

www.ramq.gouv.qc.ca

**Courriel**  
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

**Téléphone**  
Québec (418) 643-8210  
Montréal (514) 873-3480  
Ailleurs 1 800 463-4776

**Télécopieur**  
Québec (418) 646-9251  
Montréal (514) 873-5951

Nos préposés sont en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30

Québec, le 06 septembre 2005

À l'attention des médecins omnipraticiens

## Amendement n° 90 E.P. soins intensifs ou coronariens

Les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu de l'**Amendement n° 90** qui vous est présenté sous réserve des approbations gouvernementales. Les dispositions prennent effet à des dates différentes précisées dans le communiqué.

La [Partie II](#) contient des extraits du texte officiel paraphé présentant les changements de l'Amendement 90 applicables au **1<sup>er</sup> septembre 2005** ou antérieurement. Toutes les modifications relatives à l'annexe V concernant les tarifs prennent effet au **1<sup>er</sup> décembre 2005** et vous seront présentées dans un communiqué ultérieur.

L'Amendement n° 90 **prolonge** jusqu'au **31 mars 2006** la Lettre d'entente (L.E.) n° 164 (rémunération des médecins au C.H. Honoré Mercier pendant la période de rénovation) et **remplace** l'Entente particulière (E.P.) relative aux soins intensifs ou coronariens. (Voir le texte de cette dernière en [Partie III](#))

De plus, il **modifie** les documents officiels suivants :

- ❑ **Entente générale** : paragraphe 26.02 pour ajouter Me André Matteau à la liste des arbitres pouvant être désignés; (ajout entrant en vigueur à la date de signature de l'Amendement n° 90)
- ❑ **L.E. n° 77** : article 6 remplacé;
- ❑ **L.E. n° 110** : paragraphe 5.3 remplacé;
- ❑ **E.P. PREM** : modification du paragraphe 3.01 pour intégrer les nouvelles terminologies «agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » (ADRLSSSS) et «agence» en remplacement de l'appellation «régie régionale»; remplacement des paragraphes 5.01, 5.03 et de l'Annexe IV ; ajout au paragraphe 5.05;
- ❑ **Protocole d'accord relatif aux activités effectuées au bénéfice d'une ADRLSSSS** : remplacement de l'appellation « régie régionale » dans le titre et dans le texte; ajout d'un paragraphe 4.04 et remplacement du paragraphe 11.02

## FAITS SAILLANTS

### A. **L.E. n° 77:** rémunération majorée relative aux services dispensés lors de certaines périodes Prend effet le **1<sup>er</sup> février 2005**

Le nouveau libellé de l'**article 6** relatif au supplément de 80,00 \$ accordé pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, précise que le supplément s'applique **pour le service d'urgence** d'un CLSC du réseau de garde intégré et permet d'ouvrir la facturation de ce supplément aux médecins qui exercent dans :

- un établissement visé par l'E.P. Grand-Nord et l'E.P. Îles-de-la-Madeleine ;
- dans un service d'urgence d'un établissement visé à l'E.P. relative à la région 17 ou 18 ou au Centre de santé de la Basse-Côte-Nord **pour les médecins qui y sont rémunérés à honoraires fixes** sur la base des droits acquis.

(Voir Partie II, page 1/4)

L'**article 3** de la **L.E. n° 176** prévoit le paiement d'une **rétroactivité** pour compenser la dispensation de ces services pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 janvier 2005. Le calcul des montants forfaitaires sera effectué par les parties négociantes selon une méthodologie à convenir. Celles-ci informeront la Régie des montants à verser à chaque professionnel concerné. Le paiement sera effectué le ou vers le **15 octobre 2005**.

*(Le texte de cette L.E. sera intégré dans la prochaine mise à jour Internet (MAJ 54) de la brochure n° 1 au cours de septembre 2005)*

### B. **L.E. n° 110:** rémunération des services dispensés dans le cadre du système d'évacuation aëromédicale au Québec (É.V.A.Q.) Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2005**

Le nouveau **paragraphe 5.3** introduit la possibilité qu'un médecin exerçant dans le cadre de cette lettre d'entente puisse se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement (temps et transport) prévues à l'article 30.00 de l'entente générale relatif au dépannage (plus précisément aux paragraphes 30.04 à 30.07 inclusivement).

