

**PROTOCOLE D'ACCORD INTERVENU ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX (MSSS) ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU
QUÉBEC (FMSQ) AYANT TRAIT AU RENOUVELLEMENT DE L'ACCORD-CADRE POUR LA
PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2015 AU 31 MARS 2023**

CONSIDÉRANT l'Accord-cadre se terminant le 31 mars 2015;

CONSIDÉRANT le Protocole d'accord intervenu le 7 novembre 2014 entre le ministre de la Santé et des services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes (ci-après le « Protocole de 2014 »);

CONSIDÉRANT la demande du gouvernement de rouvrir le Protocole de 2014;

CONSIDÉRANT que les parties souhaitent convenir d'un renouvellement de l'Accord-cadre pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2023;

CONSIDÉRANT l'entente de principe intervenue le 11 janvier 2016 entre la FMSQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée (ci-après « l'Entente de principe de 2016 »);

CONSIDÉRANT le projet de Modification 79 à l'Accord-cadre, non entériné;

CONSIDÉRANT la loi 21 adoptée par le gouvernement;

CONSIDÉRANT la demande de la Fédération de négocier les conditions de pratique des médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT l'engagement du gouvernement d'assurer et de maintenir une rémunération concurrentielle pour les médecins spécialistes québécois;

CONSIDÉRANT la volonté des parties de convenir d'une entente visant à favoriser à la fois la qualité, la stabilité et l'accessibilité des soins offerts à la population et permettant aussi d'assurer la pérennité du système public de santé.

EN CONSIDÉRATION DE CE QUI PRÉCÈDE, les parties conviennent de ce qui suit :

I- Réouverture du Protocole de 2014 et renouvellement de l'Accord-cadre

Sous réserve des modifications prévues au présent protocole, l'Accord-cadre MSSS-FMSQ de même que l'ensemble de ses dispositions et modifications sont renouvelés pour une durée de huit ans allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2023. Quatre années supplémentaires y sont ajoutées pour les fins du versement, d'ici le 31 mars 2027, des sommes non récurrentes prévues aux présentes sans que cela ne constitue toutefois une prolongation de l'Accord-cadre.

Les parties conviennent que la réouverture du Protocole de 2014 et le renouvellement de l'Accord-cadre reposent sur les deux volets suivants :

- A. Les éléments relatifs aux engagements financiers du gouvernement envers les médecins spécialistes;
- B. Les éléments relatifs aux conditions de pratique des médecins spécialistes.

A. Les éléments relatifs aux engagements financiers du gouvernement envers les médecins spécialistes

1. Montants découlant du réaménagement de l'étalement

- 1.1 L'étalement des montants prévus au Protocole d'accord de 2014 sont revus tel que prévu aux articles 1.2 et 1.3.
- 1.2 Les montants récurrents suivants sont prévus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :
 - 76,3 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016;
 - 125,0 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017;
 - 0,0 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018;
 - 0,0 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019;
 - 0,0 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020;

- 112,4 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 100,8 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 0,0 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023.

1.3 Les montants non récurrents suivants sont prévus à l'enveloppe budgétaire globale. Le versement de ces montants est réparti de la façon suivante :

- 80,10 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016;
- 360,00 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017;
- 2,00 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018;
- 117,00 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019;
- 213,20 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020;
- 100,80 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021;
- 115,35 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022;
- 115,35 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023;
- 115,35 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024;
- 115,35 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2024 et le 31 mars 2025;
- 115,35 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2025 et le 31 mars 2026;
- 99,55 M\$ pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2026 et le 31 mars 2027.

2. Évolution de la pratique médicale et mécanique de suivi de l'enveloppe budgétaire globale

2.1 Un pourcentage de redressement de l'enveloppe budgétaire globale de 2,675 % est accordé du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

Au 1^{er} avril de chaque année, un pourcentage de rajustement de l'enveloppe budgétaire globale de 2 % est accordé pour la période comprise du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2023 afin de tenir compte de l'évolution de la pratique médicale résultant notamment des effets de la croissance de la population et de son vieillissement, mais principalement de l'ajout net des effectifs médicaux.

2.2 L'article 1.3 de l'Annexe 2 de l'Accord-cadre est abrogé et les articles 2.5 et 2.6 sont remplacés par les suivants et par l'ajout de l'article 2.7 :

« 2.5 Advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application comprise entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2023, les mesures suivantes s'appliquent :

a) Le pourcentage de redressement de 2 % de l'enveloppe budgétaire globale à titre d'évolution de la pratique médicale peut être augmenté, le cas échéant, selon la méthodologie suivante concernant le facteur de l'ajout net des effectifs médicaux :

1- L'ajout net à l'effectif pour une année financière donnée est constaté au plus tard dans les 120 jours de la réception des statistiques de la Régie suivant la fin de cette année financière en comparant le nombre d'effectifs de l'année financière avec le nombre d'effectifs de l'année financière antérieure.

La détermination du nombre de médecins spécialistes dans une année est calculée en retenant l'ensemble des médecins pour lesquels la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a versé au moins 1 \$ de rémunération dans l'année budgétaire visée pour des services rendus dans cette même année budgétaire. Par rémunération, on entend l'ensemble des sommes, honoraires, tarifs horaires, *per diem* et autres

montants de quelque nature que ce soit versé à un médecin spécialiste par la RAMQ à l'exception de montants suivants :

- Les honoraires versés pour des services rendus hors Québec;
 - Les remboursements au titre de l'assurance responsabilité professionnelle;
 - Les honoraires médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail (Annexe 24);
 - Les allocations de fin de carrière versées en vertu de l'Annexe 36;
 - L'ensemble des mesures incitatives et des mesures particulières;
 - Les services professionnels couverts par la Loi sur la sécurité du revenu (code 09800 et 09801);
 - Les montants forfaitaires de quelque nature que ce soit versés dans l'année budgétaire visée;
 - Les primes de revalorisation de la rémunération de base de l'Annexe 32;
 - Les sommes découlant de la validation rétroactive de la charge professionnelle (L4E) pour les médecins anatomo-pathologistes;
 - Le montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes parts payées au médecin biochimiste (article 6 de l'Addendum 3 de l'Annexe 5);
 - Le montant additionnel représentant un pourcentage du montant total des quotes parts payées au médecin microbiologiste infectiologue (article 3.6 de l'Addendum 5 de l'Annexe 5);
 - La rémunération forfaitaire prévue au Protocole d'accord concernant la mise en place de modalités de rémunération particulières pour les chercheurs boursiers.
- 2 - Le nombre calculé à l'alinéa A est multiplié par un montant correspondant à 75 % du revenu moyen annuel de tous les effectifs déterminés selon la méthode définie à cet alinéa A. Le revenu moyen annuel est calculé en considérant pour ces effectifs l'ensemble des honoraires versés par la RAMQ et qui sont inclus dans l'enveloppe budgétaire, tels que le prévoient les articles 2.3 et 2.4 de l'Accord-cadre et la lettre d'entente n° 87 en excluant toutefois, les remboursements à titre de l'assurance responsabilité professionnelle ainsi que les services professionnels rendus hors Québec. Le résultat de ce calcul est exprimé en pourcentage de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée de cette annexe financière donnée, en excluant l'évolution de pratique de 2 % et les sommes récurrentes et non récurrentes prévues.
- 3 - Le pourcentage calculé à l'alinéa B est consenti en totalité jusqu'à concurrence de la dépense réelle finale.
- 4 - La méthodologie prévue au présent article ne peut avoir pour effet de faire assumer par les médecins spécialistes un dépassement qui serait attribuable aux recrutements ciblés, que ce soit en vertu de l'accord de reconnaissance mutuelle ou autrement.
- b) Sous réserve de l'alinéa a), advenant un dépassement de l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, pour une période annuelle d'application prévue à la présente annexe, les parties introduisent les mesures correctives appropriées afin d'assurer, d'une part, le remboursement de ce dépassement et d'éviter, d'autre part, tout dépassement pour la période suivante. Le remboursement pour une période doit être réalisé au cours de la période subséquente à celle où l'on a observé le dépassement. Toutefois, après analyse des parties le dépassement découlant de facteurs tels une augmentation de productivité des médecins spécialistes, une croissance de la population ou des services qui lui sont rendus et le transfert d'activités dans les cabinets ou les laboratoires ne donne pas lieu à l'introduction de mesures

correctrices. Tout désaccord entre les parties découlant de cette analyse est soumis à l'arbitrage.

