

COMMUNIQUÉ

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>
Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
INFO PROF : Québec (418) 528-7763
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763

Québec 
Régie de
l'assurance maladie
du Québec

POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Assistance aux professionnels

Québec (418) 643-8210
Montréal (514) 873-3480

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

Télécopieur

Québec (418) 646-8251
Montréal (514) 873-6951

Sillery, le 29 juin 2000

À l'attention des médecins omnipraticiens

Points saillants Amendement n° 69

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont convenu de l'Amendement n° 69 à votre entente qui, sous réserve des approbations gouvernementales, entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000, sauf pour les articles qui ont des dates précisées dans le présent communiqué.

Nous vous mentionnons ci-après les points saillants de cet amendement. Les textes officiels et les renseignements administratifs seront intégrés dans la prochaine mise à jour du Manuel et de la Brochure N°1 des médecins omnipraticiens.

Nous vous prions de conserver ce communiqué jusqu'à réception de cette mise à jour.

- 1. Entente générale :** Pour ce qui est du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale et de l'annexe XVIII relative aux modalités de rémunération du médecin dépanneur, nous vous référons au communiqué n° 029 du 00-06-29 qui est aussi disponible dans le site Internet de la Régie.
- 2. L'Annexe V** de l'Entente, intitulée " Tarif des actes médicaux ", est modifiée de la façon suivante :

A. Préambule général

- a) Au paragraphe 1.4, le 2^e alinéa de l'alinéa b) est remplacé par le suivant :*

" Lorsque la situation le justifie, plus d'un médecin peut être rémunéré selon le forfait compensatoire de 450 \$, divisible en heures, pour une période s'échelonnant entre 0 h et 8 h. L'établissement doit alors avoir obtenu, préalablement, l'accord du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente. Une banque d'heures annuelles est alors déterminée par le comité paritaire pour cette rémunération. "

b) Les paragraphes 2.4.7.6 A et 2.4.7.6 B sont remplacés par le paragraphe 2.4.7.6 :

“ 2.4.7.6 Pour les fins d'application de l'Entente, sauf dispositions contraires, les jours fériés sont les suivants :

La Confédération, la Fête du travail, la fête de l'Action de Grâce, la veille de Noël, la fête de Noël, le lendemain de Noël, la veille du Jour de l'An, le Jour de l'An, le lendemain du Jour de l'An, le Vendredi Saint, le Lundi de Pâques, la Fête de Dollard et la Fête nationale.

Toutefois, les jours fériés et la date où ils sont chômés, pour le médecin qui exerce en centre local de services communautaires, en gériatrie active et en soins palliatifs d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, sont les mêmes que ceux déterminés pour le personnel professionnel de l'établissement. ”

B. Consultation et examen

Sous la rubrique “ Examen médical et constat médico-légal pour un patient présumément victime d'assaut sexuel ” :

a) *Le code 9067 est remplacé par le suivant :*

“ 9067 examen médical d'un patient présumément victime d'assaut sexuel,
constat médico-légal le cas échéant,
et rédaction du formulaire 219,50 \$ ”

b) *Le code 9068 est abrogé.*

3. **L'Annexe VI** de l'Entente, intitulée “ Avantages sociaux ” est modifiée à partir de l'article 6.00, en remplaçant et en ajoutant des paragraphes. (*Voir Document 1, en vigueur le 1^{er} juillet 1999 sauf alinéa c du paragraphe 6.01 qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000.*)
4. **L'Annexe XVI** de l'Entente intitulée “ Programme d'allocation de congé de maternité au bénéficiaire du médecin rémunéré à l'acte, à tarif horaire ou à la vacation ” est remplacée par celle apparaissant en annexe. (*Voir Document 2*)
5. **La lettre d'entente n° 94** du 31 janvier 2000 concernant le retour en pratique du médecin adhérent aux programmes d'allocation de fin de carrière ou de départ assisté **est prolongée jusqu'au 1^{er} novembre 2000.** (*En vigueur le 30 avril 2000*)

6. L'entente particulière concernant les médecins qui exercent leur profession dans le Grand-Nord est modifiée de la façon suivante :

