

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



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) 646-9251
Montréal (514) 873-5951

Sillery, le 27 janvier 2004

À l'attention des médecins omnipraticiens

Entente particulière – Activités médicales particulières (AMP) Annexe XIX – Formation continue

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu d'une nouvelle version de *l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières (AMP)*. Elle comporte des dispositions transitoires et **prend effet le 1^{er} septembre 2003**. Le texte paraphé de l'entente particulière (E.P.) est joint en [Partie II](#).

De plus, un récent amendement (n^o 85) remplace l'Annexe XIX sur la formation continue par une nouvelle version qui prend effet le **1^{er} janvier 2004**. Nous faisons le point sur les principaux changements.

I. E.P. ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES

Prend effet le **1^{er} septembre 2003**

■ Faits saillants

- ◆ **Dorénavant, tout médecin** est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* et doit adhérer à cette E.P. (paragraphe (paragr.) 3.1); à défaut d'adhérer dans les délais prescrits, votre rémunération peut subir une réduction de 30 %;
- ◆ Règle générale, le médecin doit s'engager auprès de son **DRMG** qui s'assure du respect des procédures d'adhésion et du respect de l'engagement du médecin (paragr. 7.1);
- ◆ **Objectifs** poursuivis par cette entente (paragr. 7.2) :
 - Une meilleure répartition des tâches prioritaires entre tous les médecins d'une même région;

- Augmentation de la participation des médecins dans les secteurs d'activités **i) à iv)** inclusivement mentionnés au **paragr. 4.1** soit les :
 - i) services médicaux dans un **service d'urgence** d'un CH ou CLSC ou centre de santé ou CHSLD;
 - ii) soins aux malades admis en soins de courte durée d'un CH;
 - iii) services médicaux impliquant une garde en disponibilité dans un CHSLD, un CR ou dans un programme de soutien à domicile d'un CLSC;
 - iv) services médicaux en obstétrique dans un centre exploité par un établissement.

Rappelons que la Loi prévoit que les services du secteur i), dans les services d'urgence, doivent être assurés de façon prioritaire. À noter que les services médicaux visés dans les secteurs **i) à iv)** incluent ceux dispensés en vertu d'une entente de jumelage, de parrainage et du mécanisme de dépannage (dernier alinéa du paragr. 4.1). Par contre, le dépannage n'est pas considéré pour déterminer de quelle régie régionale relève le médecin.

- ♦ La participation aux activités dans les secteurs v) et vi) suivants peuvent être reconnues par le DRMG dans la mesure où les effectifs sont suffisants dans les secteurs i) à iv) et qu'il n'y a pas de pénurie importante dans les salles d'urgence à moins de 75 kilomètres de votre lieu principal de pratique (voir paragr. 4.1 et 4.2) :
 - v) soins ou services de 1^{ère} ligne auprès de clientèles vulnérables, à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement;

Note : *si vous désirez connaître à titre de médecin de famille, votre nombre de patients inscrits clientèles vulnérables hors GMF, il sera possible pour la RAMQ de vous donner cette information au cours de février 2004. Tous les renseignements sur les démarches à suivre pour obtenir cette information vous seront fournis dans un prochain communiqué.*
 - vi) toute autre activité prioritaire déterminée par la régie régionale et approuvée par le Ministre.

♦ Exigences de base

Les exigences de base quant aux activités médicales particulières (AMP) à réaliser varient selon le nombre d'années de pratique du médecin (paragr. 4.3). Les années de pratique sont comptabilisées selon les dispositions de l'[Annexe 1](#) de l'E.P.

- I. Moins de 15 ans de pratique : 132 heures par trimestre *
- II. 15 à 19 ans de pratique : 66 heures par trimestre *
- III. 20 ans et plus de pratique : selon la demande du DRMG **
 - * voir l'[Annexe II](#) de l'EP pour le guide d'évaluation du volume
 - ** si les besoins de la région ne sont pas comblés

Ces exigences peuvent être réduites dans certaines circonstances par le département régional de médecine générale (DRMG) (paragr. 4.2 et 4.3).

◆ **Profil de pratique provenant de la RAMQ**

Dans le cadre des **dispositions transitoires prévues à l'article 6**, la RAMQ doit en fonction du paragr. 6.8 vous transmettre votre profil de pratique et ce, au cours de février 2004. Ce profil inclura notamment la répartition de votre rémunération selon des règles de conversion énumérées à l'[Annexe III](#) de la nouvelle entente particulière. La période couverte par le profil est celle du *1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003*.