À défaut d'entente entre les parties sur les mesures correctives à appropriées à apporter, dans les 180 jours suivant la réception des données statistiques établies par la RAMQ conformément à l'article 2.2 de la présente annexe, l'une ou l'autre des parties peut référer le litige au Conseil d'arbitrage selon les modalités prévues à l'article 3 de la présente annexe.

2.6 Advenant une non-atteinte, soit une dépense réelle observée inférieure à l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée pour une période annuelle d'application, seules les sommes découlant d'une non-utilisation des augmentations tarifaires, des mesures convenues ou à convenir ou à l'égard d'une surestimation afférente auxdites augmentations et mesures, demeurent disponibles.

2.7 Le suivi du coût de la rémunération des médecins pour chacune des années de renouvellement de l'Accord-cadre ne saurait affecter le respect de l'ensemble des engagements financiers convenus en vertu du présent protocole et des sommes à verser d'ici au 31 mars 2027 afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années. »

2.3 L'article 3 de l'Annexe 2 de l'Accord-cadre est remplacé par le suivant :

«Article 3 Arbitrage

Le Conseil d'arbitrage est formé d'un président, qui doit être avocat, assisté de deux assesseurs.

Le président est nommé par les parties et chacune d'elles choisit un assesseur.

À défaut, le président est nommé par le ministre du Travail.

Les honoraires du président du Conseil d'arbitrage sont partagés à parts égales entre les parties.

Dans le cadre de ses fonctions, le Conseil d'arbitrage reçoit les observations présentées par les représentants du MSSS et le la FMSQ.

Le Conseil d'arbitrage utilise la méthode de la meilleure offre finale globale, soit de la FMSQ, soit du MSSS.

La décision du Conseil d'arbitrage lie les parties, lesquelles s'engagent à apporter les modifications nécessaires à l'Accord-cadre.

Ce recours en arbitrage doit être entendu prioritairement à tout différend soumis en vertu de l'Accord-cadre. »

2.4 Sous réserve de l'article 2.1 al.1 ci-dessus, les modifications apparaissant à l'article 2.2 et 2.3 s'appliquent à compter de la période 2016-2017.

2.5 Les mesures prévues aux présents articles sont réévaluées au 1^{er} avril 2021 afin de bien mesurer leur impact sur le contrôle des dépenses et les services à la population.

3. Enveloppe budgétaire globale prédéterminée

3.1 L'enveloppe budgétaire globale, en tenant compte des montants prévus à l'article 1 ci-dessus et en incluant le redressement prévu pour tenir compte de l'évolution de la pratique médicale, est déterminée sur une base annuelle, pour chacune des périodes d'application suivantes :

a) 4 482,2 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016;

- b) 4 947,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017;
- c) 4 683,5 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018;
- d) 4 892,1 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019;
- e) 5 083,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020;
- f) 5 181,3 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021;
- g) 5 398,2 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022;
- h) 5 503,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023;
- i) 5 503,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024;
- j) 5 503,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025;
- k) 5 503,9 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026;
- l) 5 488,1 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2026 au 31 mars 2027;
- m) 5 388,5 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2027 au 31 mars 2028.

L'enveloppe budgétaire globale prévue pour la période identifiée aux paragraphes i) à m) est sujette à modification à la suite du renouvellement de l'Accord-cadre venant à échéance le 31 mars 2023.

4. Assurance responsabilité professionnelle

- 4.1 Les sommes prévues pour l'assurance responsabilité professionnelle (ARP) sont exclues de l'enveloppe budgétaire globale à compter du 1^{er} avril 2015. Le paragraphe 1 c) de la Lettre d'entente n^o 87 du 1^{er} octobre 1995 concernant l'application de l'article 2 de l'Accord-cadre relativement à l'utilisation de l'enveloppe globale prédéterminée cesse de s'appliquer à cette date.
- 4.2 À compter du 1^{er} janvier 2018, les dispositions suivantes s'appliquent :
 - a) Le montant de financement pour chacune des périodes d'application correspond au minimum entre l'atteinte du seuil de la part assumée par la RAMQ établie à 81,5 % et le montant maximum prévu à l'alinéa b) ci-dessous pour l'assurance responsabilité professionnelle.
 - b) Le montant maximum est le suivant :
 - 51,1 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019;
 - 52,1 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020;
 - 53,2 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021;
 - 54,2 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022;
 - 55,3 M\$ pour la période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023.
 - c) Advenant que pour une année d'application, le montant découlant de l'atteinte du seuil à l'alinéa a) ci-dessus, est inférieur au montant prévu à l'alinéa b) ci-dessus, aucun montant ne peut être mis en réserve.
 - d) Les parties reconnaissent la disponibilité des sommes non récurrentes de 1,95 M\$ en 2016 et de 5,3 M\$ en 2017 prévues dans la Lettre d'entente no 223. La somme de 1,95 M\$ pourra servir à compenser, le cas échéant, les augmentations du coût des cotisations payables par les médecins spécialistes à l'ACPM au titre de l'assurance responsabilité professionnelle. La somme de 5,3 M\$ pourra être utilisée selon les priorités identifiées par les parties.
 - e) Les parties conviennent de mettre fin à la Lettre d'entente no 223 à compter du 31 décembre 2017.

5. Affectation des sommes disponibles

5.1 Les sommes prévues à l'article 2 ci-dessus sont affectées de la façon suivante :

- a) d'abord pour assurer le financement récurrent des mesures suivantes;
 - i) Les services d'ultrasonographie rendus en cabinet privé par des radiologistes jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 M\$ annuellement à compter du 1^{er} avril 2018;
 - ii) Les mesures introduites par la modification no 82 en lien avec l'adoption du Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques tel que précisé à l'article 1 b) de la lettre d'entente n° 220 jusqu'à concurrence d'un maximum de 7,0 M\$ annuellement à compter du 1^{er} avril 2018;
 - iii) La mise en application de la lettre d'entente n° 221 sur la rémunération des médecins spécialistes pour les activités réalisées dans les centres de répartition des demandes de services (CRDS) jusqu'à concurrence d'un maximum de 4,6 M\$ annuellement à compter du 1^{er} avril 2018;
 - iv) La Lettre d'entente n° 203 concernant le projet pilote du centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal jusqu'à concurrence d'un maximum de 1,17 M\$ annuellement à compter du 1^{er} avril 2018;
 - v) Le Protocole d'accord relatif à la mise en place d'une rémunération concernant le projet pilote de dépistage de la rétinopathie diabétique jusqu'à concurrence d'un maximum de 0,08 M\$ annuellement à compter du 1^{er} avril 2018;
 - vi) Les services médicaux et médico-administratifs découlant de l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie (L.R.Q. chapitre S-32.001) jusqu'à concurrence d'un maximum de 0,341 M\$ annuellement à compter du 1^{er} avril 2018;
 - vii) Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) à une hauteur de 0,8 M\$ annuellement à compter du 1^{er} octobre 2017, lequel montant est majoré de 25 000 \$ au 1^{er} avril de chaque année de durée du renouvellement de l'entente et à compter du 1^{er} avril 2018.
- b) Pour ce qui est du solde disponible :
 - i) En suivi du projet de la modification 79, est introduit au plus tard le 1^{er} mai 2018, de façon rétroactive au 1^{er} avril 2017, une augmentation tarifaire de l'ordre de 5,2 % dont 3,0 % est financé de façon récurrente et 2,2 % est financé de façon non récurrente jusqu'en 2026-2027. À défaut d'une source de financement récurrente à compter de 2027-2028, les tarifs seront réduits au 1^{er} avril 2027 de façon à assurer une baisse équivalente à ce même 2,2 %.