Pour pouvoir bénéficier de cette disposition le médecin doit recevoir l'autorisation du directeur national É.V.A.Q. (autorisation renouvelable annuellement) et remplir les conditions suivantes :

- son domicile et son lieu principal de pratique se situent dans une région socio-sanitaire autre que celles de la Capitale nationale (03) ou de Chaudière-Appalaches (12) sauf si une dérogation est accordée par le comité paritaire;
- il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail dans l'établissement où il exerce de façon régulière et celui-ci n'est pas en pénurie d'effectifs selon l'évaluation du comité paritaire responsable du mécanisme de dépannage.

(Voir Partie II, page 1/4)

- C. E.P. PREM:** respect des plans régionaux d'effectifs médicaux  
Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2005** (sauf pour le paragraphe 7e) relatif à l'Annexe IV qui rétroagira au 1<sup>er</sup> janvier 2004)

Le nouveau **paragraphe 5.01** amène :

- la modification du formulaire de demande d'avis de conformité apparaissant à l'Annexe II de l'E.P. pour ajouter une section relative au consentement du médecin à ce que le comité paritaire soit informé de sa candidature et, le cas échéant, de l'obtention de l'avis de conformité;

***Note :** La nouvelle version de l'avis de conformité sera disponible au début de septembre auprès de votre DRMG. Vous pourrez également l'imprimer à partir de notre site Internet : [www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca) – services aux professionnels de la santé – médecins omnipraticiens – Formulaires – Autres formulaires.*

- l'introduction des précisions suivantes quant aux dates de soumission d'une demande d'avis de conformité dans le cadre du PREM :
  - une demande faite pour l'année civile suivante doit être effectuée uniquement à compter du **15 octobre** de l'année courante;
  - pour le médecin ne répondant pas aux conditions de l'Annexe IV concernant le calcul d'une année de pratique relative à l'E.P sur les PREM, toute demande reçue entre le 15 octobre et le 31 octobre de l'année en cours est réputée avoir été reçue le 31 octobre.

Le nouveau **paragraphe 5.03** porte à **12 mois** (vs 7 antérieurement) la période maximale de temps dont dispose le médecin pour débiter sa pratique en regard de son nouvel avis de conformité et ce, en partant de la date de réception par le DRMG de sa demande d'obtention d'avis de conformité. Par ailleurs, le DRMG dispose maintenant d'un **délai de 90 jours** pour signifier une réponse aux demandes d'avis de conformité lorsque celles-ci sont supérieures au nombre de postes disponibles au PREM. Il est alors responsable de procéder à la sélection des candidats et à l'attribution de ses avis de conformité.

Avec l'ajout fait au **paragraphe 5.05**, le DRMG doit transmettre copie au comité paritaire de tout nouvel avis de conformité au PREM octroyé à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005.

L'**Annexe IV** de l'E.P. est remplacée, rétroactivement au **1<sup>er</sup> janvier 2004**, pour introduire une disposition spécifique pour le médecin en provenance de l'extérieur du Québec qui détient un permis de pratique émis au Canada avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004: on précise qu'il doit avoir complété une année de pratique **reconnue par le comité paritaire**, quel que soit la province canadienne ou le pays où il a exercé.

(Voir Partie II, pages 2 et 3/4)

- D. Protocole d'accord relatif aux activités réalisées au bénéfice d'une ADRLSSSS**

Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2005**

Le nouveau **paragraphe 4.04** permet la rémunération des activités professionnelles réalisées par un médecin, mandaté par le chef du DRMG, dans le cadre de la réalisation d'un mandat ad hoc ou de la participation à une table territoriale. Dans ce dernier cas, il est requis que le comité paritaire ait préalablement autorisé le DRMG à recourir au protocole d'accord pour la rémunération de ses activités relatives à une table territoriale.

À cette fin, le DRMG doit transmettre au comité paritaire:

- la description du fonctionnement des tables territoriales de sa région,
- la planification de leurs travaux,
- l'estimation des heures/médecin requises.

La nouvelle version du **paragraphe 11.02** précise par ailleurs que les activités relevant du paragraphe 4.04 doivent être rémunérées à même les banques allouées pour les activités professionnelles relevant des paragraphes 4.02 (commission médicale régionale) et 4.03 (comité de direction du département régional de médecine générale).  
(Voir Partie II, page 4/4)

#### **E. E.P. relative aux unités de soins intensifs ou coronariens**

Prend effet le **1<sup>er</sup> septembre 2005**

La nouvelle version de cette entente prévoit maintenant deux régimes de rémunération distincts « régime **A** ou régime **B** » et ce, pour chaque unité distincte d'un établissement adhérent :

- Le régime **A** reconduit les modalités de rémunération de l'ancienne E.P.
- Le régime **B** prévoit le paiement de forfaits quotidiens pour l'unité et par patient qui incluent tous les services dispensés **auprès des patients de l'unité pendant toute la journée** où le médecin s'en prévaut à l'exception de certains actes précisés au paragraphe 5.05 de l'E.P. qui demeurent payables à 45 % ou 100 % du tarif. Un seul médecin par jour peut se prévaloir des modalités de rémunération pour la prise en charge.