Sous la présomption que vous n'avez pas modifié votre pratique depuis le 31 mars 2003, il vous informera de la procédure d'adhésion s'appliquant spécifiquement à vous en indiquant le trimestre au cours duquel vous devrez entreprendre vos démarches et la régie régionale qui vous concerne. Le trimestre où votre adhésion doit être effective auprès de votre régie régionale responsable sera également précisé. Ajoutons que la RAMQ vous précisera le cumul de vos années de pratique depuis l'obtention de votre permis en prenant en considération les périodes d'exercice reconnues en territoires isolés ou désignés selon la L.E. n° 70.

◆ **Trimestres concernés par les dispositions transitoires de l'E.P. :**

- 1^{er} : du 1^{er} décembre 2003 au 29 février 2004;
- 2^e : du 1^{er} mars au 31 mai 2004;
- 3^e : du 1^{er} juin au 31 août 2004;
- 4^e : du 1^{er} septembre au 30 novembre 2004.

◆ **Durée de l'engagement**

La durée de l'engagement est de deux ans avec possibilité de reconduction automatique. Toutefois le paragraphe 4.6 prévoit des situations permettant la révision de cet engagement en cours de période.

◆ **Défaut d'engagement**

Une réduction de 30% s'applique à la rémunération versée pour les activités autres que celles réalisées aux activités i) à iv) du paragr. 4.1 de l'E.P. pour le médecin n'ayant pas adhéré à l'entente ou pour celui ne respectant pas son engagement (voir modalités plus précises à l'article 5).

Cette réduction s'applique sur la rémunération du trimestre concerné une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel. De plus, elle ne peut s'appliquer concurremment à la réduction prévue à l'entente particulière sur les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Cette dernière entente, relative au respect des PREM, vient d'être paraphée et nous en traiterons dans un envoi ultérieur.

◆ **Reconnaissance de certaines activités faites au 1^{er} septembre 2003 (paragr. 6.7)**

Le DRMG doit reconnaître à tout médecin en pratique au 1^{er} septembre 2003 et qui le demande, comme activités médicales particulières, les activités qu'il fait à cette date dans les secteurs i) à iv).

■ Démarches à effectuer

1. Si vous étiez en pratique au cours du trimestre allant du 1^{er} septembre au 30 novembre 2003 et que votre permis de pratique est antérieur à 2003, l'E.P. prévoit des dispositions transitoires (voir article 6).

À noter que pour l'instant, **vous êtes réputé adhérent**. Surveillez votre profil de pratique car non seulement vous précisera-t-il le moment où vous devrez entreprendre vos démarches auprès du DRMG mais il indiquera également à quelle date votre adhésion devrait entrer en vigueur. **Vous n'avez donc pas de démarches** à faire avant le trimestre indiqué dans le profil SAUF si ce dernier contient des données inadéquates ou que vous avez modifié votre pratique depuis le 31 mars 2003. Si tel est le cas, vous pouvez demander une révision auprès de votre DRMG.

2. Si vous avez débuté votre pratique en 2003, et que vous ne recevez pas de profil de pratique, **vous devez alors vous référer au paragr. 3.2**. Dès le trimestre du 1^{er} décembre 2003 au 29 février 2004, vous devez vous adresser au DRMG de la régie régionale du territoire où vous pratiquez principalement afin d'obtenir la liste des AMP disponibles.
3. Si vous débutez votre pratique en 2004, vous êtes couvert par les dispositions du paragr. **3.2**.

Dès le premier trimestre qui vous concerne soit le premier trimestre de pratique ou de la date d'obtention de votre permis de pratique, vous devez vous adresser au DRMG de la régie régionale du territoire où vous pratiquez principalement (c'est-à-dire plus de 50 % de vos jours de facturation ou dans laquelle vous exercez le plus de jours). L'objet de votre demande est d'obtenir la liste des activités médicales particulières disponibles. Votre DRMG vous donnera alors tous les renseignements nécessaires pour compléter votre démarche dans les délais prescrits (voir les sous-paragraphes 3.2.1, 3.2.2 et 3.2.3).

4. Si vous avez une pratique **exclusive** dans le cadre du dépannage ou encore vous pratiquez auprès d'une instance à vocation nationale (par exemple l'Institut national en santé publique) et cette pratique répond aux exigences de base citées au paragr. 4.3 et vous désirez que votre dossier soit étudié aux fins des AMP : vous devez vous adresser au comité paritaire (voir le sous-paragraphé 3.3.2 a). Votre demande peut être adressée à :

À l'attention du comité paritaire
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
1440, Ste-Catherine Ouest
Montréal, Québec H3G 1R8

5. Si vous prévoyez un congé de maternité ou d'adoption, vous devez en informer votre chef de DRMG et la RAMQ.
6. Toute autre situation : si les situations précédentes ne vous concernent pas, (par exemple un médecin qui était à l'extérieur du Québec et qui n'a pas facturé pendant la période de référence du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003) et que vous ne recevez pas de profil de pratique, **vous devez alors vous référer au paragr. 3.2**. Dès le trimestre du 1^{er} décembre 2003 au 29 février 2004 ou au cours du premier trimestre de votre retour en pratique, vous devez vous adresser au DRMG de la régie régionale du territoire où vous pratiquez principalement afin d'obtenir la liste des AMP disponibles.