Les parties conviennent de compléter au plus tard le 31 mars les démarches nécessaires à la mise en place de cette augmentation tarifaire au 1^{er} mai 2018, étant entendu que certaines modifications tarifaires pourront être apportées, sans coût additionnel, à la discrétion de la FMSQ afin de tenir compte des modifications 80 à 84 entérinées ultérieurement et afin d'assurer le financement de mesures de soutien temporaire prévues au présent protocole. De plus et nonobstant l'implantation de l'augmentation tarifaire prévue ci-dessus, les parties conviennent de procéder à une nouvelle révision tarifaire afin de donner suite au processus interne de répartition de la Fédération et d'apporter les correctifs qu'elle identifie pour assurer l'équité prévue. Cette révision tarifaire est effectuée sans coût additionnel.

Des montants forfaitaires seront versés aux médecins spécialistes pour la période du 1^{er} avril 2017 au 30 avril 2018. Pour les années 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020 et 2020-2021, l'augmentation tarifaire versée aux médecins qui exerçaient au cours de l'année 2016-17 sera financée en partie par le remboursement des sommes dues au 31 mars 2017 selon les modalités prévues à l'article 6, et ce, dans le respect des règles comptables gouvernementales.

Une lettre de monitoring des coûts sera prévue, afin de s'assurer, d'une part que les sommes dues prévues à l'article 6 soient bien versées et, d'autre part, afin de s'assurer du respect des coûts prévus annuellement pour les sommes prévues en (i).

- ii) Instauration d'une rémunération des fonctions médico-administratives à une hauteur de 65 M\$ à compter du 1^{er} janvier 2019.
- iii) Un montant de 60 M\$ est prévu à compter du 1^{er} avril 2018 pour introduire des mesures visant l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés et comprenant notamment le dossier médical électronique en cabinet, les consultations électroniques, les comités diagnostic de traitement du cancer et les mesures de soutien temporaire prévues au présent protocole qui ne seraient pas autrement financées par la Fédération de la façon prévue à l'alinéa (b) (i). Également, dans le cadre du programme d'accès aux services d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie prévu à l'annexe 2, ce montant peut permettre le financement, jusqu'à concurrence d'un maximum de 15 M\$, des honoraires professionnels payés en établissement pour les examens additionnels effectués par les médecins radiologistes.

6. Versements de sommes rétroactives

- 6.1 Une somme de 480,1 M\$ est à verser aux médecins en pratique en 2016-2017. Cette somme de 480,1 M\$ sera versée sur une période maximale de 4 ans.

Les modalités de versement de ces sommes respecteront les règles suivantes :

- ces sommes seront versées aux médecins en pratique en 2016-2017;
- la somme due à chaque médecin pour la période maximale de 4 ans sera identifiée par les parties;
- pour les médecins en pratique au cours de cette période maximale de 4 ans, le versement de ces sommes dues sera effectué :
 - via l'augmentation tarifaire de l'ordre de 5,2 % prévue au 1^{er} avril 2017, tel que précisé à l'article 5.1 b) i), jusqu'à concurrence du montant identifié précédemment par médecin; (pour les fins du suivi de ces sommes dues, on considère 2,55 % par année);
 - advenant qu'au terme de l'année 2020-21 que le médecin en pratique n'ait toujours pas reçu la totalité du montant dû tel qu'identifié par les parties, le médecin recevra alors le montant dû manquant en un versement forfaitaire le ou vers le 31 décembre 2021;
- pour les médecins qui ont cessé de pratiquer de façon définitive, le médecin recevra le montant dû en un versement forfaitaire le ou vers le 31 décembre de l'année suivant sa cessation ;
- un médecin retraité ou les héritiers d'un médecin décédé sont admissibles à ce montant.

7. Écart de rémunération : comparaison interprovinciale

Mandat confié à l'Institut canadien sur l'information sur la santé (ICIS)

7.1 Les parties s'entendent pour confier un mandat conjoint à l'Institut canadien sur l'information sur la santé (ICIS) afin de préparer un rapport sur le niveau de l'écart de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces canadiennes sur la base de l'année 2016-2017.

Les parties s'entendent sur le devis du mandat confié à l'ICIS lequel est reproduit à l'Annexe 1 des présentes.

Processus de négociation, médiation et règlement

7.2 Aux fins des présentes dispositions, les parties conviennent du processus de négociation, médiation et règlement ci-après énoncé :

- a) Négociation sur le niveau d'écart avec les autres provinces canadiennes
 - i) L'ICIS doit soumettre aux parties son rapport d'études sur le niveau de l'écart de rémunération entre l'ensemble des médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces canadiennes sur la base de l'année 2016-2017 au plus tard le 1^{er} septembre 2019.
 - ii) Sur réception du rapport de l'ICIS, les parties conviennent d'entreprendre des négociations avec diligence et bonne foi sur la base de ses constats, en vue d'en arriver à une entente sur un pourcentage d'écart de rémunération à corriger, le cas échéant.
 - iii) Les parties disposent d'une période de 60 jours afin de s'entendre.
 - iv) Les parties conviennent qu'en aucun temps le résultat du rapport de l'ICIS ou des négociations entreprises sur l'écart de rémunération à corriger ne saurait remettre en question le respect de l'ensemble des engagements financiers convenus en vertu du présent protocole et des sommes à verser d'ici au 31 mars 2027 afin de traduire les augmentations de l'enveloppe budgétaire prévues pour chacune de ces années.

- b) Processus de détermination de l'écart en cas de mésentente

Médiation

- i) Les parties reconnaissent que le processus de règlement prévu dans le cadre de la présente entente a un caractère ponctuel et exceptionnel, lequel ne pourra être invoqué comme précédent lors des prochains renouvellements de l'Accord-cadre.
- ii) En l'absence d'entente à l'issue de la période de négociation, les parties conviennent d'une période de médiation. Les parties conviennent de désigner par lettre administrative, dans les 90 jours de la signature du présent protocole d'accord, la personne qui pourrait être appelée à agir comme médiateur.
- iii) Dans le cadre de son mandat, le médiateur formule des propositions aux parties afin que ces dernières puissent convenir d'une entente sur l'écart de rémunération à corriger.
- iv) Les parties conviennent d'une période de médiation de 120 jours afin de s'entendre sur l'écart de rémunération à corriger.
- v) L'une ou l'autre des parties peut mettre fin à la période de médiation en tout temps et référer le litige au Conseil de règlement en donnant un avis écrit à l'autre partie à cet effet.
- vi) La Fédération et le MSSS sont tenus de participer à toute réunion convoquée par le médiateur.
- vii) Toute information, verbale ou écrite, recueillie par le médiateur doit demeurer confidentielle.

- viii) Les honoraires du médiateur sont assumés à parts égales par les parties.
- ix) À la fin de la période de médiation ou de sa prolongation, dans la mesure où il n'y a pas d'entente sur l'écart à corriger, le dossier est référé au Conseil de règlement.

Conseil de règlement

- x) Le Conseil de règlement constitué de trois (3) membres, dont un (1) membre avocat qui agira à titre de président.
 - xi) Les parties conviennent de désigner par lettre administrative, dans les 90 jours de la signature du présent protocole d'accord, les trois membres du conseil de règlement.
 - xii) Les honoraires des membres du Conseil de règlement sont assumés à parts égales par les parties.
 - xiii) Sur réception d'un avis de l'une ou l'autre des parties, le Conseil de règlement débute ses travaux et ceux-ci se poursuivent pour une période d'au plus 60 jours.
 - xiv) Pour les fins des représentations, le Conseil de règlement doit procéder selon la procédure et le mode de preuve qu'il juge appropriés.
 - xv) Dans le cadre de ses travaux, le Conseil de règlement reçoit les observations présentées par les représentants du MSSS et ceux de la FMSQ.
 - xvi) Le Conseil de règlement statue, s'il y a lieu, sur l'écart de rémunération à corriger pour l'ensemble des médecins spécialistes, sur la base de l'année 2016-2017.
 - xvii) La décision du Conseil de règlement doit être motivée et rendue à la majorité de ses membres, et ce, par écrit dans les trente (30) jours suivant la fin de la dernière séance tenue en présence des parties. La décision du Conseil lie les parties.
 - xviii) Malgré l'article 20, le gouvernement pourra modifier ou rejeter en tout ou en partie la décision du Conseil par l'adoption d'une loi à cet effet lors de la session parlementaire en cours ou lors de la session suivante.
 - xix) Sous réserve de l'article 7.2 b) v), tous les délais prévus à l'article 7.2 sont de rigueur à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties.
- c) Facteurs à prendre en considération lors de la négociation par le médiateur et par le Conseil de règlement

