

LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES

LE GUIDE DE GESTION DU DRMG

COMITÉ PARITAIRE FMOQ-MSSS

DERNIÈRE MISE À JOUR : 11 FÉVRIER 2013

Table des matières

ACRONYMES	4
PRÉSENTATION	5
1. LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	6
2. LA RAISON D'ÊTRE DES AMP	6
3. CLASSIFICATION DES AMP	6
3.1 Les 3 blocs d'AMP et leurs catégories respectives.....	7
3.2 Précisions relatives à l'AMP de catégorie V ou AMP dites « mixtes »	7
4. EXIGENCES DE BASE	8
4.1 Les équivalences.....	8
4.2 Les exceptions	9
4.3 Pour les médecins résidents.....	9
5. PROCESSUS DE DÉTERMINATION DES AMP	9
6. PROCÉDURE D'ADHÉSION.....	10
6.1 Les étapes de l'adhésion	11
6.2 AMP effectuées dans une autre région que celle où le médecin détient un avis de conformité au PREM	12
6.3 Mécanisme de dépannage et autres AMP nationales	13
7. MODIFICATION ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	13
8. GESTION ADMINISTRATIVE DU DOSSIER AMP.....	14
8.1 Instance responsable du dossier AMP	14
8.2 Non-respect des AMP.....	15
9. CALCUL DES ANNÉES DE PRATIQUE.....	17
10. DÉROGATION	17
11. LES INTERVENANTS	18
11.1 Le DRMG.....	18
11.2 Le comité paritaire AMP.....	18
11.3 La RAMQ.....	19

ANNEXE I.....	20
AMP DE CATÉGORIE VII	20
ANNEXE II.....	21
RÉSUMÉ DES PRINCIPES DE GESTION POUR LA PORTION « PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE » DE L'AMP MIXTE	21
ANNEXE III.....	22
RÉSUMÉ DES PRINCIPES DE GESTION POUR LA PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE	22
ANNEXE IV	23
GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS	23
ANNEXE V	24
RÈGLES DE CONVERSION	24

ACRONYMES

AMP	ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CLSC	CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES
CR	CENTRE DE RÉADAPTATION
DRMG	DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE
ÉVAQ	ÉVACUATION AÉROMÉDICALE DU QUÉBEC
FMOQ	FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC
INSPQ	INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
MAD	MAINTIEN À DOMICILE
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
PREM	PLAN RÉGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX
UMF	UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE

PRÉSENTATION

Le présent guide de gestion des activités médicales particulières (AMP) a été préparé à l'intention des départements régionaux de médecine générale (DRMG) par le Comité paritaire MSSS-FMOQ chargé de l'application de l'entente particulière relative aux AMP. Ce guide apporte des précisions sur divers aspects des AMP et suggère des modalités d'application conformes aux dispositions législatives et conventionnelles.

1. LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Les activités médicales particulières (AMP) sont des activités considérées prioritaires par le législateur. L'entente particulière qui s'y rattache découle d'une disposition de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et en détermine les modalités d'application.

À qui s'adresse l'entente particulière relative aux AMP ?

Elle s'adresse à tout médecin omnipraticien qui exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie. Tous sont donc visés par celle-ci et devraient, en principe, y adhérer en signant le formulaire prévu à cet effet. À défaut d'adhérer ou à défaut de respecter l'engagement qu'il a signé, le médecin est sujet à une réduction de sa rémunération pour certaines activités professionnelles.

2. LA RAISON D'ÊTRE DES AMP

Les AMP servent à orienter les médecins, sur une base régionale, vers les secteurs d'activités médicales qu'il convient d'abord de combler pour satisfaire les besoins de la population. Tout comme la gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) via les avis de conformité qu'il délivre, la gestion des AMP relève du DRMG.

3. CLASSIFICATION DES AMP

Les AMP sont classifiées en trois blocs, lesquels correspondent à des niveaux de priorités. En principe, un DRMG doit d'abord s'assurer de combler suffisamment les besoins du 1^{er} bloc, soit les salles d'urgences de sa région avant d'accorder des activités comprises dans le 2^e ou le 3^e bloc.