■ Transmission d'information

Pour le médecin adhérent à la présente entente, la RAMQ transmettra à la régie régionale vous concernant et au comité paritaire, l'information pertinente reliée à votre rémunération et à vos années de pratique.

II. ANNEXE XIX – FORMATION CONTINUE

Prend effet le 1^{er} janvier 2004

■ Principaux changements par rapport à la version précédente

L'Annexe XIX est remplacée par une nouvelle version dans le cadre de l'Amendement n° 85. Vous recevrez ultérieurement un communiqué sur ce nouvel amendement. Les principaux changements reliés à la formation continue portent sur les points suivants :

- 1) Si vous êtes réputé adhérent ou êtes adhérent à l'E.P. sur les AMP, vous êtes admissible à vous prévaloir de l'Annexe XIX sur la formation continue;
- 2) Vous n'avez donc plus à entreprendre de démarche auprès du DRMG afin d'obtenir l'autorisation à vous prévaloir du programme de formation continue. **Cependant**, les **spécifications relatives aux autres conditions d'admissibilité ainsi que les critères définissant la pratique active demeurent dans cette nouvelle version de l'Annexe XIX**;
- 3) Vous avez maintenant trois (3) mois suivant la tenue de l'activité de formation pour nous transmettre l'attestation de participation.

Note : S.V.P. vous assurer que l'attestation vous identifie clairement comme participant.

Cette attestation doit accompagner votre demande de remboursement (formulaire n° 3814 disponible dans notre site Internet). Ne pas oublier de nous transmettre l'original de ce formulaire.

III. AUTRES RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

■ Ajustement automatique d'honoraires

Lors d'un changement de tarif ou de taux de rémunération, la RAMQ ajuste automatiquement les honoraires d'un acte pour une période de 90 jours, suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle mesure, afin de vous permettre d'apporter les ajustements nécessaires. Vous voyez alors apparaître sur l'état de compte les messages suivants : **692** (dans les cas d'un changement de tarif) et **378** (dans les cas d'un changement de taux). Lors de l'expiration du délai de 90 jours, la demande de paiement est refusée avec le message **665**.

À noter toutefois que l'ajustement automatique est effectué pour l'un **ou** l'autre des changements. Une demande de paiement présentant une combinaison de deux erreurs de facturation (tarif et taux) fera l'objet d'un refus de paiement.

Annexes XII et XII-A

Depuis l'implantation de l'Annexe XII (version Amendement n°84) et de la nouvelle Annexe XII-A, la RAMQ ajuste les honoraires et paie les majorations dues même si elles n'ont pas été facturées (message **378**).

Important : Les médecins doivent dès maintenant majorer leurs honoraires si ce n'est déjà fait car la date limite pour l'ajustement automatique est le **14 février 2004**.

■ **Message explicatif modifié**

Veuillez tenir compte que le libellé du message explicatif **559** est modifié comme suit :

559 Acte non payable car le patient inscrit ne présente pas une des conditions de vulnérabilité énoncées à l'Annexe V de l'entente particulière concernant les groupes de médecins de famille.

Ce communiqué ainsi que le texte paraphé de l'entente particulière sur les AMP sont disponibles dans le site Internet de la Régie, à l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca – services aux professionnels – médecins omnipraticiens>.

Le texte paraphé de l'Annexe XIX, version Amendement n° 85 est également disponible dans le site Internet de la RAMQ à la même adresse.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. [Partie II – Texte paraphé de l'entente particulière](#)
[Partie III - Annexes](#)

c. c. Chefs de DRMG
Directeurs des services professionnels ou directeurs généraux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

**TEXTE PARAPHÉ DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET
LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES**

PRÉAMBULE

Dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29) et des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q., 1991, c. 4.2), la présente entente particulière est conclue en vertu du paragraphe 4.04 de l'entente générale relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation convenue entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en date du 1^{er} septembre 1976.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :**1. OBJET**

- 1.1** La présente entente particulière a pour objet de déterminer, conventionnellement, les modalités d'application des articles 360 à 366 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q., 1991, c. 4.2) (la Loi), relativement à la participation du médecin aux activités médicales particulières dont traite cette loi.

2. CHAMP D'APPLICATION

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

3. ADHÉSION

- 3.1** Tout médecin qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie est soumis à l'application des articles 360 à 366 de la Loi.

3.1.1 Cet assujettissement implique que le médecin adhère à la présente entente en signant un engagement conformément à la Loi et à l'article 4 de la présente entente.