Par ailleurs, les services rendus **hors de l'unité visée par l'E.P.** sont payables à **45 % du tarif pendant toute la période de 8 h à 18 h** où le médecin facture les forfaits quotidiens et au plein tarif en tout autre temps. (Voir Partie III, paragraphe 5.06)

Les établissements déjà adhérents à l'ancienne entente sont réputés adhérents au régime **A**.

Pour les établissements désirant demander ou modifier leur adhésion à la présente entente, les caractéristiques des unités visées déterminent les possibilités d'option quant au régime de rémunération des médecins qui y exercent leurs activités.

- Dans une **unité de soins coronariens distincte** de l'unité de soins intensifs : seul le régime **A** s'applique.
- Dans une **unité de soins intensifs distincte** et dans une **unité de soins intensifs et coronariens** : possibilité d'option pour le régime **A** ou le régime **B**. Cependant, le régime **B** est possible **uniquement si** l'unité répond aux conditions décrites au paragraphe 5.01 de l'E.P.

Toute demande d'adhésion ou de changement de régime doit être exercée par l'ensemble des médecins concernés. Une demande en ce sens est acheminée au Ministre et à la Fédération par l'établissement. L'option relativement au régime de rémunération applicable ne peut être exercée qu'une fois par année à compter de la date anniversaire de l'adhésion de l'unité à cette entente.

## Précisions complémentaires quant aux modalités de rémunération du régime B :

- ❑ **Forfait quotidien de 565 \$** pour une période minimale de 8 heures de service dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h – **code 19105**.

Sur autorisation du comité paritaire lors de l'adhésion de l'unité au régime **B**, la rémunération peut couvrir une période de 10 heures de soins dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h et 18 h. Le forfait quotidien est ajusté en conséquence au montant de **706,25 \$ – code 19106**.

Le médecin qui se prévaut de ce forfait quotidien ne peut facturer le supplément de responsabilité de 5 \$ par jour prévu au préambule général (P.G. 2.4.7.8 – code 0071) pour aucun patient de l'établissement et ce, pendant toute la période de 8 h à 18 h couverte par le forfait quotidien. (Voir Partie III, paragraphe 5.02)

- ❑ **Forfait quotidien de 37,01 \$ par patient** soit 45 % de la moyenne des tarifs des 3 forfaits attribués dans le cadre du régime A. – **code 19107**. (Voir Partie III, paragraphe 5.03)
- ❑ **Majoration de 10 % de ces forfaits quotidiens** les samedi, dimanche et jour férié en vertu du P.G. 2.2.9 A. (Voir en Partie III, le paragraphe 5.04; voir aussi l'Avis indiquant d'utiliser le modificateur **045**)
- ❑ Le **code d'établissement** à utiliser pour la facturation des services rendus dans une unité couverte par le régime **B** sera spécifique – attribué à partir de la série **4XXX6**.

Les **instructions de facturation**, notamment les modificateurs à utiliser pour les services payables à 45 % du tarif, sont intégrées aux paragraphes pertinents de l'entente particulière.

**Note :** *La prochaine mise à jour Internet de la Brochure n° 1 (MAJ 54) intégrera tous les changements de l'Amendement n° 90 présentés dans ce communiqué; elle est prévue au cours du mois de septembre 2005. L'annexe 1 de la nouvelle E.P. sur les soins intensifs et coronariens sera également intégrée à cette mise à jour.*

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

- p. j. [Partie II – extraits du texte paraphé de l'Amendement n° 90](#)  
[Partie III - texte paraphé de l'E.P. sur les soins intensifs ou coronariens](#)
- c. c. Développeurs de logiciels de facturation et Agences commerciales de traitement des données – Médecine  
Directeurs généraux des agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux  
Directeurs des services professionnels des CHSGS

**EXTRAITS DU TEXTE PARAPHÉ DE L'AMENDEMENT N° 90 À L'ENTENTE GÉNÉRALE DU 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 1976 ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS**

**3. La Lettre d'entente N° 77 est modifiée en remplaçant son article 6 par le suivant :**

« Est également accordé un supplément de 80 \$ pour les services dispensés de 20 h à 24 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, aux médecins :

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

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

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

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

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

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

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

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

**AVIS** : Inscrire sur une demande de paiement n° 1200, les données suivantes:

- la date et le code d'acte **09791**;
- XXXX01010112 dans la case réservée au numéro d'assurance maladie;
- le code d'établissement correspondant à l'établissement désigné;
- le nombre d'heures dans la case UNITÉS;
- les honoraires (soumis à la rémunération différente).

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

**4. La Lettre d'entente N° 110 est modifiée en remplaçant le paragraphe 5.3 par le suivant :**

« **5.3** Un médecin visé par la présente lettre d'entente peut se prévaloir des dispositions relatives aux frais de déplacement (temps et transport) prévus aux paragraphes 30.04 à 30.07 inclusivement de l'entente générale s'il remplit les conditions suivantes :

**AVIS** : Pour facturer les frais de déplacement, voir dans votre Brochure n° 2, les pages 11 et 21 de la section 2.0.

- a) à moins de dérogation accordée par le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale, son domicile et son lieu principal de pratique se situent dans une région socio-sanitaire autre que la région de la Capitale nationale (03) ou que la région de Chaudière-Appalaches (12) ;
- b) il s'engage à maintenir sa prestation habituelle de travail dans l'établissement où il exerce de façon régulière ;
- c) l'établissement ou les établissements où il exerce de façon régulière n'est pas ou ne sont pas en pénurie d'effectifs selon l'évaluation qu'en fait le comité paritaire responsable de l'application de l'article 30.00 de l'entente générale relatif au dépannage ;

d) il obtient l'autorisation du directeur national d'évacuation aéromédicale du Québec de se prévaloir des dispositions du présent paragraphe. Cette autorisation doit être renouvelée annuellement. »

**AVIS :** *L'établissement doit préciser sur l'avis de service n° 3547, si le médecin visé est autorisé à se prévaloir des modalités du paragraphe 5.3.*

5. **La Lettre d'entente No 164** est prolongée jusqu'au 31 mars 2006.

6. **L'entente particulière relative à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin, en certains centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dans une unité de soins intensifs ou coronariens** est remplacée par celle apparaissant en annexe I des présentes.

7. **L'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux** est modifiée de la façon suivante :

a) En remplaçant au paragraphe 3.01 le nom de « régie régionale » par « agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » là où il apparaît en premier et, par la suite, là où le nom de « régie régionale » apparaît, par « agence » ;

b) En remplaçant le paragraphe 5.01 par le suivant :

« Avant de débiter sa pratique dans le territoire d'une agence ou de modifier la répartition interrégionale de sa pratique ayant pour effet d'invalider un avis de conformité antérieur, un médecin présente une demande d'avis de conformité au PREM en précisant, au moyen du formulaire tel qu'élaboré par le comité paritaire et apparaissant en annexe II des présentes, les informations suivantes :

- la date à laquelle il entend débiter sa pratique ou, le cas échéant, modifier la répartition interrégionale de sa pratique ;
- indiquer, s'il y a lieu, qu'il entend se prévaloir du paragraphe 3.04, 3.05 ou, selon le cas, 3.06 ;
- indiquer, si tel est le cas, qu'il détient déjà un avis de conformité du DRMG d'une autre agence ;
- signifier son consentement à ce que le comité paritaire soit informé de sa demande de candidature ainsi que, le cas échéant, de l'obtention de l'avis de conformité.

Une demande d'avis de conformité faite dans le cadre du PREM de l'année suivant l'année courante est assujettie aux conditions suivantes :

- elle ne peut être soumise avant le 15 octobre de l'année courante ;
- pour le médecin qui ne répond pas aux conditions apparaissant à l'annexe IV de la présente entente, toute demande faite entre le 15 octobre et le 31 octobre de l'année en cours est réputée avoir été reçue le 31 octobre. »

c) En remplaçant le paragraphe 5.03 par le suivant :

« **5.03** Le DRMG apprécie le contenu de la demande d'avis de conformité du médecin et, dans les soixante (60) jours de la réception de la demande, répond, par écrit, en complétant le formulaire transmis par le médecin, et ce, aux fins suivantes :

- signifier au médecin l'acceptation de sa demande d'avis de conformité en lui réitérant les exigences suivantes :
  - ce médecin devra déterminer la date effective de prise d'effet de l'avis de conformité. Cette date doit être celle du début de sa pratique dans le territoire en cause ou, si tel est le cas, celle de la modification de la répartition interrégionale de sa pratique. Cette date ne peut excéder douze (12) mois suivant la date de réception de sa demande d'obtention d'avis de conformité par le DRMG.