Il faut également retenir que certaines règles spécifiques peuvent s'appliquer en situation de renouvellement ou lorsque des modifications sont apportées à l'adhésion. Il en sera question dans la section portant sur la modification et le renouvellement d'une adhésion. Les activités comprises à l'intérieur d'un même bloc, par exemple les activités du 2^e bloc, sont considérées d'égale importance.

3.1 Les 3 blocs d'AMP et leurs catégories respectives

1^{er} bloc :

- I. L'urgence

2^e bloc :

- II. L'hospitalisation en courte durée avec garde en disponibilité ;
- III. Le CHSLD, le CR ou le MAD, les trois avec garde en disponibilité ;
- IV. L'obstétrique;
- V. La prise en charge et le suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en UMF jumelés à l'une des activités du premier ou du deuxième bloc ;

3^e bloc :

- VI. La prise en charge et le suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en UMF;
- VII. 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.

3.2 Précisions relatives à l'AMP de catégorie V ou AMP dites « mixtes »

Depuis le 1^{er} octobre 2011, une nouvelle catégorie d'AMP a été créée afin de renforcer davantage le message de l'importance de la prise en charge pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette nouvelle catégorie combine la prise en charge et le suivi de patients vulnérables en première ligne et l'une des activités de catégorie I, II, III ou IV. Intégrée au 2^e bloc, cette AMP en est une à part entière. Elle est d'une importance équivalente aux 3 autres catégories du même bloc. Sauf exception, le DRMG devrait rendre cette AMP disponible sur son territoire lorsque le 2^e bloc est ouvert.

Le lieu où s'effectue la « partie prise en charge » de l'AMP mixte et la provenance des patients vulnérables ne peuvent être imposés par le DRMG. Le médecin a le choix d'effectuer la partie « prise en charge » de ses activités dans un cabinet privé, un CLSC, une UMF, une clinique-réseau ou un GMF. La définition d'un patient « vulnérable » correspond à celle qui se retrouve à l'Entente particulière sur la prise en charge et le suivi de la clientèle. Toutefois, avec l'approbation du comité paritaire, la prise en charge et le suivi peuvent aussi couvrir tout autre type de clientèle jugée prioritaire par le DRMG. Dans

ce dernier cas, le DRMG pourra, s'il le juge nécessaire, identifier la provenance des patients non vulnérables à prendre en charge pour que ce soit reconnu comme une AMP dans cette catégorie.

Il importe également de souligner que le critère pour établir l'équivalence d'AMP de 6 heures ou 12 heures de prise en charge de clientèles vulnérables n'est plus considéré sur une base strictement comptable du nombre de patients vulnérables ou prioritaires, mais sur le nombre d'heures consacrées à la prise en charge et au suivi de clientèles vulnérables. Pour déterminer le nombre d'heures, le DRMG doit tenir compte du profil de pratique du médecin et ce, en basant son analyse sur le ou les types de clientèles vulnérables ou prioritaires suivies par le médecin, les caractéristiques socio-économiques de son territoire et autres variables applicables qui pourraient être spécifiques au profil du médecin. Considérant qu'environ 35% de la clientèle est vulnérable, le DRMG pourra juger, à partir du profil de clientèle et de considérations telles les heures de bureau effectuées par le médecin, la proportion de services offerts en rendez-vous et en sans rendez-vous, si le médecin satisfait ou non aux exigences. Fondée sur une approche professionnelle, la vérification des engagements du médecin supposera donc, lorsque nécessaire, une analyse plus approfondie du profil de pratique du médecin par le DRMG. Parmi la clientèle du médecin, le pourcentage de patients vulnérables suivis, ainsi que le nombre de jour et d'heures consacrés aux activités de bureau, permettront de guider le DRMG dans l'évaluation du respect des engagements du médecin.

4. EXIGENCES DE BASE

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 adhérer auprès du DRMG, leurs activités usuelles devraient normalement être reconnues à titre d'AMP. Si toutefois certains besoins prioritaires régionaux ne peuvent être comblés par des médecins de moins de 20 ans de pratique, un DRMG pourrait en théorie, et dans la mesure où il le justifie, s'adresser à des médecins de 20 ans de pratique et plus.

4.1 Les équivalences

Les équivalences permettent aux DRMG de vérifier si le volume d'activité d'un médecin respecte les exigences de base correspondant à son nombre d'années de pratique. Elles sont calculées sur une base de 12 heures par semaine et il importe de préciser qu'elles ne constituent pas un absolu. Il est, en effet, difficile d'appliquer intégralement ces mesures.