3.1.2 À défaut d'adhérer à la présente entente, la rémunération du médecin pour les services qu'il dispense dans le cadre du régime est réduite selon les règles édictées par l'article 5 de la présente entente.

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

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

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

- entreprendre les démarches auprès de ou des établissement(s) qui apparaissent à la liste;

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

3.2.2 Au cours du trimestre suivant, le médecin doit :

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cas où l'adhésion du médecin à la présente entente n'est pas confirmée à la date de début de ce troisième trimestre ou si cette adhésion a été refusée en vertu des dispositions du paragraphe 4.7 des présentes, le médecin est considéré comme non adhérent pendant tout ce trimestre et pendant chacun des trimestres suivants jusqu'à ce qu'il ait adhéré à la présente entente. Son adhésion devient, alors, effective au début du trimestre suivant son avis d'adhésion à la Régie.

3.3 Activités médicales particulières hors région ou nationales

3.3.1 D'une façon générale, lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectue celles-ci, en tout ou en partie, dans une autre région que celle décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes, l'administration de son dossier est confiée à cette dernière. La région régionale auprès de laquelle le médecin effectue des activités médicales particulières informe alors par écrit la région régionale décrite au paragraphe 3.2.1 de l'engagement du médecin et de son respect.

3.3.2 Malgré le paragraphe précédent, lorsque les activités en cause se situent dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale, ou encore lorsque le médecin, pour se qualifier à des fins d'activités médicales particulières, effectue ses activités, en tout ou en partie, dans le cadre d'activités relevant d'une instance à vocation nationale;

Le dossier du médecin est confié :

- a) dans le cas où le médecin a une pratique exclusive dans le cadre du dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale ou que les activités faites dans le cadre d'une instance à vocation nationale répondent à la totalité des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, au comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale qui remplit alors les fonctions de la région régionale décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes. Le comité paritaire en informe, s'il y a lieu, cette région régionale;
- b) dans le cas où le médecin qui veut se voir reconnaître comme activités médicales particulières des activités faites dans le cadre du dépannage mais n'a pas une pratique exclusive dans le cadre du dépannage ou que les activités faites dans le cadre d'une instance nationale ne répondent qu'à une partie des exigences de base prévues au paragraphe 4.3 des présentes, à la région régionale décrite au paragraphe 3.2.1 des présentes y compris en ce qui a trait à la partie relative aux activités en cause.

4. ENGAGEMENT DONNANT LIEU À L'ADHÉSION

4.1 Détermination des activités médicales particulières

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

- i) De façon prioritaire, la prestation de services médicaux dispensés dans un service d'urgence d'un centre hospitalier exploité par un établissement ou de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le service d'urgence doit être désigné en vertu du paragraphe 1.1^o de l'article 359 de la Loi;
- ii) La dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d'un établissement qui exploite un centre hospitalier;
- iii) La dispensation de services médicaux, impliquant une garde en disponibilité, dans un CHSLD, un centre de réadaptation ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile d'un CLSC;
- iv) La dispensation, dans le service d'obstétrique d'un centre exploité par un établissement, de services médicaux en obstétrique.

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

- a) le DRMG d'une région visée au sous-paragraphe 3.2.1 ne peut attribuer au médecin, de façon à lui permettre de répondre aux exigences de base prévues au paragraphe 4.3 ci-dessous, des activités médicales dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres de son lieu de pratique principal en ce qui concerne les activités du secteur i) ou de quarante (40) kilomètres en ce qui concerne les activités des secteurs ii) à iv) inclusivement;
- b) le DRMG d'une région limitrophe ne peut, dans un rayon de soixante-quinze (75) kilomètres du lieu de pratique principal du médecin, lui attribuer, de façon suffisante, des activités médicales dans le secteur d'activités i);

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

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

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

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

Les services médicaux visés dans les secteurs i) à iv) inclusivement comprennent la dispensation de services médicaux en vertu d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'entente générale.

4.2 Dérogations

- a) Exceptionnellement, certaines activités peuvent être reconnues par le DRMG comme activités médicales particulières. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes.
- b) Exceptionnellement, le comité paritaire peut, sur recommandation du DRMG, autoriser un médecin à se voir reconnaître des activités dans le cadre des secteurs v) ou vi) ci-dessus malgré la disponibilité d'activités médicales particulières dans les secteurs i) à iv) tel qu'apparaissant ci-dessus.
- c) Malgré la disponibilité d'activités dans le secteur i) dans la région ou dans une région limitrophe selon les dispositions apparaissant au paragraphe précédent, le DRMG de la région régionale peut exempter un médecin d'effectuer ses activités médicales particulières dans le secteur d'activités i) pour une des raisons suivantes :
 - a) Grossesse;
 - b) Pratique active en obstétrique;

c) Incapacité physique ou mentale grave le rendant inapte à exercer cette activité :

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

4.3 Exigences de base

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

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

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

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

Exceptionnellement, le DRMG de la région régionale peut modifier les exigences de base énoncées ci-dessus notamment dans les cas de grossesse ou d'invalidité partielle.