Sur la base des constats du rapport de l'ICIS, les facteurs suivants doivent être pris en considération :

- i) l'état des finances publiques;
- ii) la politique de rémunération et les dernières majorations consenties par le gouvernement aux employé(e)s des secteurs public et parapublic;
- iii) la situation et les perspectives salariales et économiques du Québec;
- iv) les exigences relatives à la saine gestion des finances publiques;

- v) les particularités et le statut de la fonction des médecins spécialistes, dont notamment les responsabilités assumées dans le cadre de leur pratique;
 - vi) la nécessité d'offrir aux médecins spécialistes une rémunération concurrentielle permettant la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé;
 - vii) les conditions d'exercice de la profession et la rémunération des médecins spécialistes au Québec et dans les autres provinces canadiennes en tenant compte de la charge de travail respective et des différences quant au coût de la vie et quant à la richesse collective;
 - viii) la situation relative du Québec et des autres provinces canadiennes quant à la proportion de la pratique des médecins spécialistes effectuée en établissement hospitalier et en cabinet privé;
 - ix) tout autre facteur jugé pertinent.
- d) Négociation des modalités de versement de l'écart déterminé

Après avoir convenu de l'écart à corriger, ou après la décision du Conseil de règlement, les parties négocient les modalités de versement du rajustement de rémunération et déterminent la période d'application étant entendu que la période doit débuter au plus tard le 1^{er} avril 2020.

B) Les éléments relatifs aux conditions de pratique des médecins spécialistes.

Les parties conviennent qu'il est primordial de favoriser la qualité des soins dispensés à la population et d'améliorer l'accessibilité aux services.

Les parties reconnaissent que les médecins spécialistes québécois doivent pouvoir disposer de conditions de pratique optimales pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients et que la qualité des conditions de pratique a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement de médecins spécialistes au Québec.

Quant aux conditions de pratiques des médecins spécialistes, les parties conviennent de ce qui suit :

1. De mettre en place un comité conjoint portant sur des questions d'intérêts communs touchant l'organisation des soins, la qualité et l'accessibilité des soins et les conditions de pratique des médecins spécialistes. L'entente de principe intervenue entre le MSSS et la FMSQ de façon concomitante au présent protocole détermine la composition de ce comité, son mandat et son mode de fonctionnement.
2. De mettre en place un comité de conciliation permanent afin d'aborder toute problématique spécifique ponctuelle touchant les conditions de pratique des médecins en vue de la résoudre. Les parties conviennent de la composition de ce comité et de son mode de fonctionnement;
3. D'adopter l'Annexe 45 concernant le plan provincial de soutien en anesthésiologie et devant prendre effet au 1^{er} mars 2018, laquelle est jointe à l'Annexe 3 des présentes;
4. Les parties conviennent de lettres d'entente pour couvrir tout bris de services en chirurgie et d'un plan provincial pour l'ensemble des établissements du Québec, prenant effet au plus tard le 1^{er} septembre 2018.

Les parties conviennent également de lettre d'entente pour couvrir tout bris de services et d'un plan provincial pour l'ensemble des établissements du Québec dans les autres spécialités de base, et ce, au plus tard le 15 février 2019.

5. D'adopter l'Annexe 46 concernant la détermination de certaines conditions de pratique applicables aux médecins exerçant en établissement :

« Annexe 46 concernant la détermination de certaines conditions de pratique applicables aux médecins exerçant en établissement

1. Dans le cadre de l'octroi d'une nomination et de privilèges à un médecin spécialiste, un établissement doit lui fournir les ressources raisonnables nécessaires pour exercer sa profession, satisfaire aux obligations rattachées à ses privilèges et répondre aux besoins de ses patients.
2. Nonobstant ce qui précède, les établissements doivent en tout temps mettre à la disposition des médecins qui y détiennent des privilèges, et ce, sans compensation de la part des médecins, les équipements et services suivants requis pour satisfaire à leurs obligations : services de dictée, téléavertisseur, systèmes informatiques et logiciels requis pour la gestion du système de garde.
3. Dans le cadre de l'exercice de ses privilèges en établissement, un médecin spécialiste est justifié de s'absenter temporairement en raison des congés prévus à l'article 4 et jusqu'à concurrence de la durée qui y est mentionnée, sans que cela ne remette en question le maintien de sa nomination et de ses privilèges. Pendant cette absence, des privilèges temporaires peuvent être octroyés à un médecin spécialiste afin de remplacer le médecin en congé et de soutenir les autres membres de son département.
4. Les congés suivants s'appliquent :
 - i. Congé de maternité : jusqu'à concurrence de dix-huit semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
 - ii. Congé de paternité : jusqu'à concurrence de cinq semaines.
 - iii. Congé parental : jusqu'à concurrence de trente-quatre semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.
 - iv. Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de cinquante-deux semaines.
 - v. Congé de ressourcement : selon la période requise du ressourcement et sur autorisation du chef de département. »

C) Autres dispositions

1. Le Protocole d'accord de 2014 entre le MSSS et la FMSQ concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes cesse d'avoir effet le 1^{er} avril 2015.
2. En remplaçant la Lettre d'entente n° 201 par celle jointe à l'Annexe 2 des présentes, et ce, au 1^{er} avril 2016.
3. En apportant les modifications jugées nécessaires, le cas échéant, aux lettres d'entente n° 102, 112, 122, 135, 138, à l'article 2 de l'Annexe 32 et à l'Annexe 25 à la suite de l'adoption de l'Annexe 45 et des autres ententes spécifiques de soutien dans les spécialités de base.
4. Les parties s'engagent à mettre en place le comité prévu à l'article 10 du Protocole d'accord relatif au renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015.
5. La lettre d'entente 219 est modifiée en remplaçant la dernière phrase de l'article 4 par la suivante : «À compter de 2020-2021, l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée est augmentée de façon récurrente de façon à traduire, le cas échéant, les ajouts effectués pour les années 2016-17 à 2019-2020.
6. En abrogeant la lettre d'entente 184.
7. Compte tenu des particularités des modes de rémunération des médecins spécialistes et dans un souci d'assurer la pertinence continue des divers tarifs et autres éléments de rémunération eu égard à l'évolution de la pratique médicale et à la saine gestion de l'enveloppe budgétaire des médecins spécialistes, la FMSQ convient de mettre en place un processus de révision continue des tarifs

et des autres éléments de rémunération prévus à l'entente. La FMSQ informe régulièrement le MSSS de ces travaux.

8. En adoptant le Lettre d'intention concernant la création d'un programme d'accès à l'imagerie par résonance magnétique et à la tomodensitométrie, laquelle est jointe aux présentes.

II- Prolongation de l'entente de principe entre la FMSQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux soins en médecine spécialisée (ci-après « l'entente d'accessibilité de 2015 »)

Les parties conviennent de poursuivre l'application de l'entente d'accessibilité de 2015 et ainsi de renouveler leur collaboration et les engagements réciproques convenus en vertu de cette entente.

À cette fin, toute référence à « 31 décembre 2017 » apparaissant à l'entente de principe de 2015 est remplacée par « 31 décembre 2018 », toute référence à « 30 juin 2018 » est remplacée par « 30 juin 2019 » et toute référence à « printemps 2018 » est remplacée par « printemps 2019 ».

III- Annexes

Les annexes 1, 2 et 3 ainsi que la Lettre d'intention concernant la création d'un programme d'accès à l'imagerie par résonance magnétique et à la tomodensitométrie font partie intégrante du présent protocole d'accord.