C'est pourquoi 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 que sur une base annuelle certains niveaux de rémunération entraînent automatiquement une réduction des exigences indiquées ci-haut.

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 \$	3 heures	1,5 heure	Activités usuelles reconnues
De 20 000 \$ à 39 999 \$	6 heures	3 heures	

4.2 Les exceptions

Le DRMG dispose d'une certaine latitude lui permettant de tenir compte de la condition d'un médecin. Il peut 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.

4.3 Pour les médecins résidents

Le médecin résident qui détient un permis d'exercice régulier ou restrictif de résident 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.

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.

5. PROCESSUS DE DÉTERMINATION DES AMP

Le processus de détermination des AMP relève du DRMG. Celui-ci dresse d'abord la liste des activités médicales particulières, puis la soumet à l'agence. Cette liste détermine les catégories

d'AMP, leurs volumes et les milieux où elles sont disponibles, exception faite de la portion « prise en charge » de l'AMP mixte. Il est donc important de rappeler qu'une AMP admissible peut ou non être disponible. À cet égard, pour contribuer à combler les besoins de prise en charge en 1^{ère} ligne, soulignons que l'AMP de catégorie V, dite mixte, demeure une activité que le DRMG devrait rendre disponible, sauf exception, dans tous les lieux reconnus de prise en charge et de suivi de la clientèle. Également, pour des raisons qui seront évoquées au point 6.2 du présent guide, au cours de cet exercice, il peut être opportun pour des DRMG de territoires contigus d'échanger des informations sur leurs besoins respectifs.

Les AMP disponibles dans la région doivent être affichées sur le site Internet de l'agence. En raison des besoins changeants, il est nécessaire d'effectuer un suivi régulier de cette liste. Le DRMG doit donc s'assurer qu'elle est mise à jour régulièrement.

À l'occasion de cet exercice, le DRMG prendra cependant 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 de mise en candidature qui est du 15 octobre au 15 novembre de chaque année.

Pendant cette période, lorsque le nombre de candidats qui soumettent une demande d'avis de conformité au PREM de la région est supérieur au nombre de recrutements autorisés au PREM, le DRMG doit procéder à une sélection des candidats. Cette sélection se fait selon l'intérêt du médecin d'exercer dans les priorités identifiées par le DRMG en fonction des postes disponibles aux plans d'effectifs des établissements et des AMP disponibles. Pendant la période de mise en candidature, il serait approprié de s'assurer que la liste des AMP disponibles est à jour et 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. À cet égard, le DRMG devrait toutefois informer les médecins à qui un avis de conformité au PREM a été délivré, que des changements aux activités énumérées à la liste peuvent être apportés tant et aussi longtemps que le processus d'adhésion aux AMP n'est pas finalisé avec le médecin.

6. PROCÉDURE D'ADHÉSION

Le médecin qui débute sa pratique, ou celui qui s'installe dans une nouvelle région doit communiquer avec le DRMG du territoire où il détient un avis de conformité au PREM. Le médecin dispose alors de deux trimestres pour entreprendre et finaliser sa démarche d'adhésion.

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

6.1 Les étapes de l'adhésion

Parmi les AMP disponibles, le médecin identifie une ou des activités. S'il souhaite se prévaloir de plus d'un type d'AMP, le médecin procèdera lui-même à l'amalgame de ses AMP et ce, en fonction des catégories que le DRMG aura déterminé pour son territoire. Ce principe s'applique également à l'AMP mixte.

6.1.1 Modalités s'appliquant aux AMP effectuées en tout ou en partie en établissement

- Le DRMG doit fournir au médecin la liste des AMP disponibles dans la région. Le médecin fait son choix d'activités parmi cette liste.
- Le médecin entreprend lui-même les démarches auprès du ou des établissements énuméré(s) à cette liste. Ces démarches comprennent l'obtention d'un avis de nomination comportant les privilèges appropriés.

