu'elle édicte doit être identique à celle appelée à régir, pour la même période, les médecins spécialistes;
2. il y a parité entre les augmentations de rémunération applicables, pour la période visée, à l'une ou l'autre des catégories de médecins visés.

Si des discussions avec les médecins spécialistes devaient introduire des dispositions qui diffèrent des principes énoncés ci-dessus, les parties s'entendent pour discuter des modifications requises à l'annexe XIII précitée et convenir des modifications découlant de ces dernières discussions.

+ EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec, ce 4^{e} jour d' avril 2007.

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

RENALD DUTIL, m.d.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec