

# Guide de gestion 2015-2016 Activités médicales particulières

---

**Comité paritaire FMOQ – MSSS**

# Table des matières

<b>LISTE DES ACRONYMES .....</b>	<b>2</b>
<b>TRANSITION.....</b>	
<b>INTRODUCTION .....</b>	
<b>1. À QUI S'ADRESSE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX AMP ?.....</b>	<b>4</b>
<b>2. DÉTERMINATION DES AMP.....</b>	<b>4</b>
2.1    Les catégories d'AMP .....	4
2.2    Affichage et suivi.....	5
<b>3. EXIGENCES DE BASE ET ÉQUIVALENCES.....</b>	<b>5</b>
3.1    Les équivalences .....	6
3.2    Les exceptions.....	6
3.3    Les dérogations.....	7
3.4    Les médecins résidents .....	7
<b>4. PROCÉDURE D'ADHÉSION .....</b>	<b>7</b>
4.1    Le choix des activités.....	8
<b>4.2 Démarches du médecin.....</b>	<b>8</b>
4.3    Finalisation de l'adhésion .....	8
<b>5. AMP EFFECTUÉES DANS UNE AUTRE RÉGION QUE CELLE OÙ LE MÉDECIN DÉTIENT UN AVIS DE CONFORMITÉ AU PREM.....</b>	<b>9</b>
<b>6. MÉCANISME DE DÉPANNAGE ET AUTRES AMP NATIONALES .....</b>	<b>9</b>
<b>7. DURÉE, MODIFICATION ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION .....</b>	<b>9</b>
7.1    Modification au terme de l'engagement .....	10
7.2    Modification en cours d'engagement.....	10
<b>8. GESTION ADMINISTRATIVE DU DOSSIER AMP.....</b>	<b>11</b>
8.1    Instance responsable du dossier AMP .....	11
8.2    Non-respect des AMP et réduction de la rémunération.....	12
<b>9. CALCUL DES ANNÉES DE PRATIQUE.....</b>	<b>13</b>
<b>10. LES INTERVENANTS .....</b>	<b>14</b>
10.1    Le DRMG .....	14

---

10.2	Le Comité paritaire AMP .....	14
10.3	La RAMQ .....	14
<b>ANNEXE I</b>	.....	<b>16</b>
	AMP DE CATÉGORIE VI.....	16
<b>ANNEXE II – GUIDE D’ÉVALUATION DU VOLUME D’ACTIVITÉS</b>	.....	<b>17</b>
<b>ANNEXE III – RÈGLES DE CONVERSION</b>	.....	<b>18</b>

## **LISTE DES ACRONYMES**

<b>AMP</b>	Activités médicales particulières
<b>CHSLD</b>	Centre d’hébergement et de soins de longue durée
<b>CISSSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CR</b>	Centre de réadaptation
<b>DRMG</b>	Département régional de médecine générale
<b>ÉVAQ</b>	Évacuation aéromédicale du Québec
<b>FMOQ</b>	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>MAD</b>	Maintien à domicile
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PREM</b>	Plan régional des effectifs médicaux
<b>UMF</b>	Unité de médecine familiale

## INTRODUCTION

Voici le plus récent guide de gestion relatif aux AMP. Cette version mise à jour tient compte des éléments retenus par les parties dans le cadre de l'Entente sur l'accessibilité signée le 2 juin 2015. Cette entente signée par la FMOQ et le MSSS prévoit, à terme, l'abolition des AMP. En attendant, des modifications y sont apportées, et ce, dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. En 2015, il est en effet reconnu que cette activité doit faire l'objet d'un rattrapage important, et ce, afin de rehausser un secteur ayant été insuffisamment considéré ces dernières années.

Pour offrir un meilleur équilibre entre les différents secteurs d'activités, il importe maintenant de permettre à tous les médecins de famille de se consacrer à la prise en charge et au suivi de sa clientèle inscrite.