A. *En remplaçant l'article 4.00 par le suivant :*

“ Modes de rémunération

Selon la nomination qu'il détient, le médecin régi selon la présente entente particulière est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes, soit à tarif horaire. Le médecin **peut cependant opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.** ”

Avis : *Pour le mode de rémunération à l'acte, veuillez utiliser la demande de paiement #1200 pour la facturation des services médico-administratifs.*

B. *En ajoutant à l'article 5.00 le paragraphe suivant :*

“ 5.02 Nomination à demi-temps en périodes discontinues

- a) Le médecin qui est rémunéré à tarif horaire conformément à la présente entente particulière peut demander, sur recommandation du chef de département de médecine générale, une nomination d'une durée annuelle de six (6) mois répartie sur des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. L'établissement informe la Régie des périodes ainsi déterminées.
- b) Le médecin bénéficie par année, des dispositions de l'annexe XII sous réserve des dispositions suivantes :
- la moitié de la prime d'isolement;
 - deux (2) sorties;
 - dix (10) jours de ressourcement et le remboursement des frais encourus au maximum deux (2) fois. Les jours de ressourcement peuvent être pris pendant une période de l'année autre que celle déterminée selon le paragraphe 5.02 a) de la présente entente particulière;
- c) Le médecin bénéficie des avantages additionnels prévus à l'article 8.00 de la présente entente particulière pour la période des mois ouvrés. ”

C. *En remplaçant le paragraphe 9.02 par le suivant :*

“ 9.02 Un médecin appelé à effectuer le remplacement temporaire d'un médecin dans sa tâche habituelle auprès de l'établissement visé est rémunéré :

- a) soit selon un per diem auquel s'ajoute, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix (10) heures par jour, la garde en disponibilité rémunérée selon le taux prévu à l'article 6.00;

- b) soit, dans le cas où les heures d'activités professionnelles effectuées sur place dans la journée **diffèrent des heures prévues au per diem**, pour les activités professionnelles sur place, selon le taux horaire applicable au médecin rémunéré à tarif horaire. ”

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

- 0930 : *Services cliniques*
- 0981 : *Garde en disponibilité*

Veillez identifier le mode de rémunération, comme suit :

- PD : *per diem*
- TH : *pour une rémunération au tarif horaire "Garde en disponibilité ou lorsque la journée ne constitue qu'une partie des activités prévues au per diem".*

N.B.– *La **modification** permettra au médecin appelé à dispenser des services sur place au-delà des neuf (9) heures prévues au per diem, d'être rémunéré pour toutes les heures ainsi effectuées au taux des activités dispensées sur place.*

D. *En ajoutant, au paragraphe 9.05, l'alinéa suivant :*

“ Un (1) droit de sortie octroyé au médecin en vertu du présent paragraphe peut être utilisé par son conjoint pour rendre visite au médecin en autant que celui-ci effectue une période de dépannage continue minimale de deux (2) mois auprès du même établissement. ”

7. L'entente particulière régissant, à titre d'un projet d'expérimentation, la rémunération du médecin appelé à dispenser des services médicaux **dans le cadre du programme d'hospitalisation à domicile** de certains centres hospitaliers, signée le 16 mai 1991, est *abrogée*.
8. **L'entente particulière relative à l'assurance responsabilité professionnelle** signée le 2 septembre 1999 **est reconduite pour l'année 2000**, basée sur le montant de la cotisation fixé par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) pour l'année 2000 et selon les mêmes modalités prévues à ladite entente particulière tout en remplaçant les trois premiers alinéas de son paragraphe 3.01 par les suivants : (*En vigueur le 1^{er} janvier 2000*)

« 3.01 Le remboursement de prime est accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 1998 au 31 mars 1999, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Ce remboursement de prime est également accordé au médecin qui, pendant l'année 2000, a touché des revenus supérieurs à 36 000 \$.

Le remboursement de prime visé aux alinéas ci-dessus est aussi accordé au médecin qui, pour la période du 1^{er} avril 1998 au 31 mars 1999 ainsi que pendant l'année 2000, a touché des revenus supérieurs à 20 000 \$ mais inférieurs à 36 000 \$ ».