- s'il y a lieu, l'application, à son endroit, du paragraphe 3.04, 3.05 ou, selon le cas, 3.06 ;
- ou, dans le cas contraire, informer ce médecin du refus de sa demande d'avis de conformité.

Le cas échéant, le DRMG expédie également une copie de l'avis de conformité au dernier DRMG ayant antérieurement délivré un tel avis au médecin.

Advenant le cas où à une date donnée, le DRMG reçoit un nombre de candidatures supérieures au nombre de postes disponibles au PREM à cette date, le DRMG est responsable de procéder à la sélection des candidats et d'attribuer le ou les avis de conformité. En ce cas, le DRMG dispose de quatre-vingt-dix (90) jours pour signifier au médecin une réponse à sa demande. »

- d) En ajoutant à la fin du premier alinéa du paragraphe 5.05 la phrase suivante :

« Il transmet copie de cet avis au comité paritaire. »

- e) En remplaçant son annexe IV la condition suivante :

**« Calcul d'une année de pratique**

Pour être considéré aux fins de l'application du paragraphe 3.02 de la présente entente comme médecin ayant pratiqué dans d'autres régions, le médecin doit répondre à une des situations suivantes :

- 1- Il doit avoir complété, au cours des trois (3) dernières années précédant l'année au cours de laquelle il fait sa demande d'obtention d'avis de conformité, au moins une (1) année de pratique qui répond aux conditions suivantes :

- Cette année de pratique, ou partie de celle-ci, doit être complétée dans le cadre du régime d'assurance maladie du 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 ;
- Aux fins des sous-paragraphes précédents, seule la pratique postérieure à l'obtention du permis du Collège des médecins du Québec, est considérée ;
- Le médecin visé doit détenir un avis de conformité au PREM applicable dans le territoire d'une agence ;

- 2- Le médecin en provenance de l'extérieur du Québec et qui détient un permis de pratique émis au Canada avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004 doit avoir complété une année de pratique reconnue par le comité paritaire, quel que soit la province canadienne ou le pays où il a exercé. »

La Régie, sur demande du DRMG, transmet au DRMG et au médecin concernés les données pertinentes à l'application de la présente annexe.



**8. Le protocole d'accord ayant pour objet la rémunération de certaines activités professionnelles effectuées au bénéfice d'une régie régionale** signé le 31 janvier 2000 est modifié de la façon suivante :

a) en remplaçant dans le titre et au paragraphe 1.01 le nom de « régie régionale » par « agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » et, par la suite, là où le nom de « régie régionale » apparaît, par « agence » ;

b) ajouter le paragraphe 4.04 suivant :

« **4.04** Pour le médecin mandaté par le chef du département régional de médecine générale, l'activité professionnelle réalisée dans le cadre d'un mandat ad hoc ou d'une table territoriale lorsque, dans ce dernier cas, les conditions suivantes sont rencontrées :

a) le département régional de médecine générale transmet au comité paritaire la description du fonctionnement des tables territoriales de sa région, la planification de leurs travaux ainsi que l'estimation des heures/médecin requises ;

b) le comité paritaire autorise le département régional de médecine générale à se prévaloir du présent protocole pour la rémunération des activités faites dans le cadre des tables territoriales. »

**AVIS :** Utiliser le code d'activités **049108**, Médecin mandaté pour participer à une table territoriale ou le code **049109**, Médecin participant à un mandat ad hoc. Le code d'établissement à utiliser est celui attribué à l'agence.

Aucun avis de service n'est requis sauf si le médecin rémunéré à honoraires fixes désire maintenir ce mode de rémunération.

c) en remplaçant le paragraphe 11.02 par le suivant :

« **11.02** Cette banque identifie distinctement les enveloppes qui, à un niveau régional, sont réservées à la rémunération des activités professionnelles qui, selon le cas, relèvent des paragraphes 4.01, 4.02 ou 4.03. Les activités visées au paragraphe 4.04 sont rémunérées à même les banques allouées pour les activités professionnelles qui relèvent des paragraphes 4.02 et 4.03. »

**9. Le présent amendement entre en vigueur à la date de sa signature et prend effet aux dates suivantes:**

Article 2	1 <sup>er</sup> décembre 2005
Article 3	1 <sup>er</sup> février 2005
Articles 4, 6 et 8	1 <sup>er</sup> septembre 2005
Article 5	2 juillet 2005
Article 7 sauf son paragraphe 7e)	1 <sup>er</sup> septembre 2005
Paragraphe 7e)	1 <sup>er</sup> janvier 2004

**EN FOI DE QUOI**, les parties ont signé à \_\_\_\_\_,

ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2005.