Dans cette perspective, les parties ont convenu de classer la prestation de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle au même niveau que les principaux secteurs de pratique en établissement. De fait, seul le service d'urgence d'un établissement conserve un niveau de priorité supérieur à l'inscription et au suivi de clientèle.

## TRANSITION

- Un médecin déjà adhérent qui formule une demande de changement d'AMP à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015 verra sa demande être traitée en fonction de la nouvelle entente.
- Les médecins installés avant le 1<sup>er</sup> septembre 2015 disposent de deux trimestres pour choisir leurs AMP, adhérer à l'entente et débiter les activités prévues à leur engagement.
- Les médecins installés après le 1<sup>er</sup> septembre 2015 disposent d'un trimestre pour choisir leurs AMP, adhérer à l'entente et débiter les activités prévues à leur engagement.
- La gestion de la portion prise en charge de l'AMP mixte continue d'être appliquée tel que convenu lors de l'engagement du médecin. Cependant, au terme de cet engagement de 2 ans, le médecin devra se soumettre à la nouvelle entente.

## 1. À QUI S'ADRESSE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AUX AMP ?

Les AMP sont issues de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'Entente particulière conclue entre la FMOQ et le ministre découle donc des dispositions de cette loi et en détermine les modalités d'application. Elle s'adresse à tous les médecins omnipraticiens qui exercent dans le cadre du régime public d'assurance maladie. À défaut d'adhérer à l'entente ou à défaut de respecter l'engagement qu'il a signé, un médecin est sujet à ne plus profiter d'une pleine rémunération.

## 2. DÉTERMINATION DES AMP

Le processus de détermination des AMP relève du DRMG. Celui-ci en dresse la liste, puis la transmet au CISSS/CIUSSS. Cette liste détermine les catégories d'AMP, leurs volumes et les milieux où elles sont disponibles.

### 2.1 Les catégories d'AMP

Il y a six catégories d'AMP admissibles. Elles sont classifiées en trois blocs qui correspondent à des niveaux de priorités.

1 <sup>er</sup> bloc	I – L'urgence
2 <sup>e</sup> bloc	II – La prestation en première ligne de services médicaux, d'inscription et de suivi de clientèle III – L'hospitalisation en courte durée avec garde en disponibilité IV – L'obstétrique V – Le CHSLD, le CR ou le MAD, les trois avec garde en disponibilité
3 <sup>e</sup> bloc	VI – Toute autre activité établie par le ministre. La liste de ces activités est disponible à l'Annexe 1. Chacune d'entre elles doit cependant être approuvée par le Comité paritaire à titre d'AMP avant d'être autorisée par le DRMG.

Pour déterminer la liste des AMP disponibles dans sa région, le DRMG s'assurera d'abord de prioriser les besoins du 1er bloc avant ceux du 2e bloc. Le même principe s'applique entre le bloc 2 et le bloc 3.

Il faut donc faire la différence entre une AMP admissible et une AMP disponible. Autrement dit, un DRMG peut ne pas rendre disponible une AMP admissible selon l'état des besoins dans les milieux de pratique de sa région.

Les activités comprises à l'intérieur du 2e bloc sont considérées d'importance égale. Selon les besoins, un DRMG peut toutefois choisir de rendre disponibles ou non certaines d'entre-elles et ce, tant au niveau des territoires que des milieux de pratique sous réserve, dans le cas des milieux, des précisions apportées au paragraphe suivant.

Pour contribuer à combler les besoins de prise en charge en 1re ligne, l'AMP de catégorie II, demeure une activité que le DRMG devrait rendre disponible, sauf exception, dans tous les lieux d'inscription reconnus de prise en charge et de suivi de la clientèle. Le DRMG ne peut pas favoriser certaines cliniques GMF ou non au détriment de d'autres.

## **2.2 Affichage et suivi**

Les AMP disponibles dans la région doivent être affichées sur le site Internet du CISSS/CIUSSS auquel se rattache le DRMG. Chaque AMP est indépendante et ne peut faire l'objet d'un amalgame préétabli par le DRMG.