Le calcul des années de pratique se fait selon les dispositions de l'annexe I des présentes.

Aux fins de la présente entente particulière, est réputé répondre aux conditions s'appliquant à une pratique à temps réduit le médecin dont la rémunération annuelle dans le cadre du régime d'assurance maladie, selon le tarif de base prévu à l'entente, se situe à l'intérieur des paramètres apparaissant ci-après.

Dans ce cas, le DRMG d'une région régionale doit, sur une base trimestrielle, diminuer la quantité d'activités médicales particulières exigibles de ce médecin, le tout en conformité avec les modalités suivantes :

Rémunération annuelle du médecin	Exigences de base par semaine Médecin de moins de 15 ans de pratique
jusqu'à 19 999 \$	3 heures
de 20 000 \$ à 39 999 \$	6 heures
de 40 000 \$ à 60 000 \$	9 heures

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

4.4 Règle spécifique de reconnaissance d'années de pratique

De façon exceptionnelle, le comité paritaire peut reconnaître à un médecin qui n'est pas considéré comme actif selon les critères énoncés à l'annexe I des présentes la période d'inactivité professionnelle en cause aux fins du calcul des années de pratique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin qui, par ailleurs, satisfait aux exigences relatives à la participation aux activités médicales particulières.

4.5 Guide d'évaluation du volume d'activités

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin aux fins des activités médicales particulières doit être basée sur les critères apparaissant à l'annexe II des présentes pour les différents secteurs d'activités pouvant être reconnus comme activités médicales particulières. Cette annexe peut être modifiée par accord des parties.

Malgré l'alinéa précédent, les critères relatifs à la reconnaissance d'activités professionnelles comme répondant à des activités médicales particulières dans le secteur vi) du paragraphe 4.1 des présentes sont déterminés lors de leur approbation par le Ministre après avoir consulté la Fédération. Leur volume est convenu selon les dispositions du présent paragraphe.

4.6 Durée de l'engagement du médecin

La durée de l'engagement du médecin est de deux (2) ans et débute au trimestre suivant la date de la confirmation de son adhésion par le DRMG de la régie régionale à la Régie. L'engagement est renouvelé automatiquement sauf dans les cas suivants :

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

La révision de l'engagement doit se finaliser au cours du trimestre pendant lequel l'engagement arrive à son terme de deux (2) ans.

Malgré ce qui précède, en cas de pénurie grave d'effectifs médicaux dans un service d'urgence d'un établissement de la région ou d'un établissement situé dans un rayon de 75 km du lieu de pratique principal du médecin, le DRMG peut obliger le médecin à une révision temporaire de son engagement.

La révision prévue à l'alinéa ci-dessus, n'est applicable que si l'engagement du médecin a pour objet les activités des secteurs v) et vi) du paragraphe 4.1 des présentes et elle doit être précédée d'un préavis de soixante (60) jours.

Cette révision temporaire ne peut être de plus de six (6) mois et ne peut être renouvelée que pour une autre période maximale de six (6) mois. Aux fins des présentes, une pénurie est dite grave lorsqu'il y a risque de rupture ou lorsque les effectifs médicaux au service d'urgence ne lui permettent pas de combler plus de 70 % de ses besoins en heures-présence selon l'évaluation faite par le comité paritaire responsable de l'application de l'entente particulière relative au service d'urgence de certains CHSGS et de CLSC du réseau de garde.

4.7 Refus d'adhésion

Lorsque des activités médicales particulières sont disponibles dans un territoire de régie régionale, le refus d'une demande d'adhésion d'un médecin par un DRMG ne peut être justifié que par le respect du plan régional des effectifs médicaux.

4.8 Consentement

Le médecin adhérent autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à transmettre les données pertinentes concernant sa rémunération et ses années de pratique à la régie régionale concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes.

5. RÉDUCTION

5.1 Modalités de base

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

- Le médecin qui n'a pas adhéré à la présente entente quel que soit son nombre d'années de pratique;
- Le médecin qui, durant deux trimestres consécutifs, ne respecte pas le volume d'activités apparaissant à son engagement;
- Le médecin de vingt (20) ans de pratique ou plus qui ne respecte pas son engagement.