9. **L'entente particulière relative aux activités médicales particulières** est modifiée en remplaçant le sixième alinéa du sous-paragraphe 3.5.6 par les suivants : *(En vigueur le 1^{er} janvier 2000)*

“ Les dispositions prévues aux alinéas précédents ne s'appliquent au médecin qui bénéficie d'un congé de maternité ou est éligible à ce congé, **ou prend un congé d'adoption**, qu'après l'expiration d'une période de douze (12) mois dont la répartition avant et après l'accouchement **ou avant et après la prise en charge effective de l'enfant**, appartient au médecin et doit comprendre, dans le cas d'un congé de maternité, le jour de l'accouchement et, **dans le cas d'un congé d'adoption, le jour de la prise en charge effective.** ”

Dans le cas d'un **congé d'adoption**, lorsque deux conjoints peuvent bénéficier des dispositions de l'alinéa précédent, la période de douze (12) mois qui y est prévue est répartie entre eux selon les modalités qu'ils fixent. Ils en informent la Régie. ”

10. **L'entente particulière relative aux médecins qui exercent dans ou auprès d'un CLSC** est modifiée en remplaçant le paragraphe 3.02 par le suivant :

“ 3.02 Malgré le paragraphe précédent, le médecin qui opte pour le mode des honoraires fixes ou celui du tarif horaire peut, au moment de sa nomination ou du renouvellement de sa nomination, choisir, sur recommandation du chef du service médical ou du médecin responsable et avec l'approbation de l'établissement, le mode de l'acte lorsqu'il exerce dans le cadre des services médicaux sans rendez-vous, dans le cadre du service d'urgence d'un centre local de services communautaires du réseau de garde ou dans le cadre du programme de maintien à domicile. **Le médecin peut aussi opter pour le mode de l'acte lorsqu'il dispense des services médico-administratifs visés à l'annexe XIII de l'Entente.** ”

11. **L'entente particulière relative à la santé publique** est remplacée par celle apparaissant en annexe. *(Voir Document 3)*

12. **L'entente particulière relative à la rémunération et aux conditions d'exercice du médecin omnipraticien chef du département clinique de médecine générale d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)** est modifiée en remplaçant le paragraphe 1.01 par le suivant : *(en vigueur le 1^{er} septembre 1999).*

« 1.01 La présente entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières relatives aux activités médico-administratives ainsi que leur rémunération, du médecin qui est nommé chef du département clinique de médecine générale d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui a un service d'urgence ; ».

13. Le protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice du Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001), est modifié de la façon suivante :

a) *En ajoutant à l'article 6.00 le paragraphe suivant :*

6.02 "Au-delà du plafond annuel déterminé selon le paragraphe 5.02 de l'Annexe XIV de l'Entente, la dérogation prévue au paragraphe 5.10 de la même annexe s'applique également à la rémunération des activités professionnelles exercées par un médecin visé aux présentes ;"

b) *En ajoutant l'article 6.00A suivant :*

" 6.00A Annexe IX

6.01A La rémunération versée pour les activités **visées** aux présentes est sujette à l'application des paragraphes 5.3 et 5.4 de l'annexe IX de l'Entente. "

14. Le protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une régie régionale est modifié en remplaçant le paragraphe 7.01 par le suivant :

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

Note : *Ce communiqué ainsi que les annexes sont disponibles dans le site Internet de la Régie.*

Source : Direction de normalisation et des services techniques
Comm. 030/00-06-29

c.c. Développeurs de logiciels de facturation
Agences commerciales de traitement de données – Médecine
Directeurs généraux des établissements de santé du Québec

ANNEXE VI AVANTAGES SOCIAUX

6.00 DISPOSITIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE

6.01 Sous réserve de l'alinéa c), le médecin bénéficie, en cas de décès, maladie ou accident, des avantages prévus aux articles suivants, à compter de la date indiquée ci-après :

- a) Le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est égale ou supérieure à vingt-sept (27) heures tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente : après un (1) mois de service ;

Avis : *Le médecin à plein temps devient admissible après 1 mois de service continu et une facturation équivalente à 4 semaines selon l'avis de service.*

- b) Le médecin à plein temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire est de moins de vingt-sept (27) heures et le médecin à demi-temps dont la période régulière d'activités professionnelles hebdomadaire comporte dix-sept heures et demie (17 h ½) tel qu'indiqué à l'avis prévu au dernier sous-paragraphe du paragraphe 13.01 de l'Entente : après trois (3) mois de service.