IV- Mise en vigueur

Le protocole d'accord prend effet à la date de la signature.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LETTRE D'INTENTION
CONCERNANT LA CRÉATION D'UN PROGRAMME D'ACCÈS
À L'IMAGERIE PAR RÉSONNANCE MAGNÉTIQUE ET À LA TOMODENSITOMÉTRIE

CONSIDÉRANT :

1. **QUE** le MSSS implantera un nouveau programme pour améliorer l'accès à l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et à la Tomodensitométrie (SCAN);
2. **QUE** ce programme aura comme objectif de rendre ces services dans les délais recommandés par les sociétés savantes;
3. **QUE** ce programme prévoira d'intensifier et d'optimiser l'utilisation des équipements du réseau public notamment, en étendant leur utilisation à 16 heures par jour;
4. **QUE** ce programme prévoira l'utilisation par les médecins d'un algorithme (ou protocole) décisionnel pour assurer la pertinence clinique de ces examens, tel que développé par l'INESSS;
5. **QUE** le MSSS recommandera au Collège des médecins du Québec d'adopter un tel algorithme comme règle de pratique auprès de ses membres;
6. **QUE** ce programme prévoira des orientations et des balises aux établissements permettant de recourir aux laboratoires privés, et ce, par le biais d'achat de services dans le but d'atteindre les objectifs du programme. À cet effet, les parties négociantes conviendront des tarifs applicables.

LES PARTIES CONVIENNENT :

1. À compter du 1^{er} juillet 2018, de financer ce programme jusqu'à un maximum de 15 M\$ à même l'enveloppe budgétaire globale prédéterminée, de la façon prévue au protocole d'accord.
2. Au 1^{er} janvier 2020, les parties analyseront les résultats du programme. Le gouvernement pourra considérer d'assurer les services d'imagerie médicale et de tomodensitométrie si le programme ne donne pas les effets escomptés. Le cas échéant, la FMSQ pourra cesser son engagement de financement prévu au paragraphe précédent.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 1

Devis de mandat confié à l'ICIS

ENTRE :

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), représenté par Docteur Gaétan Barrette, ministre, ci-après appelé « le MSSS »

et :

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), représentée par Docteure Diane Francoeur, présidente de la FMSQ, ci-après appelée « la FMSQ »

Ci-après appelés « les parties négociantes ».

ET :

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) représenté par (insérer le nom et la fonction),

Ci-après appelé « l'ICIS ».

Contexte

Dans le cadre du renouvellement de l'Entente avec les médecins spécialistes en 2007, des augmentations tarifaires ont été octroyées, entre autres, sur la base des écarts de rémunération constatés entre les médecins spécialistes du Québec et ceux du reste du Canada. Ces constats étaient basés sur les différents travaux réalisés avec des données provenant de l'ICIS.

Dans le cadre du renouvellement récent de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ, les parties ont convenu d'entreprendre des travaux afin de mettre à jour les écarts de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et ceux des autres provinces canadiennes. Dans cette optique, les parties ont convenu de mandater l'ICIS . pour qu'elles puissent disposer de l'ensemble des données et des résultats nécessaires afin d'avoir un portrait détaillé de ces écarts en 2016-2017.

Mandat confié à l'ICIS

Soumettre, de façon indépendante, un rapport aux parties négociantes (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)), lequel permettra de comparer la rémunération des médecins spécialistes québécois par rapport à celle de leurs confrères des autres provinces canadiennes, et ce, afin de déterminer le niveau des écarts de rémunération existant au 31 mars 2017 selon différentes méthodologies et en tenant compte de leurs niveaux d'activité respectifs.

Ce rapport devra permettre de comparer la rémunération selon deux niveaux de comparaison :

- les revenus moyens des médecins ;
- la tarification des codes d'actes (sous réserve d'échanges exploratoires à venir entre l'ICIS et les parties négociantes sur la faisabilité de cette comparaison).

L'année de référence utilisée pour effectuer cette comparaison sera l'année 2016-2017 (1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017).

En vue de la réalisation de ce rapport, l'ICIS s'engage auprès des parties négociantes :

- à soumettre chacune des méthodologies qu'il envisage utiliser à une analyse détaillée et à une approbation des parties négociantes, et ce, préalablement à la réalisation des travaux ;

- à présenter aux parties, selon des modalités à convenir, un suivi périodique de l'avancement des travaux ;
- à convenir de revoir, le cas échéant, certaines méthodologies ou résultats préliminaires à la lumière des observations des parties;
- à soumettre un rapport préliminaire au moins un (1) mois avant la fin des travaux ;
- à rédiger un rapport final, lequel est attendu au plus tard le 1^{er} septembre 2019.

Données et résultats à fournir par l'ICIS

À cette fin, l'ICIS doit fournir aux parties négociantes les informations suivantes :

1. Comparaison des revenus moyens

- a. Comparer les revenus moyens des médecins par province, selon des méthodologies comprenant, notamment :
 - méthode des déciles (avec le détail par décile) ;
 - méthodes avec seuils normalisés ;
 - toutes autres méthodologies convenues entre les parties négociantes.
- b. Pour l'ensemble de ces méthodes :
 - Afin d'établir une base de comparaison équivalente d'une province à l'autre, tenir compte de l'ensemble des paiements prévus aux ententes ainsi que d'autres paiements provenant de diverses sources, sinon, indiquer l'impact probable sur la base de comparaison des revenus moyens ;
 - Selon des méthodologies approuvées par les parties négociantes, rajuster les revenus moyens en fonction de la charge de travail en tenant compte des particularités propres à la méthodologie de comparaison des revenus moyens retenue.

2. Méthode complémentaire : comparaison code à code (sous réserve de l'accord des parties et selon les modalités qu'elles déterminent)

- a. Procéder à l'appariement d'actes similaires au Québec et en Ontario parmi ceux prédéterminés et validés par les parties négociantes en s'assurant de considérer un volume d'actes représentant la majeure partie de la rémunération des médecins.
- b. Calculer un écart de tarif moyen en appliquant les tarifs de l'Ontario au profil de pratique du Québec et inversement en appliquant les tarifs du Québec au profil de pratique en Ontario.

Pour la comparaison code à code :

- Afin d'établir une base de comparaison équivalente d'une province à l'autre, tenir compte de l'ensemble de la rémunération appliquée à un code d'acte (ex. présence de montants forfaitaires complémentaires) ainsi que d'autres paiements provenant de diverses sources, sinon, indiquer l'impact probable sur la base de comparaison tarifaire.

Cependant, ces travaux ne pourront avoir pour effet de retarder le dépôt du rapport de l'ICIS en ce qui a trait au paragraphe 1 précédent.

3. Charge de travail

Les parties à la présente entente (ICIS, MSSS et FMSQ) poursuivent leurs échanges afin de déterminer des indicateurs permettant de comparer la charge de travail entre les médecins spécialistes du Québec et les médecins spécialistes des autres provinces canadiennes.

4. Autres éléments à considérer

- a. Soumettre aux parties négociantes les informations pertinentes à considérer dans le cadre d'une comparaison interprovinciale :
- Le bilan migratoire des médecins des provinces canadiennes;
 - Les indicateurs de l'état de santé de la population.
- b. La dépense globale liée à la rémunération des médecins en tenant compte de la population (dépense *per capita*) :
- Dépenses totales de santé par province (en \$) :
 - Calculer la part (en %) des dépenses de programmes de la province attribuable aux dépenses de santé ;
 - Dépenses totales liées à la rémunération des médecins (en \$) :
 - o Calculer la part (en %) des dépenses totales de santé de la province attribuable à la rémunération des médecins ;
 - o Calculer la dépense globale liée à la rémunération des médecins *per capita* ;
 - o Pour les deux indicateurs précédents, différencier la part des dépenses attribuables aux médecins spécialistes des dépenses totales liées à la rémunération des médecins (en \$).

Durée du contrat

Le présent contrat prend effet à compter du 1^{er} avril 2018 et est valable jusqu'au 1^{er} septembre 2019. Il pourra être renouvelé pour une période additionnelle, de consentement entre le MSSS, la FMSQ et l'ICIS.

Rémunération

Le total des honoraires autorisé par les présentes pour la réalisation du mandat de __\$, taxes en sus si applicables, pourra être révisé sur accord des parties négociantes, selon les besoins du mandat.

Le MSSS et la FMSQ assument à parts égales le paiement des débours pour les services rendus par l'ICIS dans le cadre du présent contrat.