5.2 Modalités d'application

Aux fins de l'application de la réduction prévue au paragraphe 5.1 des présentes, les procédures sont les suivantes :

- Médecins non adhérents : la Régie applique la réduction pour chaque trimestre non couvert en totalité par une adhésion dûment confirmée par le DRMG ou, le cas échéant, par le comité paritaire en vertu du paragraphe 3.3.2 des présentes, et en avise le DRMG et le comité paritaire;
- Médecins adhérents de moins de vingt (20) ans de pratique : le DRMG de la Régie régionale visée au paragraphe 3.2.1 des présentes ou, le cas échéant, le comité paritaire en vertu du paragraphe 3.3.2 des présentes, suite à un avis de l'établissement lorsque le non-respect vise une nomination en établissement ou après avoir effectué son évaluation de la pratique du médecin, demande à la Régie d'appliquer la réduction à partir du début du trimestre suivant la demande du DRMG ou du comité paritaire. La Régie continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis du DRMG ou du comité paritaire de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;
- Médecins adhérents de vingt (20) ans ou plus de pratique : sur demande du DRMG et avec l'approbation du comité paritaire, la Régie applique la réduction à partir du début du trimestre suivant l'approbation par le comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes et continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre suivant un avis, du DRMG et du comité paritaire, de rajustement de la pratique du médecin conformément à son engagement;

Seule la rémunération versée dans le cadre du régime d'assurance maladie est prise en compte aux fins des présentes, en excluant de la même façon que le prévoit l'annexe XIII pour les fins de l'annexe IX, la rémunération versée pour les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*.

Dans tous les cas, cette réduction s'applique également à la rémunération une fois réduite de la coupure découlant de l'application du plafond trimestriel.

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

5.3 Congé de maternité ou d'adoption

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

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

5.4 Exemption

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

6. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.6 Cas particuliers

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

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

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

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

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

6.8 Suivi

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

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

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

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

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

7. PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS

7.1 Dispositions s'appliquant au DRMG de la régie régionale

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

De plus, il s'assure du respect de l'engagement du médecin. En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, il doit :

- faire connaître la liste des activités médicales particulières qui ont cours sur son territoire à tout médecin qui en fait la demande sauf pour celles relevant d'une instance à vocation nationale qui est déterminée par le Ministre;
- faire connaître à un médecin, s'il en est, les besoins des services d'urgence des régions voisines situés à moins de soixante-cinq (75) kilomètres de son lieu de pratique;
- recevoir l'avis de nomination du médecin ou, le cas échéant, convenir avec le médecin d'une reconnaissance de ses activités en cabinet ou dans un milieu autre qu'un établissement;
- confirmer l'adhésion du médecin et en informer la Régie ou aviser le médecin des ajustements à apporter;

- faire le suivi du respect de l'engagement du médecin adhérent en lien avec l'établissement concerné et à l'aide des informations transmises par la Régie;
- après avoir donné l'occasion au médecin de se faire entendre, prendre la décision de demander à la Régie d'appliquer la réduction selon les modalités prévues à l'article 5 des présentes;
- lorsque l'engagement du médecin concerne plus d'une régie régionale, transmettre toute information pertinente au DRMG de l'autre régie régionale intéressée. Chaque DRMG fait le suivi de la partie de l'engagement du médecin qui la concerne et informe le DRMG de la régie régionale visée au paragraphe 3.2.1 des présentes, du respect ou du non-respect, de cette partie de l'engagement du médecin.

7.2 Dispositions applicables par la Régie de l'assurance maladie du Québec

En rapport avec l'application des dispositions de la présente entente particulière, la Régie de l'assurance maladie du Québec doit :

En ce qui a trait au médecin non adhérent :

- faire l'inventaire, sur une base trimestrielle, des médecins non adhérents, et en transmettre la liste au comité paritaire;
- aviser le médecin qu'il est sujet à l'application de la réduction;
- appliquer, le cas échéant, la réduction selon les modalités prévues à la présente entente.

En ce qui a trait au médecin adhérent :

- sur demande du DRMG de la régie régionale visée au paragraphe 3.2.1 des présentes, lui transmettre ainsi qu'au médecin concerné le profil de pratique de ce dernier, profil de pratique converti en heures-services selon les règles de conversion apparaissant à l'annexe III des présentes. Ce profil vise les secteurs d'activités prévus au paragraphe 4.1 des présentes, par territoire et par établissement;
- appliquer la réduction suite à la demande du DRMG de la régie régionale et selon les modalités prévues aux présentes;
- lorsqu'un médecin exécute des activités médicales particulières sur les territoires de plus d'une régie régionale, aviser le médecin et les DRMG concernés de l'identité de la régie régionale responsable de l'administration du dossier du médecin conformément au sous-paragraphe 3.2.1. sauf s'il s'agit de services dispensés dans le cadre d'une entente de jumelage, de parrainage ou en vertu du mécanisme de dépannage prévu à l'article 30.00 de l'Entente.