\_\_\_\_\_  
**PHILIPPE COUILLARD**

Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

\_\_\_\_\_  
**RENALD DUTIL, m.d.**

Président  
Fédération des médecins  
omnipraticiens du Québec

**TEXTE PARAPHÉ DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE À LA RÉMUNÉRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES PROFESSIONNELS EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN, EN CERTAINS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS, DANS UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS OU CORONARIENS**

**PRÉAMBULE**

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

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

**1.00 OBJET**

**1.01** La présente entente particulière a pour objet de déterminer certaines normes spéciales relatives à la rémunération de la prestation des services professionnels effectués par un médecin auprès de patients dans l'unité de soins coronariens ou dans l'unité de soins intensifs et coronariens, excluant les lits de monitoring, sise dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés inscrit à l'annexe I des présentes ;

*NOTE:* Cette annexe sera intégrée dans la mise à jour Internet (MAJ 54) de la brochure n° 1 prévue au cours de septembre 2005.

**1.02** L'adhésion ou le retrait d'un établissement pour une ou, le cas échéant, pour ses unités de soins intensifs ou coronariens, dans le cadre de la présente entente, se fait par accord des parties.

**2.00 CHAMP D'APPLICATION**

**2.01** Les stipulations de l'entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'appliquent au médecin visé au paragraphe 1.01 ci-dessus, sous réserve des dispositions suivantes.

**3.00 RÉGIMES DE RÉMUNÉRATION**

**3.01** Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens visés aux présentes, optent pour le régime A ou B tels que décrits aux articles 4.00 et 5.00 des présentes. Dans le cas où un établissement opère une unité de soins coronariens distincte de l'unité de soins intensifs, les médecins qui exercent dans l'unité de soins coronariens ne peuvent adhérer qu'au régime A ;

**3.02** Une option de rémunération quant au régime de rémunération ne peut être exercée qu'une seule fois par année à compter de la date anniversaire d'adhésion de l'unité de l'établissement à la présente entente. Elle est exercée par l'ensemble des médecins concernés ;

**3.03** L'adhésion d'une unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens d'un établissement à la présente entente précise le régime de rémunération qui s'applique.

**4.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION RÉGIME A**

*AVIS:* Utiliser le code d'établissement **0XXX6**.

**4.01** Le médecin, selon un choix quotidien, opte d'être rémunéré selon la formule du mode de rémunération forfaitaire prévue au présent article ou selon la rémunération à l'acte prévue à l'entente générale.

**4.02** La prestation de l'ensemble des services professionnels dispensés au cours d'une journée à un patient admis dans une unité visée aux présentes est, au bénéfice du médecin qui fournit cette prestation, rémunérée selon une formule de rémunération à l'acte prévoyant un forfait de 97,65 \$ pour la première journée de séjour dans l'unité, 77,10 \$ pour la deuxième journée de séjour et 72,00 \$ pour les suivantes;

**AVIS** : Pour facturer le forfait, inscrire les données suivantes:  
- le numéro d'assurance maladie de la personne assurée;  
- le code d'acte **9997** pour la **première** journée de séjour dans l'unité;  
- le code d'acte **8896** pour la **deuxième** journée de séjour dans l'unité;  
- le code d'acte **8897** pour les journées **suivantes** de séjour dans l'unité;  
- le code d'établissement spécifique (0XXX6);  
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;  
- la date d'entrée et, le cas échéant, la date de sortie de cette unité de soins.

En vertu des dispositions du sous-paragraphe 2.2.9.A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale, ce forfait est majoré de 10 % le samedi, dimanche et un jour férié.

**AVIS** : Veuillez inscrire les données suivantes sur votre demande de paiement n° 1200 :  
- le modificateur **045** ou un de ses multiples pour le code d'acte **8896**, **8897** ou **9997** ;  
- les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 % ;  
- le code d'établissement spécifique (0XXX6).