Avis : *Le médecin à demi-temps ainsi que le médecin à plein temps, dont la période régulière d'activités professionnelles est de moins de 27 heures, devient admissible après 3 mois de service continu et une facturation équivalente à 13 semaines selon l'avis de service.*

- c) Dans le cas d'un médecin qui opte pour le mode de rémunération à honoraires fixes après le (date à convenir) et qui devient invalide ou décède, les bénéfices prévus au présent article et aux articles 7.00 et 8.00 de la présente annexe ne s'appliquent pas si l'invalidité ou le décès survient à la suite d'une maladie dont les symptômes ont fait l'objet d'une consultation médicale et d'un diagnostic confirmant la maladie et cela, avant la prise d'effet des bénéfices selon les alinéas a) et b) du présent paragraphe. Aucune prestation d'invalidité ni d'assurance vie n'est alors versée.

N.B.- *Cet alinéa, qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000, introduit la notion de « conditions préexistantes » aux régimes d'assurance. Veuillez en prendre connaissance avant de décider d'être rémunéré à honoraires fixes. Cette restriction ne s'applique qu'au médecin qui serait rémunéré selon ce mode après le 30 juin 2000.*

Toutefois, ces exclusions ne s'appliquent pas si une telle invalidité ou le décès survient après une période de vingt-quatre (24) mois d'assurance.

Lorsque le médecin quitte un établissement, il n'est pas assujéti à l'application des alinéas précédents s'il avise la Régie, dans les trois (3) mois de son départ, qu'il est de son intention de reprendre ses activités professionnelles rémunérées à honoraires fixes dans un établissement. Cette reprise d'activités doit s'effectuer dans les douze (12) mois suivant la date de son départ.

6.02 Aux fins des présentes, on entend par :

A. Personne à charge, le conjoint ou l'enfant à charge d'un médecin tel que défini ci-après :

- a) **Conjoint** : une personne liée à l'adhérent par un mariage légalement reconnu ou, si l'adhérent la désigne par écrit à l'assureur, une personne qu'il présente publiquement comme conjoint, avec qui il fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, avec qui il fait régulièrement vie commune depuis au moins un an, étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas d'un mariage non légalement reconnu. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme conjoint.
- b) **Enfant à charge** : un enfant du médecin, de son conjoint ou des deux, non marié et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend du médecin pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :
- est âgé de moins de dix-huit (18) ans ;
 - est âgé de vingt-cinq (25) ans ou moins et fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue ;
 - quel que soit son âge, s'il a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

B. Date de la retraite :

La date du premier versement de la pension du médecin en vertu du régime de retraite RREGOP, lequel prévoit que la retraite débute le jour où il prend sa retraite, ou au plus tard lorsqu'il atteint 71 ans.

C. Période d'assurance :

Sous réserve du dernier alinéa du paragraphe 6.01 de la présente annexe, la période d'assurance s'entend de toute période d'assurance continue ou de périodes successives séparées par moins de douze (12) mois.

AVIS : *Les textes des paragraphes 6.03 à 6.18, 7.01, 7.04, 8.01, 8.04, 8.05 et 8.07 n'ont pas été modifiés.*

Les paragraphes 6.21 à 6.28 deviennent 6.19 à 6.25
Le paragraphe 6.19 devient 8.03 d) et 6.20 devient 7.05

6.21(+avis) devient	6.19
6.22	6.20
6.23	6.21
6.24	6.22
6.25	6.23
6.26	annulé
6.27	6.24
6.28	6.25

7.02 Régime de rente de survivants : Ajout des alinéas f) et g) :

“ f) Pour les fins du régime de rentes de survivants, le traitement annuel ne saurait excéder cent mille dollars (100 000 \$) ”.

“ g) Les rentes de conjoint et d'enfant à charge sont indexées annuellement selon les mêmes modalités que les rentes payables présentement en vertu du Régime de rentes du Québec. L'indexation annuelle ne peut cependant excéder trois pour cent (3 %) ”.