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

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

7.3 Dispositions applicables au comité paritaire

Outre les responsabilités qui lui sont dévolues par la présente entente, le comité paritaire est responsable du suivi de la présente entente. Notamment, il est responsable, en étroite collaboration avec les DRMG des régies régionales, d'évaluer le fonctionnement de l'entente eu égard à ses objectifs et de faire des recommandations aux parties le cas échéant.

8. ÉVALUATION

Les parties conviennent de procéder, au cours du trimestre allant du 1^{er} mars au 30 juin 2005 à une évaluation du fonctionnement de l'entente et du niveau d'atteinte des objectifs poursuivis par les articles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* à savoir l'augmentation de la participation des médecins aux activités ciblées particulièrement celles des secteurs i) à iv) du paragraphe 4.1 des présentes sur la base d'une participation équitable des médecins et du respect individuel des exigences de base.

Dans le cas où l'une des deux parties évalue comme insuffisante l'atteinte des objectifs, les parties conviennent d'entreprendre des discussions pour apporter les correctifs requis.

9. DIFFÉREND

- 9.1** Un différend s'entend de toute mésentente relative à l'interprétation, l'application et la prétendue violation de la présente entente particulière.
- 9.2** En raison du rôle et des attributions qui lui sont confiées en vertu de la présente entente, une régie régionale ou, lorsqu'il y a cumul d'activités médicales particulières dans plus d'un territoire, une régie régionale de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, peut être partie à un différend au sens du présent article.
- 9.3** Un avis ou une recommandation ne peut faire l'objet d'un différend. Toutefois, est réputée constituer une décision toute recommandation ou avis d'un établissement, d'une régie régionale ou d'une régie de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévue par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux, à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ayant pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération d'un médecin.
- 9.4** Seule une décision du Ministre, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, d'une régie régionale, d'une régie de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux ou d'un établissement contrevenant aux dispositions de la présente entente particulière peut faire l'objet d'un différend au sens des présentes dispositions.
- 9.5** Un médecin peut, seul ou par l'entremise de la Fédération, soulever un différend conformément à l'article 9.7 de la présente entente. Selon les modalités qu'édicte cette disposition, la Fédération peut également, de son propre chef, soulever un différend.
- 9.6** Nonobstant les dispositions de l'article 9.5, lorsqu'un médecin a déjà, soit par lui-même, soit par l'entremise de la Fédération, soulevé un différend, la Fédération ne peut de son propre chef soulever, au bénéfice du médecin, un différend relié à la même cause et au même objet.

- 9.7** Un différend peut être soulevé par le médecin ou la Fédération, agissant en son nom ou au nom du médecin, lorsque le litige se fonde, en tout ou partie, sur toutes autres dispositions contenues dans la présente entente particulière.

Lorsqu'un différend a pour objet l'imposition d'une réduction de la rémunération, ce différend doit, lorsque aucune question de cumul n'est soulevée, être dirigé, indistinctement, contre la Régie de l'assurance maladie du Québec ou la régie régionale en cause, ou les deux.

Lorsque le différend réfère à un cas de cumul d'activités médicales particulières, ce différend doit être dirigé contre la Régie de l'assurance maladie du Québec ou la régie visée au paragraphe 3.2.1 des présentes ou les deux.

Lorsque le différend est relatif à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q., ch. S-4.2), ce différend doit être dirigé contre la régie régionale visée et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Toutefois, lorsque le différend l'exige, un établissement peut également être partie à ce différend.

- 9.8** La partie contre laquelle un différend est soulevé est réputée mandataire de toutes autres parties non mises en cause, que ce soit à des fins d'assignation, d'obtention de tous les renseignements requis, du règlement du différend à toute étape de la procédure de différend ou de l'arbitrage ainsi que de l'exécution de la décision du Conseil d'arbitrage.
- 9.9** Advenant contestation, la régie de laquelle le médecin détient un avis de conformité prévu par l'entente particulière relative au respect du plan régional des effectifs médicaux est réputée mandataire des autres régies régionales intéressées au dossier des activités médicales particulières d'un médecin, que ce soit aux fins de l'application de l'article 9.7 qui précède ou en regard de l'administration des dispositions de la présente entente particulière relative au cumul des activités médicales particulières d'un médecin.
- 9.10** Le Ministre ou la Fédération peut, en tout temps, intervenir dans tout différend visé par les présentes dispositions.
- 9.11** La décision que l'arbitre rend relativement à un différend visé par les présentes dispositions lie, selon le cas, la Régie de l'assurance maladie du Québec, une régie régionale, un établissement, le médecin visé ainsi que les parties à la présente entente particulière.
- 9.12** En faisant les adaptations nécessaires, les articles 24.00 à 28.00 de l'entente générale s'appliquent à un différend logé en vertu de la présente entente particulière.
- 9.13** Le défaut par la Régie de l'assurance maladie du Québec, par une régie régionale de transmettre au médecin, en regard d'un trimestre, un avis prescrit en vertu de la présente entente particulière constitue un défaut qui empêche, pour le trimestre visé, l'imposition de toute réduction de sa rémunération, par l'une des parties précitées.
- 9.14** La procédure de différend prévue au présent article s'applique à un pourvoi visé à l'article 366 de la Loi (L.R.Q. , ch. S-4.2).
- 9.15** Peut faire l'objet d'un différend toute mésentente dont la naissance est antérieure au 1^{er} septembre 2003. Question de forme, ce différend est, en faisant les adaptations appropriées, régi selon les dispositions du présent article. Question de fond, il est décidé selon les dispositions de l'entente particulière relative aux AMP alors en vigueur, telle que complétée selon les dispositions du paragraphe 6.4 de cette entente.
- 9.16** Un différend porté antérieurement au 1^{er} septembre 2003 est, questions de forme et de fond, régi selon l'entente particulière relative aux AMP alors en vigueur, telle que complétée selon les dispositions du paragraphe 6.5 de cette entente.