Propriété des documents et confidentialité

L'ensemble des documents liés au présent mandat confié à l'ICIS appartiennent au MSSS et à la FMSQ.

Les parties s'engagent à garder confidentiel le rapport de l'ICIS.

Résiliation

Le MSSS et la FMSQ peuvent conjointement mettre fin au présent contrat en tout temps. Au moment de la résiliation du contrat, le Ministère et la Fédération paieront à l'ICIS tous les honoraires et débours engagés jusqu'au moment de cette résiliation. Les clauses appropriées mentionnées dans le présent contrat demeureront en vigueur malgré la résiliation du contrat.

Représentants des parties négociantes et de l'ICIS

Les parties désigneront un représentant pour chacune d'elles auquel l'ICIS pourra s'adresser aux fins du suivi de l'avancement des travaux et pour toutes autres questions relatives au contenu de ce devis.

Pour le MSSS :

Mélanie Rainville, directrice adjointe
Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM)
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
melanie.rainville@msss.gouv.qc.ca
Téléphone : (418) 266-8450

Charles Duclos, directeur
Direction des études économiques et des mandats spéciaux
Secrétariat du Conseil du Trésor
charles.duclos@sct.gouv.qc.ca
Téléphone : (418) 643-0875 (# 4822)

Pour la FMSQ :

Sylvain Bellavance
Direction des Affaires juridiques et de la Négociation
Fédération des médecins spécialistes du Québec
sbellavance@fmsq.org
Téléphone : (514) 350-5003

L'ICIS s'engage également à fournir une personne-ressource pour toutes questions relatives au contenu de ce devis.

Pour l'ICIS : insérer le nom, coordonnées complètes

Divers

Le contrat constitue la totalité de l'entente entre les parties. Il ne peut être modifié ou complété que par un accord écrit entre les parties signataires du présent contrat.

Le contrat et toutes les disputes qui pourront en découler ou relatives à son exécution seront régis par les lois de la province de Québec et en accord avec celles-ci.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce _____ jour de _____ 2018.

Gaétan Barrette, ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Dre Diane Francoeur, présidente
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Institut canadien d'information sur la santé
Signataire autorisé

ANNEXE 2
LETTRE D'ENTENTE N°201

CONCERNANT LA MISE EN APPLICATION DU PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF À LA RÉMUNÉRATION DE CERTAINES ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ACCOMPLIES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, DE LA RÉMUNÉRATION DE RÉUNIONS CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES AINSI QUE DE NOUVELLES ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT

CONSIDÉRANT l'adoption du Protocole d'accord intervenu entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec concernant l'étalement de certains montants consentis à la rémunération des médecins spécialistes (ci-après le « Protocole d'accord sur l'étalement »);

CONSIDÉRANT qu'en vertu du Protocole d'accord sur l'étalement les parties négociantes ont convenu des modalités de versement des sommes récurrentes et non récurrentes dues aux médecins spécialistes;

CONSIDÉRANT qu'afin de financer complètement la mise en place de la modification 71 à l'Accord-cadre, les parties ont convenu de la nécessité de réduire les budgets liés à la rémunération de certaines activités médico-administratives accomplies dans un établissement de santé, de réunions cliniques multidisciplinaires et de nouvelles activités d'enseignement;

CONSIDÉRANT l'adoption du renouvellement de l'Accord-cadre MSSS-FMSQ pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2023;

CONSIDÉRANT que les budgets alloués aux mesures mentionnées en titre ont été déterminés par les parties négociantes sur la base de différentes hypothèses actuarielles;

CONSIDÉRANT que les coûts afférents de ces mesures peuvent différer des coûts anticipés par les parties négociantes;

CONSIDÉRANT la nécessité d'assurer un suivi approprié des coûts reliés à l'introduction de ces mesures.

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. D'établir, pour chacune des années 2014-2015 à 2017-2018, le budget total alloué aux mesures mentionnées en titre tel que prévu ci-dessous :

2014-2015 :	40 M\$
2015-2016 :	128,2 M\$
2016-2017 :	74,6 M\$
2017-2018 :	42 M\$ ¹

(¹) Cette somme ne tient pas compte des augmentations tarifaires qui pourraient être octroyées dans les années suivant l'application de ces mesures.

2. D'assurer un suivi des coûts au cours de ces quatre années d'application.
3. Dans l'éventualité où les coûts réels annuels associés à cette lettre d'entente étaient supérieurs à l'enveloppe prévue, les parties conviennent des mesures à prendre, notamment de réviser les modalités applicables ou de convenir d'un mécanisme de récupération des dépassements à même les sommes disponibles dans l'Accord-cadre. Si la dépense est inférieure au financement prévu au cours d'une année, les parties conviennent que le montant de la non-atteinte sera utilisé, sur une base non récurrente ou récurrente, le cas échéant, de la façon identifiée par la Fédération et entérinée par les parties.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 45

CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN PLAN DE REMPLACEMENT PROVINCIAL EN ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION

Préambule

La présente annexe concerne la mise en place d'un plan de remplacement provincial en anesthésiologie, lequel vise à favoriser la continuité des soins en anesthésiologie dans l'ensemble des installations du Québec et ainsi éviter les ruptures de service. Ce plan vise également à assurer le recrutement du nombre d'anesthésiologistes nécessaires afin d'augmenter l'offre de service de base en anesthésiologie au Québec et pourvoir aux besoins des différentes installations.

Le plan de remplacement s'inscrit dans le cadre de l'engagement de l'Association des anesthésiologistes du Québec à déployer les efforts nécessaires afin de garantir de façon pérenne la couverture complète des services de base en anesthésiologie dans l'ensemble des installations du réseau de la santé ainsi qu'à s'impliquer dans l'accueil et dans les évaluations des candidats anesthésiologistes de l'extérieur du pays.

Le plan de remplacement implique également l'engagement du gouvernement à assurer le recrutement des effectifs médicaux nécessaires à la mise en place du remplacement et à la prestation des soins en anesthésiologie de même que l'engagement conjoint du MSSS et des administrations locales à mettre en place et à maintenir des conditions de pratique optimales et un environnement favorable à l'exercice de la pratique de l'anesthésiologie.

Les parties conviennent également que la pérennité du plan de remplacement implique de disposer des effectifs médicaux nécessaires afin de couvrir l'ensemble des besoins actuels et futurs en anesthésiologie sur l'ensemble du territoire québécois. À cette fin, le gouvernement réaffirme l'importance du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés institué en vertu de la lettre d'entente no 129 afin de planifier les besoins en effectifs médicaux spécialisés et de favoriser leur répartition sur l'ensemble du territoire ainsi que le rôle essentiel de la Fédération et de ses associations affiliées à cet égard.

Les divers volets du plan de remplacement

Le plan de remplacement en anesthésiologie se partage en quatre volets :

1. Le jumelage départemental
2. La garde en disponibilité
3. Le mécanisme de soutien d'urgence
4. La mesure incitative ciblée pour pallier les situations particulières

1. Le jumelage départemental

Le processus de jumelage départemental vise à favoriser la prestation continue des soins en anesthésiologie et à éviter toute rupture de service dans une installation (ci-après installation parrainée), et ce, par le biais d'un engagement de soutien continu par le département d'anesthésiologie d'une autre installation (ci-après le centre parrain). Sont ainsi visées les installations parrainées dont le plan d'effectifs médicaux adopté en anesthésiologie comprend d'un à trois postes, et ce, peu importe le nombre de postes effectivement occupés, de même que, en raison de leur situation géographique, les deux installations du CISSS de la Côte-Nord.

Les parties négociantes identifient les installations qui font l'objet d'un jumelage ainsi que les départements hospitaliers auxquels ces installations sont jumelées aux fins des présentes. Les parties conviennent de déployer les efforts nécessaires afin d'assurer le jumelage de l'ensemble des établissements visés, tout en reconnaissant que ces jumelages seront instaurés de façon progressive au cours des deux années suivant l'implantation du plan de remplacement.

1.1 *Les types de jumelage*

On distingue deux types de jumelages, soit le jumelage partiel et le jumelage complet.