En raison des besoins changeants, il est nécessaire d'effectuer un suivi régulier de cette liste. Le DRMG doit donc s'assurer qu'elle soit mise à jour aussi souvent que nécessaire. Notons également qu'un médecin a la possibilité de choisir toute AMP parmi celles affichées au moment où il présente sa demande d'adhésion auprès du DRMG.

À l'occasion de cet exercice, le DRMG prendra soin de considérer le temps dont ont besoin les médecins en processus d'adhésion pour compléter leurs démarches. Il devrait porter une attention particulière à la période initiale de mise en candidature au PREM.

Pendant cette période, il serait approprié de s'assurer que la liste des AMP disponibles soit à jour et qu'elle ne sera pas changée dans cet intervalle.

Par la suite, le DRMG est libre de modifier ou non la liste des AMP qu'il entend rendre disponibles

## **3. EXIGENCES DE BASE ET ÉQUIVALENCES**

**0 à 15 ans de pratique** – 12 heures par semaine ou l'équivalent

**15 à 20 ans de pratique** – 6 heures par semaine ou l'équivalent

**20 ans de pratique et plus** – Bien que ces médecins doivent quand même adhérer à l’Entente particulière auprès du DRMG, à moins de circonstances particulières, leurs activités usuelles sont reconnues à titre d’AMP par le DRMG.

### 3.1 Les équivalences

Les équivalences permettent au DRMG de vérifier si le volume d’activités d’un médecin respecte les exigences de base correspondant à son nombre d’années de pratique. Elles doivent être vues comme des repères permettant de convertir en heures les différentes catégories d’activités médicales. Le guide d’évaluation du volume d’activités ainsi que les règles de conversion sont présentés aux Annexes IV et V.

L’Entente prévoit également, sur une base annuelle, que certains niveaux de rémunération entraînent automatiquement une réduction des exigences indiquées ci-haut. Le tableau qui suit illustre cette situation :

Rémunération annuelle du médecin	Exigence de base par semaine		
	Médecin de moins de 15 ans de pratique	Médecin comptant entre 15 à 20 ans de pratique	Médecin comptant plus de 20 ans de pratique
Jusqu’à 19 999 \$	<b>3 heures</b>	<b>1,5 heure</b>	<b><sup>1</sup>Activités usuelles reconnues</b>
De 20 000 \$ à 39 999 \$	6 heures	3 heures	
De 40 000 \$ à 60 000 \$	<b>9 heures</b>	<b>4,5 heures</b>	

### 3.2 Les exceptions

Le DRMG dispose d’une certaine latitude lui permettant de tenir compte de la condition d’un médecin. Ainsi peut-il modifier les exigences de base applicables à ce dernier, notamment dans le cas d’une grossesse, ou en cas d’incapacité physique ou mentale grave.

<sup>1</sup> À moins de circonstances particulières, les activités usuelles du médecin sont reconnues à titre d’AMP par le DRMG.

### 3.3 Les dérogations

Un DRMG peut reconnaître certaines activités à titre d'AMP. Pour ce faire, il doit recevoir l'aval du Comité paritaire. Ainsi, le Comité paritaire peut exceptionnellement, sur recommandation du DRMG, autoriser un médecin à se voir reconnaître des activités de la catégorie VI malgré la disponibilité d'AMP dans les catégories I à V.

Exceptionnellement, certaines activités autres que celles du secteur VI peuvent être reconnues par le DRMG comme AMP. Une telle reconnaissance doit recevoir l'aval du comité paritaire.

### 3.4 Les médecins résidents

Le médecin résident qui détient un permis d'exercice peut être autorisé à effectuer des activités médicales dans une région sans détenir d'avis de conformité au PREM. Les activités médicales autorisées doivent faire partie des AMP proposées par le DRMG de la région, et ce, à l'exception de l'AMP de catégorie II.

Le médecin résident ainsi autorisé à exercer dans la région sans détenir un avis de conformité au PREM, n'a pas à adhérer à l'EP AMP pendant la période visée par son autorisation. Il est réputé respecter les conditions prévues à l'article 3.0 de l'entente particulière AMP.