10. MISE EN VIGUEUR ET DURÉE

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

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

PHILIPPE COUILLARD
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

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

ANNEXE I

CALCUL DES ANNÉES DE PRATIQUE

Pour les fins d'application du paragraphe 4.3 des présentes, le calcul des années de pratique se fait selon les modalités suivantes :

- lorsqu'une année, ou partie de celle-ci, est antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente entente, cette année, ou partie de celle-ci, est, au bénéfice du médecin, comptabilisée depuis la date de l'obtention de son permis de pratique du Collège des médecins du Québec;
- lorsqu'une année de pratique en vigueur de la présente entente, ou partie de celle-ci, est postérieure à la date d'entrée en vigueur de l'entente, les conditions particulières suivantes reçoivent application :
 - cette année de pratique, ou partie de celle-ci, doit être complétée au Québec;
 - le médecin visé doit être considéré comme actif. Sous réserve des adaptations appropriées afin de permettre au médecin de prendre des vacances et des jours de ressourcement pour une durée totale d'au plus deux (2) mois par année, est considéré comme médecin actif tout médecin qui, mensuellement, reçoit une rémunération minimale de 4 000 \$ ou qui, bénéficiant d'une rémunération moindre, reçoit une rémunération minimale de 2 000 \$, l'activité professionnelle du médecin devant toutefois comprendre, dans ce dernier cas, un minimum de dix (10) jours de facturation. Le médecin qui répond à cette exigence mais uniquement pour une partie d'année, se voit reconnaître cette partie d'année aux fins du calcul des années de pratique;
 - les périodes d'invalidité totale, les périodes de congé de maternité ou d'adoption jusqu'à un maximum de dix-sept (17) mois (congé de maternité ou d'adoption d'une durée maximale de cinq (5) mois auquel s'ajoute, le cas échéant, un congé additionnel d'une durée maximale de douze (12) mois tenant lieu d'un congé sans solde de même durée) sont incluses dans le calcul des années de pratique. Il en va de même pour les années de pratique, quel que soit le lieu de dispensation des services, comme médecin militaire, pour le compte des Forces Armées Canadiennes;
 - lorsque l'adoption est le fait d'un couple constitué de deux (2) médecins régis selon la présente entente particulière, la durée du congé d'adoption est répartie entre les deux conjoints selon les modalités qu'ils fixent entre eux. Ils en informent la Régie.
 - aux fins des sous-paragraphes précédents, seules les années postérieures à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec sont considérées comme des années de pratique.

ANNEXE II

GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS

La détermination du volume d'activités auquel s'engage le médecin et devant apparaître à son engagement doit être basée, pour répondre à l'exigence d'une durée moyenne de douze (12) heures par semaine, sur les critères suivants* :

1. Service d'urgence d'un centre hospitalier ou d'un CLSC du réseau de garde :

- Seize (16) quarts de garde de huit (8) heures par trimestre (le temps de débordement n'est pas inclus ni compté).

2. Soins aux patients admis en courte durée

A) Soins dispensés dans une unité de soins de courte durée :

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

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

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

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

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

4. Clientèles vulnérables et prioritaires :

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

=====

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

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

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

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

5. Programme de soutien à domicile :

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

6. Services médicaux en obstétrique :

- Nomination avec privilèges en obstétrique.

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

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

8. Dépannage

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

ANNEXE III

PROPOSITION PRÉLIMINAIRE RÈGLES DE CONVERSION

Dans le but de fournir aux DRMG et au comité paritaire des données dans une certaine mesure uniformisées et comparables et de traduire les données sur la rémunération des médecins en heures, comptée comme ayant été payée selon le tarif de base, la Régie de l'assurance maladie du Québec se base sur les règles de conversion qui suivent :

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