Le jumelage partiel implique la fourniture d'un soutien à l'installation parrainée pour une période de douze semaines par année par les médecins anesthésiologistes qui sont membres du département du centre parrain, lesquelles semaines doivent, une année sur deux et à moins d'entente au contraire, comprendre une semaine pendant la période de Noël ou du jour de l'An. Toutefois, les parties négociantes peuvent convenir, selon la situation particulière d'un jumelage et l'accord du centre parrain, que la période d'un jumelage partiel s'effectue jusqu'à concurrence de vingt-six semaines par année. Dans le cadre d'un jumelage partiel, les autres semaines de l'année sont alors comblées par les médecins de l'installation parrainée et tout autre médecin anesthésiologiste, peu importe sa région de provenance et sans égard au fait qu'il détienne ou non un poste au PEM d'un établissement, pourvu que sa participation ne remette pas en question sa prestation de services habituelle et la continuité des soins dans son installation.

Le jumelage complet implique la responsabilité du centre parrain d'assurer la couverture des services dans l'installation parrainée pour une période de cinquante-deux semaines par année, dont vingt-six semaines par les médecins anesthésiologistes qui sont membres du département du centre parrain. Les autres semaines de l'année sont alors comblées, selon la liste de garde établie par le centre parrain, par les médecins de l'installation parrainée et tout autre médecin anesthésiologiste, peu importe sa région de provenance et sans égard au fait qu'il détienne ou non un poste au PEM d'un établissement, pourvu que sa participation ne remette pas en question sa prestation de services habituelle et la continuité des soins dans son installation.

1.2 *Engagement contractuel et défaut*

La mise en place d'un jumelage entre installations implique la conclusion d'un engagement contractuel entre les départements d'anesthésiologie de l'installation parrainée et du centre parrain afin d'assurer la prestation continue des services de base en anesthésiologie dans l'installation parrainée, incluant la couverture de la garde, et ce, pour une période de trois ans, renouvelable au besoin.

Chaque médecin anesthésiologiste participant au jumelage doit signer un engagement, selon la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à participer au jumelage et à assumer les pénalités applicables dans l'éventualité du non-respect de l'engagement de jumelage.

Le non-respect d'un engagement de jumelage entraîne, dans le cas où il en résulte une rupture de services, l'obligation pour le médecin qui ne respecte pas les termes de son engagement de payer à la Régie, sauf dans les cas fortuits (décès, accident), une pénalité de 3 000 \$ pour chaque jour de non-respect.

De plus, le non-respect d'un engagement de jumelage entraîne, dans le cas où il en résulte une rupture de services, sauf dans les cas fortuits, une pénalité non récurrente de 200 000 \$ dans le cas d'un jumelage complet et de 100 000 \$ dans le cas d'un jumelage partiel dans l'enveloppe budgétaire de la Fédération, à être prélevée dans la tarification de la spécialité, selon les modalités déterminées par la Fédération.

1.3 *Modalités de rémunération*

En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente pour les services qu'il dispense dans une installation parrainée, le médecin anesthésiologiste d'un centre parrain qui offre des services dans une installation parrainée dans le cadre d'un jumelage partiel a également droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 000 \$ par jour. Toutefois, dans le cas d'un jumelage partiel pour le CISSS des Îles, ce montant est de 1 400 \$ par jour. Dans l'éventualité où un médecin remplaçant se rend offrir des services dans l'installation parrainée au cours des autres semaines de l'année non visées par le jumelage, il a alors droit au paiement de la mesure ciblée prévue à l'article 4.

En plus de la rémunération à laquelle il a droit en vertu de l'Entente pour les services qu'il dispense dans une installation parrainée, tout médecin anesthésiologiste qui offre des services dans une installation parrainée dans le cadre d'un jumelage complet a également droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 250 \$ par jour.

1.4 Recrutement des effectifs médicaux

La conclusion d'un engagement de jumelage partiel implique l'octroi par le MSSS, sur demande du département d'anesthésiologie du centre parrain, un poste d'effectif médical additionnel, pour un jumelage de douze semaines, et deux postes d'effectifs médicaux additionnels pour un jumelage de vingt-six semaines.

La conclusion d'un engagement de jumelage complet implique de modifier le plan d'effectifs en anesthésiologie de l'installation parrainée en deux postes réseau facultatifs et le centre parrain pourra recruter sur ces postes. Advenant un recrutement ultérieur sur ce poste réseau facultatif dans l'installation parrainée, le médecin déjà recruté sur ce poste dans le centre parrain pourra choisir d'établir sa pratique dans l'installation parrainée ou la conserver dans le centre parrain. Dans ce dernier cas, il devra être inscrit sur un poste vacant au PEM du centre parrain. Advenant que ce PEM soit complet, il serait alors en dépassement temporaire et les prochains départs ne pourraient être remplacés jusqu'à ce qu'il redevienne en équilibre. Dans l'intervalle, le centre parrain peut être appelé à diriger son offre vers une autre installation en besoin ou à participer au mécanisme de soutien d'urgence.

1.5 Dispositions diverses

Un coordonnateur est désigné afin d'assurer la coordination des engagements de jumelage entre installations parrainées et centres parrains et le maintien d'une offre de service continue. Le médecin coordonnateur s'engage à être disponible pour l'installation parrainée et les anesthésiologistes participants au jumelage. Pour ces services, le médecin coordonnateur reçoit un montant forfaitaire annuel. Ce montant forfaitaire est de 10 000 \$ dans le cas d'un jumelage partiel et de 20 000 \$ dans le cas d'un jumelage complet. Ce montant forfaitaire est réparti sur les cinquante-deux semaines de l'année civile. Le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace est désigné par les parties négociantes.

Dans le cadre d'un jumelage partiel, une mesure est également introduite afin d'éviter l'isolement professionnel du ou des médecins anesthésiologistes de l'installation parrainée et de favoriser l'interaction avec les médecins du centre parrain. Ainsi, le ou les médecins anesthésiologistes qui exercent de façon principale dans l'installation parrainée sont invités à se rendre dans le centre parrain, et ce, jusqu'à concurrence de quatre semaines au total par année (du lundi au vendredi), afin d'y dispenser des soins. La durée du jumelage partiel est alors augmentée du nombre de semaines correspondant.

Le médecin de l'installation parrainée a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 3 500 \$ par semaine, en plus de la rémunération à laquelle il a droit pour les services dispensés au cours de cette semaine. Le médecin qui réclame le paiement de ce montant pour une semaine ne peut se prévaloir, pour cette semaine, des modalités prévues à l'Annexe 23 pour son temps et ses frais de déplacement ainsi que des modalités prévues aux Annexes 19 et 44 pour le ressourcement.

2. La garde en disponibilité

Le second volet du plan de remplacement provincial en anesthésiologie vise la bonification de la rémunération de la garde en disponibilité dans les installations mentionnées en annexe et celles ultérieurement désignées par les parties négociantes.

2.1 Modalités de rémunération

Le médecin qui assume la garde en disponibilité dans une installation désignée a alors droit, en lieu et place des montants prévus à l'article 5.2 de l'Annexe 25, au paiement d'un montant de 750 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 1 200 \$ par jour, le samedi, le dimanche ou un jour férié.

Toutefois, pour les installations désignées et dont le plan d'effectifs médicaux adoptés en anesthésiologie est d'un à trois postes, peu importe le nombre de postes effectivement occupés, le montant du supplément de garde en disponibilité est majoré pour une durée de quatorze jours pendant la période de Noël et du jour de l'An, et ce, selon le calendrier déterminé chaque année par les parties négociantes. Le montant du supplément de garde est alors de 1 750 \$ par jour, du lundi au vendredi, et de 2 200 \$ par jour le samedi, le dimanche ou un jour férié.

3. Le mécanisme de soutien d'urgence

Le troisième volet du plan de remplacement provincial en anesthésiologie concerne l'instauration d'un mécanisme de soutien d'urgence prévoyant la confection d'une liste de garde en disponibilité de médecins anesthésiologistes qui peuvent être déployés en tout moment et en tout lieu sur le territoire afin d'éviter toute rupture de service de base en anesthésiologie dans un établissement donné.