## 4. PROCÉDURE D'ADHÉSION

Le médecin qui débute sa pratique, ou celui qui s'installe dans une nouvelle région, doit communiquer avec le DRMG concerné par la demande.

L'adhésion du médecin aux AMP doit prendre effet au plus tard au début du trimestre qui suit celui du début de sa pratique. Par exemple, pour un médecin qui débute sa pratique le 5 septembre, le premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique est considéré être le trimestre suivant, c'est-à-dire celui de décembre-janvier-février. Le médecin devrait donc être adhérent au plus tard avant le 1<sup>er</sup> mars.

Une exception s'applique pour le médecin qui débute sa pratique le premier jour d'un trimestre. Par exemple, si un médecin débute sa pratique le 1<sup>er</sup> septembre, le premier trimestre complet qui suit le début de sa pratique sera celui en cours. Dans ce cas, le médecin devrait donc avoir adhéré aux AMP au plus tard avant le 1<sup>er</sup> décembre.

Cette modalité s'applique également à un médecin comptant plus de 20 ans de pratique. Il doit ainsi remplir et retourner au DRMG un nouveau formulaire d'adhésion en indiquant la nature de ses activités médicales lorsqu'il change de région.

#### **4.1 Le choix des activités**

Le médecin identifie une ou des activités inscrites dans la liste des AMP disponibles qu'il a demandée au DRMG. S'il souhaite se prévaloir d'une activité dans plus d'une catégorie d'AMP, le médecin procédera lui-même à l'amalgame

de celles-ci, et ce, en fonction des disponibilités que le DRMG aura déterminées pour son territoire.

#### **4.2 Démarches du médecin**

Le médecin entreprend lui-même les démarches auprès du ou des milieu(x) énuméré(s) dans la liste. Ces démarches comprennent l'obtention des pièces justificatives appropriées, lesquelles prévoient le volume attendu d'AMP. Les pièces justificatives appropriées peuvent être un avis de nomination, la lettre d'un médecin responsable en GMF ou dans toute autre clinique, par exemple.

#### **4.3 Finalisation de l'adhésion**

- Le DRMG transmet un formulaire d'adhésion aux AMP au médecin qui en fait la demande. Le médecin remplit son formulaire en y joignant en annexe, s'il y a lieu, ses pièces justificatives, lesquelles devraient contenir le volume d'AMP auquel le médecin s'engage. Le médecin retourne les documents dûment remplis au DRMG du territoire où il détient un avis de conformité au PREM au moins deux semaines avant la fin du trimestre.
  
- Au plus tard deux semaines avant la fin de ce même trimestre, le DRMG confirme l'adhésion, par écrit au médecin et à la RAMQ. Il peut aussi informer le médecin des ajustements à apporter à sa demande d'adhésion.

## **5. AMP EFFECTUÉES DANS UNE AUTRE RÉGION QUE CELLE OÙ LE MÉDECIN DÉTIENT UN AVIS DE CONFORMITÉ AU PREM**

Il est possible pour un médecin d'effectuer en tout ou en partie ses AMP ailleurs que dans la région où il détient un avis de conformité au PREM. Dans un tel cas, c'est le DRMG où le médecin détient son avis de conformité au PREM qui est responsable de l'administration du dossier du médecin.

Signalons qu'un médecin pourra s'acquitter de ses AMP dans une région autre que celle où il détient son avis de conformité au PREM dans la mesure où les AMP choisies figurent parmi la liste des AMP disponibles dans sa région principale.

## **6. MÉCANISME DE DÉPANNAGE ET AUTRES AMP NATIONALES**

Les AMP nationales comprennent principalement les activités effectuées dans le cadre du mécanisme officiel de dépannage. Un médecin peut donc avoir une pratique exclusive ou non exclusive en dépannage et satisfaire tout de même aux exigences liées à l'accomplissement des AMP. Dans les deux cas, les conditions seront satisfaites dans la mesure où ce médecin effectue le nombre d'heures requis.

Si ses activités en dépannage ne suffisent pas à respecter les exigences de base prévues, le médecin devra compléter ses AMP par le biais d'une autre activité. D'autres activités peuvent aussi être considérées sur une base nationale, dont celles au sein de l'INSPQ et au bénéfice de l'EVAQ. Le DRMG pourra se référer au comité paritaire pour évaluer tous les cas qui pourraient lui être soumis à cet égard.

## **7. DURÉE, MODIFICATION ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION**

L'adhésion d'un médecin aux AMP est valide pendant une période de deux ans et débute au trimestre suivant la date de la confirmation de son adhésion par le DRMG. À moins d'avis contraire, l'adhésion se renouvelle automatiquement à l'expiration de cette période.

Les différents trimestres se répartissent comme suit :

1 <sup>er</sup> trimestre	juin, juillet et août
2 <sup>e</sup> trimestre	septembre, octobre et novembre
3 <sup>e</sup> trimestre	décembre, janvier et février
4 <sup>e</sup> trimestre	mars, avril et mai

### 7.1 Modification au terme de l'engagement

À la fin de la période de deux ans, un médecin peut modifier ses AMP. Il devra alors, le cas échéant, choisir de nouvelles AMP parmi la liste des AMP disponibles au moment de la révision. À moins que les activités demandées ne figurent pas à la liste des AMP disponibles dans la région, toute demande de modification devrait en principe être approuvée par le DRMG.

### 7.2 Modification en cours d'engagement

Il est possible pour un médecin de demander une modification de ses AMP en cours d'engagement. Le médecin doit d'abord en discuter et en convenir avec le DRMG de la région où il détient un avis de conformité au PREM. En principe, à moins que le DRMG ne soit en mesure de motiver sa décision, celui-ci tâchera d'accommoder le médecin tout en tenant compte des besoins prioritaires de la population de sa région.

Le DRMG analysera la demande d'un médecin qui choisit de présenter une demande de révision de son choix d'AMP en tenant compte notamment :

- de l'impact de ce changement sur une possible rupture de services ;
- qu'un préavis écrit de 60 jours a été fait à l'établissement par le médecin dans le cas où il s'agit d'une cessation d'exercice en établissement ;

Dans tous les cas, si les AMP d'un médecin comportent plus d'une activité et que celui-ci souhaite modifier uniquement l'une d'entre elles, la modification ainsi souhaitée n'aura pas d'effet sur les autres activités déjà approuvées par le DRMG.

Exceptionnellement, le DRMG peut demander à un médecin de réviser son engagement AMP lorsqu'il y a un risque de bris de services lors du renouvellement de son adhésion ou en cours d'engagement selon une des situations suivantes :

- lors du renouvellement de l'engagement d'un médecin lorsqu'il n'y a pas suffisamment d'effectifs dans les catégories I à V, le DRMG peut demander à un médecin qui effectue des AMP exclusivement dans la catégorie VI de choisir ses AMP dans les catégories I à V ;

- un DRMG peut aussi, de façon temporaire, demander à un médecin dont les AMP s'effectuent dans la catégorie VI de les modifier en cours d'engagement seulement lorsqu'il y a un risque de bris de services dans le service d'urgence d'un établissement de sa région, ou dans un établissement situé à moins de 75 km de son lieu de pratique principal. Dans cette circonstance, la révision temporaire sera d'une durée de six mois. Elle ne pourra être renouvelée que pour une autre période de six mois.

## 8. GESTION ADMINISTRATIVE DU DOSSIER AMP

### 8.1 Instance responsable du dossier AMP

#### **AMP effectuées dans la région de l'avis de conformité au PREM :**

- C'est le DRMG qui a délivré l'avis de conformité au PREM qui a la responsabilité de la gestion des AMP.

#### **AMP effectuées dans une autre région que celle où le médecin détient un avis de conformité au PREM :**

- C'est le DRMG qui a délivré l'avis de conformité au PREM qui a la responsabilité de la gestion des AMP.

#### **Mécanisme de dépannage et AMP nationales**

**a) Activités effectuées dans le cadre du mécanisme de dépannage :** gérées par le DRMG de la région où le médecin détient un avis de conformité au PREM lorsque la pratique du médecin n'est pas exclusivement consacrée à cette activité.

S'il s'agit de pratique exclusive en dépannage, c'est le comité paritaire sur le dépannage qui gère le dossier.

**b) Activités effectuées dans le cadre d'une instance à vocation nationale (ÉVAQ et INSPQ) :** gérées par le comité paritaire AMP.

## 8.2 Non-respect des AMP et réduction de la rémunération

Le non-respect de l'Entente relative aux AMP peut entraîner une réduction de 30 % applicable sur l'ensemble de la rémunération tirée du régime public. Signalons que la réduction s'applique, le cas échéant, sur une base trimestrielle.

### 8.2.1 Les médecins sujets à cette réduction sont :

- ✓ les médecins non adhérents ;
- ✓ les médecins adhérents qui, de l'avis du DRMG, ne respectent pas leurs engagements durant deux trimestres consécutifs ;
- ✓ les médecins adhérents comptant 20 ans de pratique ou plus qui, de l'avis du DRMG et du comité paritaire, ne respectent pas leurs engagements.

### 8.2.2 Modalités d'application de la réduction de rémunération

#### ***Médecin adhérent ayant moins de 20 ans de pratique***

Le DRMG de la région où le médecin détient son avis de conformité au PREM, après avoir évalué le dossier du médecin et lui avoir permis de présenter ses observations, demande à la RAMQ, s'il juge approprié de le faire, d'appliquer la réduction à partir du début du trimestre suivant l'envoi de cette demande. La RAMQ continue de l'appliquer jusqu'au début du trimestre qui suit la réception d'un avis du DRMG à l'effet d'annuler l'application de la réduction.

#### ***Médecin adhérent comptant au moins 20 ans de pratique***

Le DRMG de la région où le médecin détient son avis de conformité au PREM, s'il le juge approprié après avoir effectué son évaluation de la pratique du médecin, doit demander l'approbation du comité paritaire pour que la RAMQ procède à l'application de la réduction. Le cas échéant, la RAMQ applique la réduction à partir du début du trimestre suivant l'approbation par le Comité paritaire, et ce, jusqu'au début du trimestre suivant un avis à l'effet contraire du DRMG et du Comité paritaire.

#### ***Médecin non adhérent***

La RAMQ applique la réduction sur la rémunération tirée d'activités exercées dans le cadre du régime public, et ce, pour chacun des trimestres pendant lequel le médecin n'était pas adhérent à l'Entente. Elle avise ensuite le DRMG de la région où le médecin détient son avis de conformité au PREM, ou encore le Comité paritaire sur le dépannage pour le médecin qui détient un avis à vocation nationale. Le DRMG transmet à la RAMQ la demande d'application de la réduction de la rémunération d'un médecin par le biais des services en ligne de celle-ci.

### **8.2.3 Exemption de la réduction**

Dans tous les cas, il est possible pour un médecin de demander au Comité paritaire d'être exempté de l'application de la réduction. Cette exemption peut même couvrir une période d'application rétroactive. Dans le cadre d'une demande d'exemption, le Comité paritaire doit consulter le DRMG afin de recueillir son avis sur le cas visé par la demande. Le comité assortit sa décision de toute mesure qu'il juge appropriée de prendre en l'espèce. Le Comité paritaire avisera la RAMQ et le DRMG de toute décision rendue dans ce contexte.

### **8.2.4 Congé de maternité ou d'adoption**

Le DRMG doit exempter un médecin qui bénéficie d'un congé de maternité ou d'adoption après que ce dernier se soit entendu à cet effet avec les responsables de ses différents milieux de pratique. Le médecin bénéficie alors d'une exemption d'application de la réduction pendant une période de 12 mois, celle-ci comprenant le jour de l'accouchement ou le jour de la prise en charge effective de l'enfant dans le cas d'une adoption.

L'Entente sur les AMP ne crée donc pas de « congés d'AMP ». Les congés sont pris selon les règles applicables dans les différents milieux de travail du médecin.

L'Entente ne fait que prévoir une exemption de la réduction, et ce, une fois que le congé du médecin eût été réglé à d'autres niveaux de discussions, par exemple au niveau de l'établissement ou du cabinet où exerce le médecin.

À noter qu'au cours de cette période, le médecin en congé de maternité ou d'adoption ne perd pas le bénéfice du cumul des années de pratique, et ce, jusqu'à concurrence d'une période de dix-sept mois.

## **9. CALCUL DES ANNÉES DE PRATIQUE**

Puisque les règles relatives à l'accomplissement des AMP prévoient l'atteinte de deux paliers différents d'années de pratique, 15 et 20 ans, une condition a été fixée afin d'atteindre ces différents niveaux.

Pour cumuler des années de pratique, le médecin doit être considéré comme étant actif. Sous réserve de la possibilité de prendre des vacances ou des journées de formation jusqu'à concurrence de deux mois par année, le médecin actif est celui dont la rémunération RAMQ, sur une base mensuelle, atteint 4 000 \$ ou, encore, 2 000 \$ répartis sur au moins 10 jours de facturation à l'intérieur de ce mois.

Notons que l'accumulation des années de pratique ne dépend pas du fait d'être adhérent aux AMP. Un médecin peut ne pas être adhérent et il accumulera quand même des années s'il respecte les conditions fixées par l'annexe I de l'entente.

Toute interruption de pratique en période d'invalidité, de congé de maternité ou d'adoption, ne préjudicie pas le médecin jusqu'à concurrence d'une période de 17 mois. Il en va de même pour toutes les années passées au sein des Forces armées canadiennes à titre de médecin militaire.

Le Comité paritaire, en vertu de l'article 4.4, peut disposer de toute situation exceptionnelle mettant en cause le nombre d'années de pratique d'un médecin.

## **10. LES INTERVENANTS**

### **10.1 Le DRMG**

Le DRMG est l'entité responsable auprès du CISSS/CIUSSS auquel il se rattache dans sa région, de proposer et de mettre en œuvre la liste des AMP qu'il rend disponibles sur son territoire. Il affiche sur son site Internet la liste des AMP qui ont cours dans sa région et gère les dossiers professionnels de chaque médecin adhérent à l'Entente au sein de son territoire. Dans cette mesure, le DRMG s'assure du respect des procédures d'adhésion et du respect de l'engagement de chacun des médecins tel que prévu à l'EP AMP.

### **10.2 Le Comité paritaire AMP**

Le Comité paritaire est chargé d'assurer, au nom du MSSS et de la FMOQ, la mise en œuvre et le suivi de l'Entente relative aux AMP. À cet égard, le Comité paritaire peut formuler aux parties négociantes toute recommandation qu'il jugerait utile de porter à leur attention. Il peut aussi intervenir dans diverses situations, et ce, dans la mesure prévue par l'Entente particulière.

De plus, le Comité paritaire peut procéder à l'analyse d'un dossier qui lui a été soumis dans le cadre des AMP par un médecin. Le Comité paritaire demande un avis au DRMG de la région concernée et transmet ses conclusions au médecin, au DRMG et à la RAMQ.

### **10.3 La RAMQ**

La RAMQ tient un rôle d'information auprès des DRMG et du comité paritaire, notamment au niveau du profil personnel de chaque médecin en regard de sa participation aux AMP. Elle fournit des informations au DRMG et au comité paritaire sur

base annuelle, mais aussi, occasionnellement, sur demande de ces derniers. Le rôle de la RAMQ à cet égard est déterminé au paragraphe 6.2 de l'Entente particulière relative aux AMP. Le cas échéant, elle applique également les décisions des DRMG et celles du Comité paritaire. Elle applique directement la réduction pour un médecin non adhérent selon les délais prévus à l'EP AMP.

La RAMQ affiche sur son site Internet, par voie sécurisée, un lien permettant aux médecins de consulter en ligne leur profil individuel.