**4.03** Toutefois, le forfait ne comprend pas la rémunération de la réanimation cardio-respiratoire ni le supplément de responsabilité à l'examen d'un malade admis.

Il ne couvre pas non plus la prestation des actes médicaux suivants :

- a) En cas de non disponibilité temporaire du médecin visé au paragraphe 3.01, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin;
- b) Les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant;
- c) La constatation de décès;
- d) L'examen médical et le constat médico-légal pour un bénéficiaire présumément victime d'assaut sexuel;
- e) L'examen d'évaluation médicale d'une personne en perte d'autonomie en vue d'allocation de ressources.

**AVIS** : Inscrire la lettre « G » dans la case C.S.

**4.04** Sont rémunérés à l'acte de la façon prévue à l'entente générale les soins simultanés requis par le médecin qui fournit l'ensemble de la prestation des services, quelle que soit la formule de rémunération retenue selon les dispositions de la présente entente, ou par un médecin spécialiste.

**AVIS** : Inscrire la lettre « H » dans la case C.S.

## **5.00 MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION - RÉGIME B**

**AVIS** : Utiliser le code d'établissement **4XXX6**.

**5.01** Les médecins qui exercent dans ou auprès de l'unité de soins intensifs et coronariens de l'établissement peuvent opter pour le régime B si cette unité répond aux conditions suivantes :

- a) elle comprend au moins sept (7) lits exclusivement de soins intensifs généraux ou dix (10) lits de soins intensifs et coronariens;
- b) l'occupation moyenne de ces lits de soins intensifs généraux doit être sur base quotidienne d'au moins sept (7) patients de soins intensifs généraux ou de dix (10) patients de soins intensifs et coronariens;

- c) la responsabilité de tous les patients ainsi que la coordination de tous les lits de l'unité sont assumées par un médecin omnipraticien;
- d) un seul médecin assume l'ensemble des soins dispensés auprès des patients de l'unité au courant de la période décrite au paragraphe 5.02.

**5.02** Les modalités de rémunération prévues au présent article couvrent une période minimale de huit (8) heures de services dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h 00 et 18 h 00. Le médecin est alors rémunéré selon un forfait de 565 \$.

**AVIS:** *Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19105** dans la case CODE de la section « Actes »;
- le montant réclamé dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (4XXX6).

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

Malgré ce qui précède, au moment de l'adhésion de l'unité au régime B et sur demande de l'établissement ou des médecins concernés, le comité paritaire peut, en tenant compte notamment du nombre de lits et de la nature des soins requis, autoriser la rémunération sur la base d'une période de dix (10) heures de soins dispensés dans ou auprès de l'unité entre 8 h 00 à 18 h 00. Le forfait est ajusté en conséquence.

**AVIS:** *Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le code XXXX01010112, dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;
- le code d'acte **19106** dans la case CODE de la section « Actes »;
- le montant de 706.25 \$ dans la case HONORAIRES;
- le code d'établissement spécifique (4XXX6).

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

Le médecin qui se prévaut du forfait prévu au présent paragraphe ne peut, pour tout patient de l'établissement et pour la période visée au présent paragraphe, facturer le supplément de responsabilité prévu au sous-paragraphe 2.4.7.8 du préambule général de l'annexe V de l'entente générale.

**5.03** Au forfait prévu au paragraphe précédent, s'ajoute un forfait quotidien par patient dont le médecin assume la responsabilité. Ce forfait est fixé à 45 % de la moyenne des tarifs des trois (3) forfaits apparaissant au paragraphe 4.02 des présentes.

**AVIS:** *Veuillez utiliser la demande de paiement n° 1200 et inscrire les données suivantes :*

- le NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE de la personne assurée;
- le code d'acte **19107** dans la case CODE de la section « Actes »;
- les honoraires de 37,01 \$;
- le code d'établissement spécifique (4XXX6).

**5.04** En vertu des dispositions du sous-paragraphe 2.2.9.A du préambule général de l'annexe V de l'entente générale, les forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 ci-dessus sont majorés de 10 % le samedi, dimanche et un jour férié.

**AVIS:** *Veuillez inscrire les données suivantes sur votre demande de paiement n° 1200 :*

- le modificateur **045** ou un de ses multiples pour le code d'acte **19105**, **19106** ou **19107** ;
- les honoraires demandés en y incluant la majoration de 10 % ;
- le code d'établissement spécifique (4XXX6).