7.03 Régime complémentaire obligatoire : l'alinéa c) est remplacé par le suivant :

“ c) L'assurance d'un médecin sous le présent régime complémentaire se termine à la première des dates suivantes :

- i) trente et un (31) jours suivant la terminaison de ses fonctions sauf pour invalidité tel que prévu à l'article **8.02 j)** ;
- ii) date de la retraite. ”

7.05 Les contrats d'assurance relatifs aux régimes complémentaires obligatoires d'assurance vie doivent contenir entre autres les dispositions suivantes :

a) Le médecin bénéficie également, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité, de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance vie pour une période de deux (2) ans sous réserve de la date de la prise de la retraite, si l'invalidité débute après 63 ans. Dans le cas où elle débute **avant 63 ans**, l'exonération s'applique **jusqu'à 65 ans** sous réserve de la date de la prise de la retraite.

Le médecin bénéficie aussi, selon les modalités prévues à l'alinéa précédent, d'une exonération des cotisations au régime de retraite.

b) Dans le cas où les fonctions du médecin sont suspendues temporairement par suite d'un congé, d'un retrait de services ou d'une mise à pied, grève ou lock-out l'affectant, l'assurance demeure en vigueur pourvu que la totalité du coût soit assumée par le médecin.

7.06 L'alinéa C devient 7.02 f).

7.07 Le paragraphe est remplacé par 8.09.

8.02 Ajout de l'alinéa j) :

“ j) Le médecin bénéficie, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité, de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée auquel il participe sans perte de droit et ce, jusqu'à 65 ans en autant que l'invalidité débute avant 63 ans. ”

8.03 Régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée

L'alinéa a) est modifié :

a) Lorsqu'un médecin devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit, après l'expiration d'une période d'attente de deux (2) ans, à une rente mensuelle payable **jusqu'à 65 ans**, tant que dure l'invalidité totale ;

L'alinéa c) est modifié :

- c) En plus de la rente précitée, l'assureur verse au régime de retraite auquel le médecin participe, la cotisation mensuelle qu'il devrait normalement y verser. Toutefois, aucun versement de cotisation n'est effectué soit après la date de la retraite, **soit à 65 ans si l'invalidité a débuté avant 63 ans, étant entendu que le versement cesse à la date de la survenance du premier événement.**

Ajout des alinéas d) et e) :

“ d) Les rentes d'invalidité de longue durée sont indexées annuellement. L'indexation annuelle ne peut cependant excéder quatre pour cent (4 %). ”

“ e) Le médecin bénéficie, après les trois (3) premières semaines d'invalidité et pendant la continuation de ladite invalidité, de l'exonération des primes au régime complémentaire obligatoire d'assurance invalidité de longue durée auquel il participe sans perte de droit et ce, jusqu'à 65 ans en autant que l'invalidité débute avant 63 ans.

Le médecin bénéficie aussi, selon les modalités prévues à l'alinéa précédent, d'une exonération des cotisations au régime de retraite ”.

8.06 *Le 2e alinéa est modifié.*

Le médecin qui **reçoit une prestation d'invalidité de base** et atteint 71 ans et qui, au 31 décembre de cette année ne reçoit pas une rente de retraite au sens de l'alinéa précédent, a le fardeau de démontrer qu'il n'y a pas droit.

Avis : *Utiliser le code de congé 71 pour la facturation d'une période d'invalidité où le médecin reçoit une rente d'invalidité d'autres organismes gouvernementaux, en indiquant :*

- *le nom de cet organisme*
- *le montant de la rente d'invalidité ou de retraite reçu*

8.08 L'assurance d'un médecin se termine à la première des dates suivantes :

- i) la date de la terminaison de ses fonctions ;
- ii) date de la retraite **sauf pour l'assurance complémentaire obligatoire d'invalidité de longue durée qui se termine à 63 ans.**

Le paragraphe 8.09 remplace l'ancien paragraphe 7.07 :

8.09 Régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire

Sous réserve des exigences des assureurs et des exemptions applicables, le médecin adhère au régime obligatoire d'assurance maladie complémentaire. La Régie perçoit, selon les données fournies par l'assureur, les primes qui sont à la charge du médecin.