6.1.2 Modalités s'appliquant aux AMP effectuées en tout ou en partie pour la prise en charge et le suivi en première ligne

- La portion « prise en charge » et suivi des clientèles vulnérables en première ligne de l'AMP mixtes devrait, sauf exception, être disponible lorsque le 2^e bloc est ouvert.
- La portion « prise en charge » de l'AMP mixte correspond à un nombre d'heures consacrées à la prise en charge et au suivi de clientèles vulnérables. Pour évaluer si la pratique du médecin correspond aux exigences du nombre d'heures, le DRMG tiendra compte du profil de pratique du médecin et ce, en basant son analyse sur le ou les types de clientèles vulnérables ou prioritaires suivies par le médecin, les caractéristiques socio-économiques de son territoire et autres variables applicables qui pourraient être spécifiques au profil du médecin. Considérant qu'environ 35 % de la clientèle est vulnérable, le DRMG pourra juger, à partir du profil de clientèle et de considérations telles les heures de bureau effectuées par le médecin, la proportion de services offerts en rendez-vous et en sans rendez-vous, si le médecin satisfait ou non aux exigences.
- Le médecin qui souhaite faire reconnaître ses activités de prise en charge à titre d'AMP doit produire au DRMG les documents pertinents venant soutenir

sa demande. Le médecin devra alors indiquer le nom de la clinique, l'horaire de travail sur base hebdomadaire, la nature des activités, ainsi que les plages horaires de rendez-vous impliquant la prise en charge et le suivi de patients vulnérables.

- Le comité paritaire AMP peut autoriser un DRMG à ouvrir la prise en charge de catégorie VI lorsque les catégories I à V sont suffisamment pourvues en effectifs. Une fois l'autorisation accordée, aucune restriction ne pourrait se rattacher à l'ouverture de cette AMP. Par ailleurs, si les effectifs n'étaient pas suffisamment comblés dans les catégories I à V, le DRMG pourrait alors émettre certaines restrictions, par exemple au niveau des lieux, des heures et des sous-territoires. Tout comme la portion prise en charge de l'AMP mixte, l'AMP de catégorie VI correspond au nombre d'heures consacrées à la prise en charge et au suivi de clientèles vulnérables.

6.1.3 Finalisation de l'adhésion

- Le DRMG transmet un formulaire d'adhésion aux AMP au médecin qui en fait la demande. Le médecin complète son formulaire en y joignant en annexe, s'il y a lieu, une copie de son avis de nomination, laquelle devrait contenir explicitement le volume d'AMP auquel le médecin s'engage et, le cas échéant, les informations pertinentes relatives à ses activités de prise en charge et de suivi en première ligne.
- À l'intérieur de deux trimestres, le médecin devra retourner les documents dûment remplis au DRMG du territoire où il détient un avis de conformité au PREM.
- Le DRMG confirme, par écrit, ou informe le médecin des ajustements à apporter aux AMP.

6.2 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. Ce dernier DRMG sera cependant informé par le DRMG où le médecin effectue, de fait, ses AMP de l'accomplissement effectif de celles-ci (voir également 6.4 (b)).

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 admissibles dans sa région principale.

6.3 Mécanisme de dépannage et autres AMP nationales

Les AMP nationales comprennent principalement les activités effectuées dans le cadre du mécanisme officiel de dépannage (article 30 de l'entente générale). 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 bases 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. 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 ^{er} trimestre	juin, juillet et août
2 ^e trimestre	septembre, octobre et novembre
3 ^e trimestre	décembre, janvier et février
4 ^e trimestre	mars, avril et mai

Si un médecin souhaite, en tout ou en partie, modifier la nature de ses AMP en cours d'engagement, il doit d'abord en discuter et en convenir avec le DRMG où il détient un avis de conformité au PREM. Le médecin choisira de nouvelles AMP parmi la liste de celles qui sont disponibles au moment de la révision. Par ailleurs, au terme de la période visée par son renouvellement, le DRMG approuvera les modifications demandées dans la mesure où les AMP choisies figurent à la liste des AMP disponibles.

Dans le cas où les AMP du médecin comporteraient plus d'une activité et que celui-ci désirerait modifier l'une d'entre elles, la modification ainsi souhaitée n'a pas d'effet sur les autres activités déjà approuvées par le DRMG.

Dans tous les cas où une demande de révision d'AMP est présentée par un médecin, un DRMG devrait adopter une approche de gestion dite « professionnelle ». Cette approche signifie qu'en principe, le DRMG tâchera d'accommoder le médecin dans ses choix tout en tenant compte des besoins prioritaires de la population de sa région.