## ANNEXE I

Les activités suivantes font partie de la catégorie VI. Contrairement aux autres activités de cette même catégorie, le DRMG n'a pas à les faire approuver par le comité paritaire pour les rendre disponibles. Cependant, pour chacune des activités qu'il aura reconnues dans cette liste, il devra informer le comité paritaire du nombre de blocs de 6 ou 12 heures qu'il prévoit rendre disponibles.

### AMP DE CATÉGORIE VI

- a) Services médicaux en centre de détention.
- b) Services médicaux auprès de la clientèle hébergée en centre jeunesse.
- c) Services médicaux ne nécessitant pas de garde auprès de la clientèle hébergée en centre de réadaptation.
- d) Services médicaux auprès de la clientèle autochtone de certaines réserves indiennes.
- e) Interventions médicales en centre de crise en santé mentale et services médicaux auprès d'une clientèle ayant des troubles mentaux graves et persistants dans le cadre d'un programme de santé mentale d'un CLSC.
- f) Interruption volontaire de grossesse.
- g) Services médicaux cliniques de désintoxication dispensés dans le cadre d'un programme en toxicomanie sous la responsabilité d'un établissement.
- h) Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en maladies infectieuses dans le cadre de la santé publique.
- i) Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en santé environnementale.
- j) Services médicaux d'enquête, d'intervention et de garde en santé et sécurité au travail, ainsi que les services cliniques requis par un programme jugé prioritaire par le Ministère en santé et sécurité au travail.
- k) Les services médicaux requis dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein d'une direction de santé publique.
- l) Certaines activités d'enseignement dans le cadre d'une unité de médecine familiale affiliée à une université et sous la responsabilité d'un établissement.

## ANNEXE II – GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS

ACTIVITÉS	ÉQUIVALENCE 12 HEURES PAR SEMAINE
Urgence	– 16 quarts de garde de 8 heures par trimestre
<sup>2</sup> Prestation de services médicaux d'inscription et de suivi de clientèle en première ligne	– 500 patients inscrits, vulnérables et non vulnérables, ou selon les paramètres que peuvent déterminer les parties par voie administrative – Atteinte à l'intérieur d'une année à raison de 125 patients par trimestre
Malades admis comportant une garde en disponibilité	– Solo : 4 lits par jour, 44 semaines par année – Groupe : 15 lits par jour, 1 semaine aux 5 semaines incluant la garde en disponibilité
CHSLD (impliquant une garde en disponibilité)	– Selon le nombre d'heures, lorsque le médecin est à tarif horaire – Moyenne de 45 patients par semaine si le médecin est à l'acte
Soins à domicile du CLSC (impliquant une garde en disponibilité)	– 10 visites par semaine sur une base de 44 semaines par an
<sup>3</sup> Obstétrique	– Nomination avec privilèges en obstétrique
Garde en disponibilité	– 8 heures = 1 heure et 45 minutes d'AMP
Mécanisme de dépannage	– Temps réel des services médicaux effectués incluant le temps de déplacement

<sup>2</sup> La provenance des patients et leurs profils ne peuvent être imposés par le DMRG. Le DMRG peut déterminer les sous-territoires où cette AMP pourra être rendue disponible, mais ne peut pas privilégier une clinique plutôt qu'une autre.

<sup>3</sup> Il faut exercer ces privilèges et faire des accouchements. Aucun nombre minimal annuel n'est toutefois exigé

### ANNEXE III – RÈGLES DE CONVERSION

ACTIVITÉS	ÉQUIVALENCE 12 HEURES PAR SEMAINE
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
Garde en disponibilité	– Selon le nombre de forfaits de garde versés. Chaque forfait équivaut à 1 h 45
Obstétrique	– Nomination avec privilèges en obstétrique équivaut à 12 heures par semaine
Malade admis	– 30 minutes par examen
Anesthésie	– Temps réel ou, si rémunération à l'acte, sur la base d'un tarif horaire
CHSLD, CR	– Selon le nombre d'heures ou, si rémunération à l'acte, sur la base horaire d'un tarif horaire.