ANNEXE XVI
PROGRAMME D'ALLOCATION DE CONGÉ DE MATERNITÉ OU
D'ADOPTION AU BÉNÉFICÉ DU MÉDECIN RÉMUNÉRÉ À L'ACTE,
À TARIF HORAIRE OU À LA VACATION

1. Conditions d'admissibilité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Comité paritaire

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

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

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

4. Autres dispositions

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

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

5. Mise en vigueur

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

ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À LA SANTÉ PUBLIQUE

PRÉAMBULE

La présente entente particulière est conclue entre les parties en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie intervenue le 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 entente particulière a pour objet la détermination de certaines conditions particulières d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce dans le cadre de la santé publique sous la responsabilité de la régie régionale par son directeur de la santé publique, du directeur général de la santé publique du Ministère de la santé et des services sociaux ou du président-directeur de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ci-après nommé directeur de l'INSPQ. La rémunération des services en santé et en sécurité du travail dispensés dans le cadre d'un programme contractuel en santé et sécurité au travail n'est pas visée par la présente entente particulière;

Avis : *Pour les codes d'activités des services en santé et sécurité au travail, veuillez vous référer à votre brochure n° 2 " RÉDACTION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ", section 1.6.1 ou 2.6.1, partie générale.*

1.02 L'annexe I ci-jointe fait état des banques d'heures allouées, sur une base annuelle, à l'ensemble des régies régionales pour leur direction de santé publique, à la Direction générale de la santé publique ainsi qu'à l'INSPQ.

2.00 CHAMP D'APPLICATION

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

3.00 ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES

3.01 À des fins de rémunération, les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

- l'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle;
- la planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention;

- l'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population;
- le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention;
- la participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique;
- en situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible;

Avis : *Le nom des médecins visés doit être communiqué à la Régie par le directeur général de la santé publique, ou le directeur régional, ou le directeur de l'INSPQ.*

- les activités liées au programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées.

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

- 0515 : Examens relatifs à l'hépatite C
- 0525 : Dépistage cancer du sein
- 0529 : Garde en disponibilité
- 0532 : Rencontres multidisciplinaires (Transfert chez les médecins des connaissances en santé publique)
- 0537 : Planification, programmation, évaluation (Planification, élaboration et implantation des programmes)
- 0543 : Tâches médico-administratives et hospitalières (À préciser par le médecin)
- 0547 : Exécution d'un programme en santé publique (Évaluation de l'impact des programmes)
- 0567 : Expertise professionnelle (Expertise conseil, information et coordination)
- 0588 : Programme de vaccination contre le méningocoque
- 0630 : Services cliniques : Situation de sinistre, de catastrophe et d'épidémie

3.02 Sauf s'il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, les activités rémunérées sont réputées, aux fins des présentes dispositions, ne pas inclure les services médicaux qui sont habituellement fournis par un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de réadaptation ou un centre local de services communautaires;

3.03 Il y a situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée aux fins de l'application du paragraphe précédent lorsqu'une situation est déclarée telle par le Ministre, le directeur général de la santé publique ou un directeur régional de santé publique.

4.00 GARDE EN DISPONIBILITÉ

4.01 Malgré l'article 15.00 de l'entente générale et malgré son annexe XIV, la garde en disponibilité est rémunérée comme activités régulières, à raison d'une heure par huit heures de garde, à tarif horaire ou à honoraires fixes, selon le mode de rémunération du médecin;

Avis : Utiliser le code d'activités 0529 (Garde en disponibilité). Pour les heures travaillées, inscrire le nombre correspondant sous HEURES TRAVAILLÉES.

<i>Heures travaillées</i>	<i>Nombre correspondant</i>
1	0,13
2	0,25
3	0,38
4	0,50
5	0,63
6	0,75
7	0,88
8	1,00

4.02 Pour être rémunérée selon la présente entente, une garde en disponibilité doit se situer tous les jours de la semaine, entre 18h00 et 08h00, ainsi que les samedi, dimanche et jours fériés entre 08h00 et 18h00;

Lorsqu'il est appelé à se déplacer pendant une période de garde en disponibilité, le médecin est rémunéré selon le paragraphe 5.01 pour les services dispensés.