**5.05** Ces forfaits prévus aux paragraphes 5.02 et 5.03 incluent tous les services dispensés auprès d'un patient de l'unité pendant une journée au cours de laquelle le médecin se prévaut des dispositions du présent article sous réserve des dispositions suivantes :

- a) la réanimation cardio-respiratoire est rémunérée à 45 % du tarif;

**AVIS:** *Voir l'AVIS ci-après, sous 5.05 b).*

- b) le médecin qui se prévaut des dispositions du présent article et qui dispense des services auprès d'un patient de soins coronariens admis à l'unité de soins intensifs ou coronariens dont il n'assume pas la responsabilité est rémunéré à 45 % du tarif des actes.

**AVIS:** Dans la section « Actes » d'une demande de paiement n° 1200, inscrire pour chaque service :

- le modificateur **177** ou un de ses multiples;
- les honoraires demandés en les calculant à 45 % du tarif de base du service rendu ou, le cas échéant, selon le pourcentage applicable du modificateur multiple utilisé; le code d'établissement spécifique (4XXX6).

Les multiples du modificateur **177** sont :

Lorsque les modificateurs suivants s'appliquent en même temps	Utiliser le modificateur multiple	Constante (Facteur de multiplication)
045 - 177	653	0,4950
050 - 177	632	0,2250
093 - 177	636	0,4500
094 - 177	637	0,4500
127 - 177	655	0,4680
045 - 094 - 177	354	0,4950
045 - 127 - 177	356	0,5148
093 - 094 - 177	353	0,4500

- c) sont rémunérés à 100 % selon l'entente générale :

- les services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail* (Annexe XIII de l'Entente);
- la garde en disponibilité ainsi que les services nécessitant un déplacement et dispensés pendant cette période;

**AVIS:** Inscrire la lettre « E » dans la case C.S.

- en cas de non-disponibilité temporaire du médecin visé à la présente, les soins immédiatement requis dispensés par un autre médecin;

**AVIS:** Inscrire la lettre « G » dans la case C.S et le code d'établissement spécifique (4XXX6).

- les actes médicaux dispensés par un médecin appelé à intervenir à titre de consultant auprès d'un patient de l'unité de soins coronariens ou de soins intensifs;

**AVIS:** Inscrire la lettre « G » dans la case C.S et le code d'établissement spécifique (4XXX6).

**5.06** Tous les services dispensés hors de l'unité des soins intensifs et coronariens pendant la période visée au paragraphe 5.02 sont rémunérés à 45 % du tarif des actes posés.

**AVIS:** Voir l'AVIS sous 5.05 b).

## 6.00 COMITÉ PARITAIRE

**6.01** Le comité paritaire prévu à l'article 32.00 de l'entente générale remplit les fonctions qui lui sont dévolues relativement à la mise en oeuvre de la présente entente.

## **7.00 ADHÉSION ET RETRAIT**

- 7.01** Le présent article a pour objet de déterminer, pour un établissement, les modalités d'adhésion à la présente entente particulière de son unité ou, le cas échéant, de ses unités de soins intensifs ou coronariens et les modalités de retrait de celle(s)-ci ;
- 7.02** Une demande selon le présent article est formulée conjointement, par l'établissement et les médecins qui dispensent les services professionnels au sein de l'unité visés par l'adhésion à la présente entente. Cette demande est transmise par écrit au Ministre et à la Fédération;
- 7.03** Une demande ayant pour objet le retrait d'une unité ou d'un établissement de la présente entente requiert, outre l'assentiment de l'établissement et des médecins concernés, l'accord des parties;
- 7.04** Advenant une dissidence entre les médecins concernés quant à l'adhésion de l'unité à la présente entente ou à son retrait de celle-ci ou quant à l'option relativement au régime de rémunération, le comité paritaire prévu à l'article 6.00 des présentes fait ses recommandations au Ministre et à la Fédération;
- 7.05** Dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de réception d'une demande formulée selon le présent article, les parties après avoir pris l'avis du comité paritaire, disposent de cette demande et en informent la Régie ainsi que l'établissement et les médecins concernés;
- 7.06** Les établissements adhérents en vertu de l'entente particulière signée le 16 mai 1991 sont réputés être adhérents au régime A de la présente entente.

## **8.00 ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 8.01** La présente entente particulière remplace l'entente particulière signée le 16 mai 1991 et ses amendements. Elle entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2005 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 2005.

---

PHILIPPE COUILLARD  
Ministre  
Ministère de la Santé et  
des Services sociaux

---

RENALD DUTIL, m.d.  
Président  
Fédération des médecins