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 y a suffisamment d'effectifs dans les catégories I à V, le DRMG peut demander à un médecin qui effectue des AMP exclusivement dans les catégories VI et VII de choisir ses AMP dans les catégories I à V.
- Un DRMG peut demander à un médecin de modifier ses AMP en cours d'engagement seulement lorsqu'il y a un risque de bris de service dans un service d'urgence d'un établissement de sa région, ou dans un établissement à moins de 75 km de son lieu de pratique principal. Dans cette circonstance, la révision sera temporaire et d'une durée de six mois et ne peut être renouvelée que pour une autre période de six mois.

Ces deux possibilités sont, bien sûr, assujetties aux responsabilités du CMDP en ce qui concerne la justesse d'octroyer des privilèges à un médecin ainsi visé.

Le DRMG doit analyser 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.

8. GESTION ADMINISTRATIVE DU DOSSIER AMP

8.1 Instance responsable du dossier AMP

8.1.1 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.

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

C'est le DRMG où le médecin détient son avis de conformité au PREM qui est responsable de l'administration du dossier du médecin et avise, s'il y lieu, la RAMQ du non-respect de l'entente.

8.1.3 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

Le non-respect de l'entente relative aux AMP peut entraîner une réduction de l'ordre de 30 %, applicable uniquement sur la rémunération tirée d'activités ne constituant pas une des AMP des catégories I à V. Par exemple, toute rémunération provenant d'activités effectuées auprès d'un service d'urgence d'un établissement de santé ou provenant de la prise en charge de patients vulnérables en cabinet est exempte de la réduction. 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, ne respectent pas leurs engagements.

8.2.2 Modalités d'application de la réduction de rémunération

Médecin adhérent

Le DRMG auprès duquel le médecin est adhérent a la responsabilité de faire le suivi des engagements de ce dernier. La RAMQ applique la réduction que le DRMG lui demande de faire.

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 pénalité 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 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 pénalité. 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 ne constituant pas une des AMP des catégories I à V et ce, pour chaque trimestre pendant lesquels 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 pénalité

Dans tous les cas, il est possible pour un médecin de demander une exemption de pénalité au comité paritaire. 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 approprié de prendre en l'espèce. Le comité paritaire avisera la RAMQ et le DRMG de toute décision rendue dans ce contexte. Le remboursement s'effectue généralement au cours du trimestre suivant la réception de l'avis du comité paritaire par la RAMQ.

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 s'être entendu à cet effet avec les responsables de ses différents milieux de pratique, le médecin bénéficie donc d'une exemption d'application de la

pénalité 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 « congé 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 pénalité, 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.

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. Précisons cependant qu'un médecin ne pourrait pas accumuler plus rapidement des années de pratique advenant le cas où il facturerait les montants minimums douze mois sur douze.

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. DÉROGATION

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, sur recommandation du DRMG, autoriser un médecin à se voir reconnaître des activités de la catégorie V pour plus de la moitié des exigences de base ou dans les catégories VI ou VII malgré la disponibilité d'AMP dans les catégories I à IV.

Un DRMG peut, par ailleurs, exempter un médecin d'effectuer des activités dans la catégorie I et ce, sans autorisation préalable du comité paritaire lorsqu'il s'agit de cas impliquant :

- a) une grossesse ;
- b) une pratique active en obstétrique ;
- c) une incapacité physique ou mentale grave le rendant inapte à exercer cette activité.

Pour les activités autres que celles mentionnées ci-dessus, la demande d'exemption doit être recommandée par le DRMG et approuvée par le comité paritaire.

11. LES INTERVENANTS

11.1 Le DRMG

Le DRMG est l'entité responsable auprès de l'agence de la santé et des services sociaux de sa région, de proposer et de mettre en œuvre la liste des AMP qu'il rend disponibles sur son territoire. Il 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.

11.2 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 peut formuler aux parties négociantes toute recommandation qu'il jugerait utile de porter à leur attention. Le comité paritaire 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 sa recommandation au médecin, au DRMG et à la RAMQ.

Le DRMG peut joindre directement les membres du comité paritaire en les contactant par téléphone ou par courriel.