5.00 MODES DE RÉMUNÉRATION

5.01 Le médecin qui exerce sa profession dans le cadre de la santé publique, telle que visée par la présente entente, est rémunéré, de façon exclusive, soit à honoraires fixes s'il est détenteur d'une nomination avec qualité de plein temps ou de demi temps, soit au tarif horaire s'il est détenteur d'une nomination lui permettant de se prévaloir de ce mode de rémunération;

5.02 Pour être rémunéré selon les dispositions de la présente entente, le médecin doit détenir une nomination dans un établissement désigné par la régie régionale pour sa direction de santé publique. Dans le cas de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, la lettre d'engagement passée entre le médecin et le directeur de l'INSPQ ou le directeur général de la santé publique et relative aux activités prévues par la présente entente tient lieu de nomination;

5.03 Le Ministère transmet à la Régie et à la Fédération la liste des établissements auxquels sont rattachés les médecins des régies régionales pour leur direction de santé publique;

5.04 Malgré le paragraphe 5.02 en ce qui a trait à l'obligation de détenir une nomination dans un établissement désigné, une lettre d'engagement passée entre le directeur de la santé publique de la régie régionale et un médecin peut tenir lieu de nomination pour le médecin qui exerce dans le cadre d'une direction de santé publique d'une régie régionale pour moins de 300 heures par année;

5.05 Aux fins de l'application de l'Entente et de la mise en oeuvre des dispositions réglementaires régissant la rémunération différente (Décret 1781-93), la rémunération versée en vertu de la présente entente particulière au médecin qui exerce pour la Direction générale de la santé publique ou pour l'INSPQ est réputée avoir été versée pour une activité professionnelle effectuée pour le compte d'un établissement exploitant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Cette rémunération est sujette au taux s'appliquant à la région où sont situés les bureaux permanents de la Direction générale de la santé publique ou de l'INSPQ, selon le cas.

5.06 La répartition entre les médecins des banques d'heures allouées, sur base annuelle, est déterminée, selon le cas, par le directeur de la santé publique pour la Régie régionale, après consultation du chef de département de l'établissement ou des établissements désignés selon le paragraphe 5.02 de la présente entente, par le directeur général de la santé publique ou par le directeur de l'INSPQ;

5.07 Le directeur de l'INSPQ et le directeur général de la santé publique font parvenir à la Régie les avis de services des médecins visés par la présente entente particulière. Quant aux médecins des régies régionales, les établissements auxquels ils sont rattachés envoient les avis de services avec l'autorisation du directeur régional de la santé publique;

5.08 Les dispositions des annexes VI et XIV relatives à la rémunération de la garde sur place ne s'appliquent pas au médecin visé par la présente entente particulière.

6.00 BANQUE ANNUELLE

6.01 Après consultation des régies régionales et de l'INSPQ, les parties déterminent la banque totale d'heures allouée, sur une base annuelle débutant le 1er janvier de chaque année, pour la rémunération des activités professionnelles prévues dans le cadre de la présente entente. Ce nombre d'heures apparaît à l'annexe I des présentes;

6.02 Sur recommandation des régies régionales pour leur direction de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique, le Ministre détermine la répartition de la banque d'heures totale et en informe les directions de santé publique, l'INSPQ, la Fédération et la Régie. Le détail de cette répartition apparaît, à titre informatif, à l'annexe II des présentes;

6.03 Le suivi de la banque d'heures totale ainsi que celle allouée à la Direction générale de la santé publique est assurée par le comité paritaire prévue à l'article 32.00 de l'Entente. En cas de dépassement d'une ou de l'autre, le comité paritaire demande à la Direction générale de la santé publique de lui présenter un plan de redressement comportant toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi que le calendrier de résorption.

Si la Direction générale de la santé publique ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences du comité paritaire, ce dernier avise la Régie et la Direction générale que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant, toute nouvelle lettre d'engagement, dans une Régie régionale, à l'INSPQ ou à la Direction générale de la santé publique, doit recevoir son approbation;

6.04 La Direction générale de la santé publique est responsable du suivi de chacune des banques d'heures accordées aux régies régionales ainsi qu'à l'INSPQ.