3.1 *La confection de listes de disponibilité*

Les parties négociantes conviennent de la mise en place de deux équipes volantes participant au mécanisme de soutien d'urgence et prévoyant la disponibilité de deux médecins anesthésiologistes par jour pour chacune des cinquante-deux semaines de l'année. Un médecin coordonnateur provincial est désigné afin d'assurer l'établissement des listes de gardes, la coordination du mécanisme de soutien d'urgence et le déploiement des médecins des équipes volantes dans les installations requérant leurs services.

Tout médecin anesthésiologiste peut offrir une ou plusieurs semaines de service en disponibilité dans le cadre de cette mesure, peu importe sa région de provenance et sans égard au fait qu'il détienne ou non un poste au PEM d'un établissement, pourvu que sa participation ne remette pas en question la continuité des soins dans son installation principale, sa prestation de services habituelle ou ses engagements de remplacement. Tout médecin peut participer à cette mesure.

Suite à un appel de candidatures, le médecin coordonnateur établit les listes de gardes de façon équitable en tenant compte des disponibilités offertes par les médecins souhaitant participer au mécanisme de soutien d'urgence et de tout autre critère raisonnable qu'il détermine, lesquels peuvent être révisées par les parties négociantes. Les parties négociantes désignent à leur entière discrétion les médecins qui participent au mécanisme de soutien d'urgence au cours d'une année et adoptent la liste de garde applicable.

3.2 *Engagement contractuel et défaut*

Le médecin anesthésiologiste qui participe au mécanisme de soutien d'urgence doit signer un engagement, dans la forme et la teneur déterminées par les parties négociantes, en vertu duquel il s'engage à se rendre disponible durant les semaines de disponibilité qui ont été retenues. Pendant sa semaine de disponibilité, le médecin anesthésiologiste s'engage à être joignable en tout temps par le médecin coordonnateur afin d'être dépêché, même dans un très court délai, dans l'établissement indiqué par le médecin coordonnateur.

Durant sa semaine de disponibilité, le médecin anesthésiologiste s'engage à ne pas prendre d'autres engagements de service qui pourraient, dans l'éventualité de son déploiement dans une installation identifiée par le médecin coordonnateur, entraîner une annulation de services.

Le médecin qui ne respecte pas les termes de son engagement, a l'obligation de payer à la Régie, sauf dans les cas fortuits (décès, accident), une pénalité de 3 000 \$ pour chaque jour de non-respect. Toutefois, cette pénalité ne s'applique pas si le médecin a identifié un médecin remplaçant pour remplir ses engagements. Dans cette éventualité, le médecin remplaçant a alors droit aux mesures prévues en lieu et place du médecin qu'il remplace.

3.3 *Modalités de rémunération*

Le médecin anesthésiologiste qui offre une disponibilité dans le cadre du mécanisme de soutien d'urgence, qui est inscrit à ce titre sur la liste de garde et qui respecte les engagements auxquels il a souscrit, a droit au paiement d'un montant forfaitaire de 1 500 \$ par jour de disponibilité.

Dans l'éventualité où les services du médecin anesthésiologiste ne seraient pas requis au cours de sa semaine de disponibilité et que celui-ci n'était donc pas déployé dans une installation donnée par le médecin coordonnateur, le médecin anesthésiologiste a alors droit au montant forfaitaire ci-dessus mentionné et, le cas échéant, à toute rémunération applicable pour les services qu'il dispense au cours de sa semaine de disponibilité dans un autre établissement. Dans l'éventualité où le médecin anesthésiologiste est déployé dans une installation par le médecin coordonnateur afin d'éviter une rupture de service, le montant forfaitaire qui lui est payable est alors réduit de moitié. Le médecin a alors droit à toute rémunération applicable pour les services qu'il dispense au cours d'une journée dans l'installation où il est déployé ainsi qu'au paiement d'un montant forfaitaire de 1 000 \$ par jour. Dans l'éventualité où l'établissement où il est déployé fait l'objet d'un jumelage partiel ou complet, il n'a toutefois pas droit aux modalités de rémunération applicables pour ce jumelage.

Le médecin coordonnateur reçoit un montant forfaitaire annuel de 20 000 \$ pour ses services. Ce montant forfaitaire est réparti sur les cinquante-deux semaines de l'année civile. Le médecin coordonnateur ou celui qui le remplace est désigné par les parties négociantes.

4. La mesure ciblée pour pallier les situations particulières

Les parties négociantes conviennent de mettre en place une mesure incitative ciblée pouvant être utilisée au besoin afin de pallier toute rupture ponctuelle pouvant survenir dans une installation.

Les parties négociantes désignent les situations, les installations, les médecins et les périodes où cette mesure ciblée peut s'appliquer. Le médecin désigné a alors droit au paiement d'un montant forfaitaire de 500 \$ pour chaque jour où il offre des services dans le cadre de cette mesure. Cette mesure ne peut être cumulée à un forfait de jumelage prévu à l'article 1 ou au forfait de soutien d'urgence prévu à l'article 3.

5. Modalité de rémunération différente

Les montants payables en vertu de l'article 2 constituent une rémunération de base et sont sujets à la majoration prévue à l'annexe 19 de l'Accord-cadre.

Les montants forfaitaires payables en vertu des articles 1, 3 et 4 de la présente annexe ne sont pas sujets à la majoration de rémunération différente prévue à l'annexe 19 de l'Accord-cadre.

6. Application par la Régie

La régie donne suite aux avis transmis par les parties négociantes et permettant l'application des mesures prévues à la présente annexe.

7. Entrée en vigueur

La présente annexe entre en vigueur le 1^{er} mars 2018.

8. Dispositions transitoires

Dans le cadre de l'implantation progressive des mesures de jumelage, les parties conviennent qu'un premier groupe d'au moins une dizaine de jumelages sera établi progressivement à compter du 1^{er} mars 2018 et visant à assurer le respect des engagements de jumelage prévus en vertu des présentes à compter de la fin juin 2018. Dans ce contexte, les pénalités prévues aux présentes ne peuvent s'appliquer avant le 1^{er} juillet 2018. Les parties conviennent de poursuivre le déploiement des jumelages par la suite, selon les priorités qu'ils établissent. Au cours du mois d'août 2018, les parties font un premier suivi sur l'application du plan de remplacement et un suivi régulier est effectué par la suite aux six mois.

Les parties négociantes reconnaissent que le plan de remplacement en anesthésiologie implique le retrait de l'ensemble des mesures incitatives déjà en place en anesthésiologie en vertu des lettres d'entente no 102, 112, 122, 135 et 138 ou en vertu de l'article 2 de l'annexe 32. À la lumière des divers volets du plan de remplacement et compte tenu de l'implantation progressive des ententes de jumelage, les parties conviennent toutefois de réviser l'ensemble des mesures incitatives en place afin de déterminer leur date effective de retrait ou, de façon exceptionnelle, le maintien temporaire de certaines d'entre elles.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ À _____,

CE _____ JOUR DE _____ 2018.

GAÉTAN BARRETTE, M.D.

Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

DIANE FRANCOEUR, M.D.

Présidente
Fédération des médecins
spécialistes du Québec

ANNEXE 1 DE L'ANNEXE 45

LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES POUR LA GARDE EN DISPONIBILITÉ

#	RÉGION	ÉTABLISSEMENT
1	Bas St-Laurent	ND Fatima / La Pocatière Amqui Matane ND du Lac
2	Saguenay - Lac St-Jean	Dolbeau Roberval Alma
3	Capitale Nationale	Baie St-Paul La Malbaie
4	Mauricie - Centre du Québec	La Tuque
5	Estrie - CHUS	Lac Mégantic / Le Granit
7	Outaouais	Maniwaki Pontiac / Shawville
8	Abitibi	La Sarre / Aurores Boréales Ste-Famille / Lac Témiscamingue Rouyn Val d'Or
9	Côte-Nord	Le Royer (Baie-Comeau) Sept-Îles
10	Baie James	Chibougamau
11	Gaspésie - Iles de la Madeleine	Haute-Gaspésie / Ste-Anne des Monts Rocher-Percé / Chandler Gaspé Archipel / Iles Maria
15	Laurentides	Mont Laurier / Antoine-Labelle Ste-Agathe
16	Montégérie	Sorel