11.3 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. 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

AMP DE CATÉGORIE VII

- a) Services médicaux en centre de détention.
- b) Services médicaux auprès de la clientèle hébergée en centre.
- 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

RÉSUMÉ DES PRINCIPES DE GESTION POUR LA PORTION « PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE » DE L'AMP MIXTE

BLOC II, CATÉGORIE V

CLIENTÈLES VISÉES

Essentiellement, les clientèles vulnérables telles que définies à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi de la clientèle (EP 40).

DISPONIBILITÉ

L'AMP de catégorie V, dite mixte, demeure une activité que les parties souhaitent encourager afin de combler également le besoin de prise en charge au niveau de la première ligne. Sauf exception, le DRMG devrait rendre disponible cette AMP sur son territoire lorsque le 2^e bloc est ouvert.

EXIGENCES

Nombre d'heures consacrées à la prise en charge et au suivi de clientèles vulnérables (environ 35 % de la clientèle). Le DRMG tiendra compte des caractéristiques socio-économiques et autres variables applicables qui pourraient être spécifiques au profil du médecin (heures de bureau effectuées par le médecin, la proportion de services offerts en rendez-vous et en sans rendez-vous, etc.)

PROVENANCE

Il appartient au médecin de constituer sa clientèle et conséquemment, le DRMG ne peut exiger du médecin de prendre en charge la clientèle référée par le guichet pour se voir reconnaître des AMP mixtes.

SITES RECONNUS AUX FINS D'INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE PRISE EN CHARGE

Les lieux identifiés au paragraphe 3.01 a de l'EP-40, sont le cabinet privé, le CLSC, une UMF, une clinique-réseau ou un GMF et, exceptionnellement, une clinique externe d'un CH.

AMALGAME

Le médecin qui se prévaut de l'AMP mixte combine la prise en charge de la clientèle avec une activité qui est disponible sur la liste du DRMG.

Dans tous les cas, c'est l'approche professionnelle qui est de mise

ANNEXE III

RÉSUMÉ DES PRINCIPES DE GESTION POUR LA PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE LA CLIENTÈLE

BLOC III, CATÉGORIE VI

CLIENTÈLES VISÉES

Essentiellement les clientèles vulnérables telles que définies à l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi de la clientèle (EP 40).

DISPONIBILITÉ

Si les effectifs ne sont pas suffisamment comblés dans les catégories I à V, le DRMG procède par dérogation accordée par le comité paritaire AMP. Si, par ailleurs, les secteurs I à V sont suffisamment comblés, cette AMP sera disponible pour tous les médecins.

EXIGENCES

Nombre d'heures consacrées à la prise en charge et au suivi de clientèles vulnérables.

PROVENANCE

Il appartient au médecin de constituer sa clientèle et, conséquemment, le DRMG ne peut exiger du médecin de prendre en charge la clientèle référée par le guichet pour se voir reconnaître des AMP de cette catégorie.

SITES RECONNUES AUX FINS D'INSCRIPTION DE LA CLIENTÈLE PRISE EN CHARGE

Les lieux reconnus au paragraphe 3.01 a de l'EP-40 sont le cabinet privé, le CLSC, une UMF, une clinique-réseau ou un GMF et, exceptionnellement, une clinique externe d'un CH.

Dans tous les cas, c'est l'approche professionnelle qui est de mise.

ANNEXE IV

GUIDE D'ÉVALUATION DU VOLUME D'ACTIVITÉS

ACTIVITÉS	ÉQUIVALENCE 12 HEURES PAR SEMAINE
Urgence	– 16 quarts de garde de 8 heures 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
Prise en charge et suivi de la clientèle	– Selon le nombre d'heures consacrées à la prise en charge et au suivi de la clientèle vulnérable au sens de l'entente particulière relative à la prise en charge et au suivi des clientèles. – Selon le nombre d'heures consacrées à la prise en charge et au suivi de la clientèle identifiée prioritaire par le DRMG. L'évaluation du nombre d'heures tiendra compte du profil de pratique du médecin et ce, en basant son analyse sur le ou les types de clientèles vulnérables ou prioritaires suivies par le médecin, les caractéristiques socio-économiques de son territoire et autres variables applicables qui pourraient être spécifiques au profil du médecin.
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 effectué incluant le temps de déplacement

* Il faut exercer ces privilèges et faire des accouchements. Aucun nombre minimal annuel n'est toutefois exigé.

ANNEXE V

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