Même si la banque d'heures totale est respectée, la Direction générale de la santé publique doit exiger, en cas de dépassement récurrent de la banque d'heures allouée à une Régie régionale ou à l'INSPQ, constaté pendant une année d'application donnée, qu'il soit résorbé pendant l'année d'application qui suit celle-ci. Un plan de redressement de la Régie régionale en cause ou de l'INSPQ doit alors être soumis à la Direction générale de la santé publique dès le début de l'année qui suit celle où un dépassement a été observé. Ce plan de redressement doit comporter toute modalité relative aux correctifs proposés ainsi qu'au calendrier de résorption.

Si la régie régionale en cause ou l'INSPQ ne répond pas, de façon satisfaisante, aux exigences de la Direction générale de la santé publique, cette dernière en informe le comité paritaire qui avise la Régie et la direction concernée que toute nouvelle nomination, ou le cas échéant toute nouvelle lettre d'engagement, doit recevoir son approbation;

- 6.05** Toute modification temporaire et non récurrente relative à la répartition de la banque d'heures totale qui n'a pas pour effet de provoquer son dépassement, peut être apportée par la Direction générale de la santé publique. La Direction générale de la santé publique doit consulter le comité paritaire prévu au paragraphe 6.03 des présentes ainsi que la ou les régies régionales concernées. Pour ce faire, elle doit alors préciser au comité paritaire la ou les régies régionales concernées, le nombre d'heures en cause et l'utilisation qui en sera faite;
- 6.06** Toute modification qui a pour effet d'augmenter la banque d'heures totale doit faire l'objet d'un accord des parties, sur recommandation du comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'Entente;
- 6.07** Aux fins de l'application du présent article, la Régie informe trimestriellement pour les trois premiers trimestres et mensuellement pour les trois derniers mois de l'année les parties négociantes ainsi que les directions concernées du suivi de la banque d'heures utilisées globalement pour les parties négociantes et par professionnel pour les régies régionales, l'INSPQ et la Direction générale de la santé publique.

7.0 MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

7.01 La présente entente particulière remplace l'entente particulière du 29 septembre 1997. Elle entre en vigueur le 1^{er} juillet 2000 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____ ce ____ e jour de _____ 2000.

PAULINE MAROIS
Ministre
Ministère de la Santé et
Des services sociaux

RENALD DUTIL, m.d.
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

ANNEXE I

Banque d'heures totale

Période du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2001

Banque d'heures allouée à l'ensemble des directions régionales de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de la santé publique :

Par année : 298 760 heures

ANNEXE II
Répartition de la banque totale(à titre informatif)
Période du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000

	BANQUES
Région 01	
Bas St-Laurent	7958
Région 02	
Saguenay / Lac-St-Jean	13382
Région 03	
Québec	41000
Région 04	
Mauricie / Bois-Francs	17277
Région 05	
Estrie	8822
Région 06	
Montréal-Centre	63627(*)
Région 07	
Outaouais	13091
Région 08	
Abitibi-Témiscamingue	5168
Région 09	
Côte-Nord	3080
Région 10	
Nord-du-Québec	770
Région 11	
Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine	3080
Région 12	
Chaudière-Appalaches	23722
Région 13	
Laval	16066
Région 14	
Lanaudière	11760
Région 15	
Des Laurentides	19987
Région 16	
Montérégie	29178
Région 17	
Nunavik	1684
Région 18	
Baie-James (cf. région 06)	1540
Institut national de la santé publique (sauf les laboratoires)	(**)
Centre Anti-Poison	3240
Centre de toxicologie	770
Laboratoire de santé publique	5088
Centre d'expertise en dépistage	-----
Direction générale de la santé publique	8 470
TOTAL	298,760

(*) Le nombre d'heures inclut les heures affectées au Conseil régional de la Baie James (région 18).

(**) Le nombre d'heures affecté à l'Institut national de la santé publique du Québec n'est pas déterminé pour l'année 2000 mais est inclus dans le nombre d'heures allouées aux régies régionales.